สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คู่มือแนวทางปฏิบัติ

ในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2565

คู่มือแนวทางปฏิบัติ
ในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ปีงบประมาณ 2565

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565
ISBN 978-616-490-074-5

พิมพ์ครั้งแรก มกราคม 2565

จำนวนพิมพ์ 4,500 เล่ม

จัดพิมพ์โดย : **สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**
120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง
เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ฯ 10210

พิมพ์ที่ : **บริษัท สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสซิ่ง จำกัด**
59/4 หมู่ 10 ถนนกาญจนาภิเษก ตำบลบางม่วง
อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี 11140
โทรศัพท์: 0 2903 8257-9
โทรสาร: 0 2921 4587

คำนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยฝ่ายบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการได้จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยบริการ/สถานบริการ/สถานพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตลอดจนเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขอรับค่าใช้จ่ายในกรณีต่างๆ ของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิอื่นที่ สปสช. ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ

สปสช.หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้ปฏิบัติงานด้านการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ/สถานบริการ/สถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามแนวทางที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ได้รับเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ภายในเวลาที่กำหนด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
พ.ศ. ๒๕๖๕

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เพื่อประโยชน์ในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขหรือการขอรับการสนันสนุนค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของสถานบริการ หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามที่กฎหมายบัญญัติ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๔ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้สถานบริการ หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขอรับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เงินสนับสนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แล้วแต่กรณี

ข้อ ๔ กรณีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประกาศกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการใดไว้เป็นการเฉพาะแล้ว ให้ถือปฏิบัติตามประกาศดังกล่าวนั้นแทนหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายรายการบริการนั้นในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ตามประกาศนี้

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

หน้า

บทนำ บททั่วไป 11

บทที่ 1 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป 18

บทที่ 2 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการผู้ป่วยในทั่วไป 20

- การใช้บริการเป็นผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ 21
- การใช้บริการด้วยเงื่อนไขการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยใน 21
- การใช้บริการด้วยเงื่อนไขอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกหน่วยบริการประจำ 22
- การใช้บริการของทหารผ่านศึก และคนพิการ 23
- การใช้บริการของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ 24
- การใช้บริการกรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ) 25
- การใช้บริการกรณีรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว 26
- การใช้บริการกรณีเด็กแรกเกิด 27
- การใช้บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS) 27
- การเข้ารับบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery : ODS) 31
- การใช้บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon) 66
- การใช้บริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) 67
- การใช้บริการในเขตฯ กรณีบริการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน 86

บทที่ 3 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการกรณีเฉพาะ 87

กลุ่มที่ 1 กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น 88

- บริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OPAE) 88
- การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น 91
- การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัดและบริการผู้ป่วยนอกส่งต่อภายในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่สปสช.เขต 1-12 เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด (OP Refer) 91
- กรณีประชาชนไปรับบริการในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควร 97
- ค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ 98
- การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ 100

การบริการกรณีเฉพาะอื่นๆ 100

กลุ่มที่ 2 กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ 102

- โรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-Elevated Myocardial Infarction fast track หรือ STEMI fast track) 102

หน้า

- การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา 105
- การให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม 108
- การขอรับค่าใช้จ่ายกรณีให้บริการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูดทันตกรรมจัดฟัน และผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 110
- บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชน 116

กลุ่มที่ 3 กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ 117
- รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) 118
- กรณีบริการอุปกรณ์ Extracorporeal Membrane Oxygenator (ECMO) ในการรักษาภาวะหัวใจ และ/หรือปอดล้มเหลวเฉียบพลัน 118
- กรณีบริการอุปกรณ์ประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี 126
- กรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผลซ้ำซ้อนและการตัดเท้า 130
- กรณีการสวนหัวใจ และการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน 132
- การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด 134
- การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม 135
- การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) 138
- การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา 139
- การผ่าตัดปลูกถ่าย เปลี่ยนอวัยวะ 139

กลุ่มที่ 4 กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด 159
- ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT) 159
- การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงการเบิกชดเชยยา ที่บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565 160
  - ระบบการขอชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) 160
  - ยากำพร้า 166
  - การจ่ายชดเชยค่ายา Clopidogrel 170
  - การเบิกชดเชยค่ายารักษาโรคเลือดง่ายฮีโมฟีเลีย 170

กลุ่มที่ 5 กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค 178
- การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย 178
- การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก การบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค การบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2565 181
- บริการแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน 198
- การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก (Rare diseases) 201

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ **214**

- บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับจังหวัดที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด 215
- บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับจังหวัดที่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด 221

บทที่ 5 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการการแพทย์แผนไทย **223**

- บริการการแพทย์แผนไทย 224
- บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มหลอดเลือดสมอง (Stroke) รายใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง 234
- กรณีการใช้ยาน้ำมันกัญชาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พาร์กินสัน และไมเกรน และการใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยโรคลมชักและมะเร็งระยะท้าย 238
- การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย และการประมวลผลออกรายงานจ่ายชดเชย 241

บทที่ 6 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน **242**

บทที่ 7 บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ **247**

บทที่ 8 การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข **248**

บทที่ 9 การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน **253**

บทที่ 10 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ด้านเอชไอวี/เอดส์ (HIV/AIDS) **256**

บทที่ 11 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง **265**

บทที่ 12 การบริหารค่าใช้จ่ายบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง **279**

บทที่ 13 ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ **286**

บทที่ 14 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน **288**

บทที่ 15 แนวทางบริหารจัดการ หลักเกณฑ์ และเงื่อนไข การจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2565 **293**

บทที่ 16 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น **313**

บทที่ 17 สิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลและผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข **315**

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 18 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค **319**

- บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ 319
  - บริการวัคซีนป้องกันโรค 319
  - ค่ายามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) สำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย 321
- บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด 322
- บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน 323
  - บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 323
  - บริการฝากครรภ์ (ANC) 324
  - การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ 326
  - การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ 326
  - การป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์(TSH) และโรคฟินิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด 327
  - บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
  - บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 327
  - บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย 328
  - บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ 328

บทที่ 19 แนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 329 **331**

บทที่ 20 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่น กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณี เจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 **348**

บทที่ 21 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีสิทธิอื่น **364**

บทที่ 22 แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ **408**

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ภาคผนวก 429

ภาคผนวก 1 ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 430

ภาคผนวก 2 ปฏิทินการออก Statement ผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิข้าราชการ/สิทธิประกันสังคม ปีงบประมาณ 2565 434

ภาคผนวก 3 ปฏิทินการออก Statement ผู้ป่วยนอก OP Refeer ปีงบประมาณ 2565 438

ภาคผนวก 4 รายการชดเชยค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยนอก OP Refer (รายการที่กำหนดราคากลาง) 439

ภาคผนวก 5 กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา รวมถึงการเข้ารับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร 445

ภาคผนวก 6 คุณสมบัติของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่ให้บริการด้านเคมีบำบัดหรือฮอร์โมน 446

ภาคผนวก 7 รายละเอียดรายการบริการ (Fee schedule) จำนวน 515 รายการ 451

ภาคผนวก 8 รายการยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน และรายการรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง 472

ภาคผนวก 9 กรณีการให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม 477

ภาคผนวก 10 เกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติเลนส์แก้วตาเทียม 478

ภาคผนวก 11 รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2565 479

ภาคผนวก 12 ประกาศ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. 2563 509

ภาคผนวก 13 **เกณฑ์การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention)** 517

ภาคผนวก 14 รหัสโรคตามระบบ ICD-10 ที่เข้าเกณฑ์การจัดบริการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน 524

ภาคผนวก 15 รหัสการวินิจฉัยโรคมะเร็งตามระบบ ICD-10 ที่เข้าเกณฑ์การให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นสำหรับบริการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่บ้าน 537

ภาคผนวก 16 รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2565 (รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ) 554

ภาคผนวก 17 แนวทางการบริหารและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เงินกันค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัด สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 579

ภาคผนวก 18 กรณีบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และบริการดูแลกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (GDM) ในระหว่างตั้งครรภ์และการตรวจหลังคลอด 583

ภาคผนวก 19 รายละเอียดการให้วัคซีนและกลุ่มเป้าหมาย 585

ภาคผนวก 20 ตัวอย่างบันทึกสำหรับหน่วยตรวจคัดกรองเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ COVID 19 590

บททั่วไป

หลักเกณฑ์ในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565 สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2564

ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้จัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้บริการและการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและสถานบริการ โดยมีสิ่งที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมกรณีลงทะเบียนตามมติบอร์ด

2) ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (สิทธิว่าง เด็กแรกเกิดและผู้ที่เสียชีวิตก่อนลงทะเบียน)

3) ผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมที่ส่งเงินสบทบไม่ครบตามเกณฑ์การเกิดสิทธิประกันสังคม ได้แก่ ผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือนเข้ารับบริการรักษาพยาบาล และผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนเข้ารับบริการคลอด

2. เงื่อนไขการเข้ารับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิ

การเข้ารับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิต้องเป็นไปตามประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขตามที่กำหนดและผู้มีสิทธิต้องใช้สิทธิ ดังนี้

1) การเข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำหรือเครือข่ายหน่วยบริการประจำ

2) การเข้ารับบริการจากหน่วยบริการอื่นกรณีที่หน่วยบริการประจำส่งต่อหรือกรณีที่มีเหตุสมควร

3) การรับบริการที่หน่วยบริการอื่นกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกหน่วยบริการประจำ

3.1) ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแล้วรับบริการกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่จำกัดจำนวนครั้ง

3.2) ผู้มีสิทธิที่มีสิทธิย่อยเป็นทหารผ่านศึก หรือคนพิการ สามารถเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐได้ตามความจำเป็น

4) กรณีการเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่น ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่น (สถานบริการเอกชน) ที่ไม่ได้เข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เฉพาะกรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามมาตรา 7 ของ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยสถานบริการนั้นมีสิทธิขอรับค่าใช้จ่ายจาก สปสช. ได้ตามแนวทางฯ และอัตราที่กำหนดตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการกรณีที่มีเหตุสมควรกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560 (รายละเอียดตามภาคผนวก 1)

5) กรณีการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุจากการจราจร ให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจาก พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และที่มีการแก้ไขเพิ่มเติมภายในวงเงินที่กำหนดก่อน

3. การให้บริการและการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

เมื่อผู้มีสิทธิเข้ารับบริการในหน่วยบริการทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หน่วยบริการมีหน้าที่ในการตรวจสอบและจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) ตรวจสอบสิทธิ พิสูจน์การเข้ารับบริการและให้คำแนะนำการใช้บริการตามสิทธิ

2) ให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์และความจำเป็นทางการแพทย์หรือตามเงื่อนไขที่กำหนด

3) จัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

4) ตรวจสอบข้อมูล และรายงานการจ่ายเงินตามรอบที่กำหนด

4. แนวทางการใช้ระบบ Authentication

1) หน่วยบริการสามารถดำเนินการ Authentication ได้ 4 วิธี ได้แก่ ระบบ QR code ผ่าน Line สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ID Line: @nhso, ERM , New Authen และ Authen offline โดยเลือกใช้ตามความพร้อมของหน่วยบริการ

2) ประชาชนผู้มีสิทธิสามารถดำเนินการ Authentication ได้ด้วยตนเอง โดยใช้ระบบ QR code ผ่าน Line สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ID Line: @nhso

3) สปสช.ปรับวิธีการขอ Authentication สำหรับการเข้ารับบริการ ดังนี้

3.1) เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)

3.2) การดูแลรักษาในที่พัก (Home Isolation)

3.3) การดูแลรักษาในชุมชน (Community Isolation)

รายการบริการที่กำหนดให้ใช้ระบบ Authentication

ลำดับ	รายการ	วิธีการขอ Authentication	หมายเหตุ
1	การให้บริการผู้ป่วยนอก ของสปสช.เขต 13 กทม.ทุกกรณี	☑ เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	ทุกแห่ง
2	การเข้ารับบริการกรณีประชาชนไปรับบริการในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควร	☑ เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	ทุกแห่ง
3	อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ	☑ เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	ทุกแห่ง
4	บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า ในผู้ป่วย IMC	☑ เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	ทุกแห่ง
5	บริการคลินิกพยาบาล	☑ เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	คลินิกพยาบาล
6	บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ	☑ เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	ทุกแห่ง
7	บริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ANC, ตรวจอัลตราซาวด์, ตรวจสุขภาพช่องปากและทำความสะอาดฟัน, ตรวจยืนยันธาลัสซีเมีย ในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส, การตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม	☑ เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	เฉพาะหน่วยบริการเอกชน
8	บริการคุมกำเนิดและยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ บริการคุมกำเนิด (กึ่งถาวร) , การยุติการตั้งครรภ์	☑ เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	เฉพาะหน่วยบริการเอกชน
9	บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ บริการ Pap smear, VIA , HPV DNA Test, Liquid Base Cytology , Colposcopeและ/หรือ ตัดชิ้นเนื้อ	☑ เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	เฉพาะหน่วยบริการเอกชน
10	บริการโควิด ได้แก่		
	10.1 บริการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	☑ เข้ารับบริการรักษาทั่วไป (OPD/ IPD/ PP)	เฉพาะหน่วยบริการเอกชน
	10.2 บริการ Home Isolation	☑ การดูแลรักษาในที่พัก (Home Isolation)	ทุกแห่ง
	10.3 บริการ Community Isolation	☑ การดูแลรักษาในชุมชน (Community Isolation)	ทุกแห่ง

หมายเหตุ : กรณีหน่วยบริการที่มีความพร้อม สามารถดำเนินการในรายการอื่นๆ นอกเหนือจากรายการที่กำหนดได้ ซึ่งจะมีประโยชน์ในการอุทธรณ์ข้อมูลในภายหลังหากข้อมูลถูกปฏิเสธการจ่าย โดยเลือกเป็น ☑ เข้ารับบริการรักษา ทั่วไป (OPD/ IPD/PP) เพื่อประกอบการตรวจสอบของหน่วยตรวจสอบ

5. การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

5.1) 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*

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

5.3) การส่งข้อมูล

5.3.1) หน่วยบริการจัดทำบัญชีรายการยาของหน่วยบริการ (Drug catalogue) พร้อมทั้งปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ และส่งมาเพื่อให้ สปสช. อนุมัติรายการยา สำหรับใช้เป็นฐานข้อมูลประกอบการเบิกจ่าย

5.3.2) หากมีค่าใช้จ่ายในหมวดค่ายา หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายเป็นรายการยาตามบัญชียา (Drug catalogue) ของหน่วยบริการ โดยการเบิกจ่ายที่ต้องมีการบันทึกรายการยา เช่น กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยนอก กรณีการรักษาโรคมะเร็ง กรณีการรักษาผู้ป่วยในที่มีการกำหนดการจ่ายยาเพิ่มเติม (Add on) จากระบบ DRGs และกรณีอื่นๆ ตามที่ สปสช.กำหนด

5.3.3) การขอรับค่าใช้จ่ายในกรณีต่างๆ เช่น ค่ายา เป็นต้น ให้เป็นไปตามสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.3.4) การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ในรายการที่ สปสช. กำหนดราคากลางให้หน่วยบริการเรียกเก็บได้ตามจริงไม่เกินราคากลาง ส่วนรายการที่ สปสช. ยังไม่กำหนด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บตามระเบียบของหน่วยงานนั้นๆ

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

5.5) หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยนอกก่อนและต่อมารับไว้เป็นผู้ป่วยในภายในเวลา 24 ชั่วโมงให้ขอรับค่าใช้จ่ายเป็นกรณีผู้ป่วยในเท่านั้น ยกเว้นในบางกรณีที่เข้ารับบริการด้วยโรคอื่นๆ หรือกรณีกลับบ้านแล้วเกินกว่า 4 ชั่วโมงอาการไม่ดีขึ้นและกลับมานอนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ในกรณีนี้ถือว่าเบิกค่าใช้จ่ายได้ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

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

5.7) การคิดค่าใช้จ่ายในการให้บริการให้หน่วยบริการจัดทำข้อมูลตามมาตรฐานหมวดรายการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล 19 หมวดรายการของ สปสช.

5.8) การคำนวณหาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight : RW) กรณีผู้ป่วยใน ใช้ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 5 (Thai DRGs version 5)

6. วิธีการส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขได้ ดังนี้

6.1) การส่งข้อมูลในระบบโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามที่ สปสช. กำหนด เช่น โปรแกรม DMIS หรือโปรแกรม e-Claim สำหรับข้อมูลที่ส่งในระบบโปรแกรม e-Claim เมื่อ สปสช. ทำการตรวจสอบและประมวลผลแล้วจะรายงานผลการรับส่งข้อมูลรายวัน (REP) ให้หน่วยบริการตรวจสอบทางหน้า Website e-Claim ในวันทำการ จันทร์, พุธและศุกร์ หลังจากนั้นจะตัดยอดข้อมูลและออกรายงานการจ่ายเงินรายเดือน (Statement) ตามวันที่กำหนด (รายละเอียดตามผนวก 2)

หมายเหตุ :

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

2) กรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบ ซึ่งจะแสดงสถานะ C ในรายงาน หรือ ถูกปฏิเสธการจ่าย (Deny) ซึ่งจะแสดงสถานะ D ในรายงาน หน่วยบริการสามารถแก้ไขให้ถูกต้องและส่งเข้ามาใหม่ได้จนกว่าจะประมวลผลผ่าน A และออกรายงานการจ่ายเงิน (Statement) ในรอบที่ข้อมูลนั้น ผ่าน A โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบการโอนเงินได้ทาง www.nhso.go.th เลือกหน่วยบริการ เลือก NHSO Budget ส่วนรายละเอียดตรวจสอบได้ที่ Website e-Claim ทั้งนี้ หน่วยบริการจะต้องจัดทำเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องเก็บรักษาไว้ ณ หน่วยบริการ

6.1.1) กรณีที่ สปสช.ขอตรวจสอบแล้วไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการจะถือว่าหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการนั้น และสปสช.จะเรียกคืนค่าใช้จ่ายในส่วนที่ไม่พบหลักฐานการให้บริการ

6.1.2) กรณีที่ตรวจพบว่ามีการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายที่ผิดปกติ หรือ**ตรวจพบว่ามีการเบิกจ่ายซ้ำซ้อน** สปสช. จะปฏิเสธการจ่ายหรืออาจเรียกคืนในรายการที่ได้จ่ายชดเชยไปแล้ว

6.1.3) การส่งข้อมูลในระบบเอกสาร ในระหว่างรอการพัฒนาระบบโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์รองรับการบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายให้หน่วยบริการส่งเอกสารการขอรับค่าใช้จ่ายฯตามแบบฟอร์มที่ สปสช. ที่กำหนด เช่น การขอรับค่าใช้จ่ายกรณี Maxillary Distractor ในการให้บริการผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ เป็นต้น

7. ระยะเวลาในการส่งข้อมูล

ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขภายในระยะเวลา 30 วันนับจากวันที่ให้บริการ กรณีผู้ป่วยนอกหรือนับจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วย (Discharge) กรณีผู้ป่วยใน ทั้งนี้ ข้อมูลที่ให้บริการในปีงบประมาณ 2565 จะสิ้นสุดการเรียกเก็บ (แจ้งหนี้) โดยถือวันส่งข้อมูล (sent date) ภายในวันที่ 30 กันยายน 2566 (รายละเอียดตามภาคผนวก 2) โดยข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนดนี้ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ที่จะขอรับค่าใช้จ่าย

8. ข้อมูลที่ส่งล่าช้ากว่ากำหนด

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

8.1) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายร้อยละ 95 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด

8.2) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายร้อยละ 90 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด

8.3) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายไม่เกินร้อยละ 80 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด

9. การรับส่งต่อผู้ป่วย

การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เป็นกรณีที่ให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยเมื่อเกินขีดความสามารถหรือศักยภาพหน่วยบริการนั้นๆ จะต้องจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิที่เหมาะสมเพื่อให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยและเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจนสามารถกลับหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการใกล้บ้านได้แล้วจะต้องมีระบบการประสานงานที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญของการรักษาพยาบาล ดังนี้

9.1) การส่งตัวผู้ป่วยเป็นไปตามกรอบแนวทางของการส่งเสริมการจัดระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพพื้นที่กำหนด

9.2) หน่วยบริการประจำของผู้ป่วยหรือหน่วยบริการอื่นที่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วย จัดทำหนังสือส่งต่อข้อมูลการรักษา ยกเว้น กรณีที่มีระบบส่งต่อในระบบอิเล็กทรอนิกส์

10) 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) ตรวจสอบสิทธิกับระบบตรวจสอบสิทธิของสปสช.	

ระบบ/โปรแกรม	ข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย	หมายเหตุ
8) โปรแกรมค้นหาข้อมูลหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Hospital Search)	การตรวจสอบการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพ	
9) ระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกันโรครายบุคคล (OPPP Individual record)	กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค OP/PP/IP (43 แฟ้ม)	
10) ระบบการพิสูจน์การเข้ารับบริการ (ระบบการขอ Authentication code)	สำหรับบริการที่มีการเบิกจ่ายตามที่กำหนดรายการบริการ (Fee Schedule)	

การอุทธรณ์

กรณีหน่วยบริการมีความเห็นแย้งกับผลการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่าย หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

บทที่ 1

แนวทางปฏิบัติ
ในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ขอบเขตบริการ

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ 2565 รวมค่าวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และบริการตรวจคัดกรองยีนส์ HLA-B*5810 ก่อนเริ่มยา Allopurinol ในผู้ป่วยโรคเกาต์

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข โดยจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อหัวประชากรที่คำนวณระดับจังหวัด

1. เกณฑ์การจ่ายสำหรับหน่วยบริการแต่ละสังกัด

1.1 หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2564 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2565 หรือกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการ สปสช.จะปรับการจ่ายแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ตามที่ สปสช. เขตแจ้งภายใต้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2564 โดยดำเนินการให้แล้วเสร็จก่อน 1 ตุลาคม 2564

1.2. หน่วยบริการสังกัดอื่น (รัฐนอกสังกัดฯ/เอกชน) จัดสรรตาม Point การลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือนของปีงบประมาณ 2565

1.3. การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช.กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.4. ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช.กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.5. กรณีบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการร่วมกับหน่วยร่วมที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรมอาจให้ สปสช. ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำเพื่อชำระค่ายาและเวชภัณฑ์หรือบริการอื่นตามที่หน่วยบริการประจำตกลงกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม

1.6. สำหรับ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร อาจปรับอัตราจ่าย ตามโครงสร้างอายุหรือปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งกำหนดการจ่ายตามรายการบริการ และหรือตามผลงานบริการได้ และอาจบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายในรายการบริการประเภทต่างๆ ได้ตามที่ สปสช.กำหนด โดยอาจหารือร่วมกับอปสข.และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอก และให้ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

ทั้งนี้ สำหรับคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมที่เลือกรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายต่อคนพิการให้กับหน่วยบริการทุกสังกัด ตามจำนวนคนพิการที่ลงทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมรายเดือนของปีงบประมาณ 2565

2. สำหรับงวดการโอนเงินของหน่วยบริการแต่ละสังกัด สามารถดูรายละเอียด (บทที่ 8 การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ บทที่ 9 การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน)

ทั้งนี้ เพื่อลดภาระในการตามจ่ายระหว่างหน่วยบริการสำหรับค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ โดยอาจให้ สปสช.เขต ร่วมบริหารจัดการ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัดสำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำตามข้อเสนอของ สปสช.เขต

ทั้งนี้ สำหรับจังหวัดที่ไม่มีการกันเงินไว้สำหรับชำระบัญชีระหว่างกัน (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)

บทที่ 2

แนวทางปฏิบัติ ในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ขอบเขตบริการ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบแนวทางการบริหารค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป วงเงินงบประมาณที่ได้รับจำนวน 1,460.59 บาท ต่อหัวประชากร เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ รวมบริการตามนโยบายการรับบริการผู้ป่วยในทั้งในเขตและข้ามเขตโดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ 2565 การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

1. กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวนไม่เกิน 100 ล้านบาท
2. ส่วนที่เหลือให้บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้ง ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต บริการเด็กแรกเกิดทุกรายของหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช. บริการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ และบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเป็นการบริการผู้ป่วยในทั่วไประดับเขต โดยคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยใน ตามระบบ DRGs version 5 เพื่อใช้ในการจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขตการบริหาร

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไป บริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยใน เป็นการจ่ายตามผลงานการให้บริการโดยจำแนกตามเงื่อนไขของการใช้บริการดังนี้

1. การใช้บริการเป็นผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ
2. การใช้บริการด้วยเงื่อนไขการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยใน
3. การใช้บริการด้วยเงื่อนไขอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกหน่วยบริการประจำ
4. การใช้บริการของทหารผ่านศึก และคนพิการ
5. การใช้บริการของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ
6. การใช้บริการกรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ)
7. การใช้บริการกรณีบริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่ว
8. การใช้บริการกรณีเด็กแรกเกิด
9. การใช้บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS)
10. การใช้บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery)
11. การใช้บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)
12. การใช้บริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS)
13. การใช้บริการในเขตฯ กรณีบริการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

1. การใช้บริการเป็นผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

เป็นการใช้บริการยังหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ ที่มีการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน

<u>อัตราการจ่ายเงิน</u>

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยในในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

<u>หมายเหตุ</u> :

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

2) สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2. การใช้บริการด้วยเงื่อนไขการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยใน

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

การรับ-ส่งต่อระหว่างหน่วยบริการแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำอยู่ภายในเขตเดียวกันกับหน่วยบริการที่รักษา หรือเรียกว่า “ส่งต่อภายในเขต” ถึงแม้จะเป็นการส่งต่อข้ามจังหวัด หากอยู่ในเขตเดียวกันจะถือว่าเป็นการส่งต่อภายในเขต

2) การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำนอกเขต กับหน่วยบริการที่รักษา หรือเรียกว่า “การส่งต่อข้ามเขต”

<u>อัตราการจ่ายเงิน</u>

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. จำแนกตามเงื่อนไขการรับ-ส่งต่อ ดังนี้

1) ค่าบริการกรณีการรับ - ส่งต่อภายในเขต หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขต และผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

<u>หมายเหตุ</u> :

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

(2) *สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง*

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

3. การใช้บริการด้วยเงื่อนไขอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกหน่วยบริการประจำ

<u>นิยาม</u>

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง อุบัติเหตุ หรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิต หรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรืออาการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บ หรืออาการเจ็บป่วยนั้น ทั้งนี้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินได้มีหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังนี้

"ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต" ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

"ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน" ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วย ซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

"ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง" ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วย ซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

<u>อัตราการจ่ายเงิน</u>

หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินประเภทผู้ป่วยใน จะได้รับค่าใช้จ่ายจากวงเงิน

ค่าบริการผู้ป่วยในระดับเขต (Global Budget) ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วย วันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์จำแนกตามเงื่อนไขของหน่วยบริการที่ให้บริการ ดังนี้

1) **ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีหน่วยบริการประจำภายในเขต**

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้ อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

<u>หมายเหตุ</u> :

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

(2) *สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง*

2) ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินข้ามเขต ได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราคงที่ 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

กรณีผู้ป่วยในที่นอนรักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการ และผู้ป่วยไปรับยาจากหน่วยบริการอีกแห่งหนึ่ง กรณีนี้จะถือว่าการให้บริการมีการทับซ้อนกัน จะมีการปฏิเสธการจ่าย (C150) แนวทางแก้ไขขอให้หน่วยบริการยื่นเอกสารขออุทธรณ์ เป็นรายกรณี

การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือ กรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถกลับไปรับการรักษาที่หน่วยบริการประจำได้ สามารถขอรับค่าใช้จ่ายฯ สำหรับการให้การรักษาต่อเนื่องได้ไม่เกิน 15 วัน นับจากการเข้ารับบริการกรณีผู้ป่วยนอกครั้งนั้น หรือนับจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยใน

4. การใช้บริการของทหารผ่านศึก และคนพิการ

<u>นิยาม</u>

"ทหารผ่านศึก" หมายความว่าบุคคลที่มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และได้รับสิทธิจากมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐโดยไม่คิดมูลค่า ซึ่งได้แก่

(1) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญกล้าหาญ

(2) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญดุษฎีมาลาเข็มกล้าหาญ

(3) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญชัยสมรภูมิ

(4) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชนชั้นที่ 1

(5) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชนชั้นที่ 2

(6) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน

(7) ผู้มีสิทธิในบัตรทหารผ่านศึกนอกประจำการบัตรชั้นที่ 1

(8) ผู้มีสิทธิในบัตรทหารผ่านศึกนอกประจำการบัตรชั้นที่ 2

(9) ผู้มีสิทธิในบัตรทหารผ่านศึกนอกประจำการบัตรชั้นที่ 3

(10) ผู้มีสิทธิในบัตรประจำตัวครอบครัวทหารผ่านศึกชั้นที่ 1

(11) ผู้มีสิทธิในบัตรประจำตัวเหรียญกล้าหาญทายาท

(12) ผู้มีสิทธิในบัตรประจำตัวเหรียญชัยสมรภูมิทายาท

(13) ผู้มีสิทธิในสมุดคู่มือประจำครอบครัวทหารของกรมสวัสดิการสามเหล่าทัพ

(14) ผู้มีสิทธิในสมุดคู่มือประจำตัวครอบครัวทหารผ่านศึกนอกประจำการบัตรชั้นที่ 1

"คนพิการ" หมายความว่า คนพิการตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่คณะรัฐมนตรีกำหนดเพิ่มเติม

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

ให้ทหารผ่านศึก และคนพิการ ใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ณ หน่วยบริการประจำของตน เว้นแต่กรณีมีความจำเป็นอาจไปใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการอื่นของรัฐก็ได้

<u>อัตราการจ่าย</u>

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

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

<u>หมายเหตุ</u> :

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

(2) *สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง*

2) ค่าบริการกรณีเข้ารับบริการข้ามเขต หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราคงที่ 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

5. การใช้บริการของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ

มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยอาจมีการหารือร่วมกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ดังนั้นในการบริหารเงินสำหรับ

ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นทหารกองประจำการ หรือทหารเกณฑ์ในสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศดังกล่าว จึงได้มีการจัดแยกเงินงบประมาณ (Global Budget) ออกมาบริหารเป็นการเฉพาะ สำหรับการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ หน่วยบริการที่ให้บริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามเงื่อนไขและอัตราการรับการชดเชยเงิน ดังนี้

<u>เงื่อนไขจ่าย</u>

1) เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีสิทธิย่อยทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ โดยตรวจสอบสิทธิ พบรหัสหน่วยบริการประจำเป็น SN001 (กรมแพทย์ทหารเรือ) หรือ SP001 (กรมแพทย์ทหารอากาศ)

2) ผู้ป่วยอาจมาด้วยเงื่อนไขกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือกรณีการส่งต่อ ทั้งนี้หากอาการไม่ฉุกเฉินสามารถให้บริการและส่งข้อมูลเบิกได้ โดยไม่ต้องใช้หนังสือส่งตัว

<u>อัตราการจ่าย</u>

หน่วยบริการทุกแห่งที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิย่อยทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศจะได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราที่คำนวณ โดยอัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget (ไม่มีอัตราจ่ายข้ามเขต โดยให้ถือเสมือนว่าเป็นการให้บริการภายในเขตทุกราย) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

<u>หมายเหตุ</u> :

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

(2) *สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง*

6. การใช้บริการกรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ)

บริการกรณีสำรองเตียง หมายถึง การให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของเอกชน หรือสถานบริการอื่นที่ได้สมัครเข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียงและผ่านการตรวจมาตรฐานตามเกณฑ์ โดยได้ลงนามในข้อตกลงการให้บริการร่วมกันกับ สปสช. เขตแต่ละเขต ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

<u>ขอบเขตบริการ</u>

1) สถานพยาบาลของเอกชน หรือสถานบริการอื่น ที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียงผ่านการตรวจมาตรฐานตามเกณฑ์ และได้ลงนามในข้อตกลงการให้บริการร่วมกันกับ สปสช. เขตแต่ละเขตตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

2) ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งที่มีการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ หรือยังไม่ลงเลือกหน่วยบริการประจำ (สิทธิว่าง)

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

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

1) เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช. เขตแต่ละเขต

2) การรับส่งต่อจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามเงื่อนไขบริการที่ตกลงร่วมกันระหว่าง สปสช. และสถานบริการอื่น

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

<u>อัตราการจ่าย</u>

1) กำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน 15,000 บาท ต่อ adjRW

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

7. การใช้บริการกรณีรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว

7.1 การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด

<u>เงื่อนไขการบริการ</u>

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

<u>อัตราการจ่าย</u>

กำหนดอัตราการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการฯดังนี้

1) ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำภายในเขต หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาท ต่อ adjRW

<u>หมายเหตุ</u> :

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

(2) สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2) ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยข้ามเขตได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราคงที่ 9,600 บาท ต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

7.2 การรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy - ESWL)

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

การรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy - ESWL)

<u>อัตราการจ่าย</u>

1) หน่วยบริการภาครัฐ จ่ายแบบเหมาจ่ายครั้งละไม่เกิน 6,500 บาท จ่ายไม่เกินข้างละ 4 ครั้งต่อคนต่อปี

2) หน่วยบริการภาคเอกชน จะได้รับค่าใช้จ่ายเมื่อบริการสลายนิ่วสำเร็จ โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (Episode) ในอัตราเหมาจ่าย 16,000 บาทต่อการสลายนิ่วในไตหนึ่งข้างต่อคนต่อปี ทั้งนี้หน่วยบริการจะต้องส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการสลายนิ่วสำเร็จเท่านั้น กรณีสลายนิ่วไม่สำเร็จต้องมีการให้บริการ (ESWL) มากกว่า 3 ครั้ง และมีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา จึงจะขอรับค่าใช้จ่ายได้โดยเป็นไปตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

8. การใช้บริการกรณีเด็กแรกเกิด

ขอบเขตบริการ

เป็นการให้บริการแก่เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ณ วันที่เข้ารับบริการ

1) เด็กแรกเกิดที่ป่วย หมายถึง เด็กแรกเกิดที่มีค่า RW มากกว่า 3 ขึ้นไป

2) เด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม

3) เด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัมหรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยที่ได้รับหัตถการเพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพง

เงื่อนไขการจ่าย

เป็นการจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการเด็กแรกเกิด ตามขอบเขตบริการที่กำหนด โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

1) หน่วยบริการต้องบันทึกวันเดือนปีเกิดของผู้มีสิทธิเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายทุกครั้ง

2) เมื่อตรวจสอบสิทธิ พบว่ายังไม่มีการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

3) หน่วยบริการต้องขอ Authentication Code และลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

อัตราการจ่าย

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Base Rate) ดังนี้

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

2) กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยที่ได้รับหัตถการเพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพง หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับการจ่าย ในอัตรา 12,000 บาทต่อ adjRW

3) กรณีเด็กแรกเกิด กรณีที่นอกเหนือจากข้อ 1) และ 2) หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับการจ่ายในอัตราเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW

หมายเหตุ

กรณีเด็กแรกเกิดที่มีหน่วยบริการประจำแล้ว หากต้องส่งต่อไปรักษายังหน่วยบริการอื่น การขอรับค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามแต่ละกรณีเหมือนกรณีผู้มีสิทธิที่มีหน่วยบริการประจำแล้ว

9. การใช้บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS)

เพื่อสะท้อนต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ามาตรฐานการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของระบบ DRGs version 5

1) หลักการพื้นฐานการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (ORS)

การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้วิธีการจ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามจำนวนวันนอน (Adjusted relative weight: AdjRW) คูณด้วยอัตราจ่าย (Base rate) ซึ่งค่า AdjRW ได้จากข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญของผู้ป่วยรายนั้นๆ

ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทการจำหน่าย การวินิจฉัยโรค การทำหัตถการที่สำคัญ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และน้ำหนักแรกรับ (เฉพาะกรณีเด็กแรกเกิด)

ในการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามระบบดังกล่าว อาจมีบริการในผู้ป่วยบางรายที่มีค่าใช้จ่ายไม่สอดคล้องกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมนั้น เช่น กรณีที่จำเป็นต้องใช้ยาราคาแพง หรือกรณีที่มีวันนอนนาน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการต้องรับผิดชอบเป็นจำนวนมาก เพื่อบรรเทาปัญหาดังกล่าว จึงได้กำหนดวิธีการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินเกณฑ์ที่กำหนด โดยจะพิจารณาจ่ายให้หน่วยบริการในกรณีที่มีความแตกต่างระหว่างค่ารักษาพยาบาลกับเงินชดเชยที่ได้รับ เฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

2) การกำหนดระดับเริ่มต้นของการจ่ายกรณีบริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier loss threshold: OLT)

ระดับเริ่มต้นของการจ่ายถูกกำหนดไว้ 2 แบบคือ

2.1 ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบคงที่ (Fixed outlier loss threshold: FOLT) กรณีที่ความสูญเสีย (Loss) ≥ 1,000,000 บาท

2.2 ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบแปรผัน (Variable outlier loss threshold= VOLT) ได้จากค่าสูงสุดระหว่าง 20 เท่าของจำนวนเงินค่าใช้จ่ายต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (20 เท่าของ Charge per AdjRW) หรือ ร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายในส่วน DRGs รวมทั้งปี (1% of Sum Charge in DRGs) โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยใน ของปีงบประมาณก่อนหน้า หรือ ในรอบปีก่อนหน้า

เช่น หน่วยบริการที่มีค่า VOLT > FOLT ⟶ OLT = FOLT (=1,000,000 บาท)

VOLT < FOLT ⟶ OLT = VOLT

<u>เงื่อนไขในการคำนวณค่า OLT ดังนี้</u>

1) ปรับปรุงค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บ (Standardize Charge) ของแต่ละรายที่มีข้อมูลค่าใช้จ่ายรายหมวดในโปรแกรม e-Claim ดังนี้

1.1) ปรับค่าห้อง/ค่าอาหาร ให้เป็นจำนวนตามที่เรียกเก็บจริง แต่ไม่เกินราคา 400 บาทต่อวัน

1.2) ตัดค่าใช้จ่ายรายการอื่นๆ ที่ชดเชยเพิ่มเติม (add on)

1.3) ตัดค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในหมวดอื่นๆ และการจ่ายพิเศษนอกกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมอื่นๆ

2) ปรับปรุงค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บ (Standardize Charge) ของแต่ละรายที่ไม่มีข้อมูลค่าใช้จ่ายรายหมวดตอนส่งข้อมูลเรียกเก็บเงินในโปรแกรม e-Claim โดยให้ปรับลดค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บลงตามสัดส่วนโดยรวมทั้งหมดที่ถูกปรับลดตามข้อ 1

3) กรณีค่า OLT ที่ได้มามีเศษไม่เต็ม 100 บาท จะดำเนินการดังนี้

3.1) กรณีค่า OLT ที่ได้มามีเศษน้อยกว่า 50 บาท ให้ปัดเศษทิ้ง

3.2) กรณีค่า OLT ที่ได้มามีเศษมากกว่าเท่ากับ 50 บาท ให้ปัดขึ้นเป็น 100 บาท

ทั้งนี้ในแต่ละปีสำนักงานจะแจ้งค่า OLT ที่คำนวณได้ให้หน่วยบริการทราบ โดยจะใช้ข้อมูลในปีที่ผ่านมาในการคำนวณค่า OLT

ตัวอย่าง โรงพยาบาล AA มีผู้ป่วยในสิทธิ UC ในปีงบประมาณ 2557 จำนวน 765 ราย

รวมยอดเงินค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น	**8,621,308.00** บาท
- ปรับค่าห้อง/อาหารให้เป็นจำนวนตามที่เรียกเก็บจริง แต่ไม่เกินราคา 400 บาทต่อวัน เดิม 910,265 บาท ปรับใหม่เป็น	716,800 บาท
- ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ รวม	22,300 บาท
- ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์	1,385,111 บาท
- ค่าบริการอื่นๆ	386,519.90 บาท
สรุปค่ารักษาในส่วนกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Sum Charge in DRG)	**6,633,912.10 บาท**
ยอดรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Sum AdjRW)	632.5642
ค่ารักษาต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Charge per AdjRW)	10,487.33 บาท
20 เท่าของค่ารักษาต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน	**209,746.68 บาท**
ร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายในส่วนกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม รวมทั้งปี	**66,339.12 บาท**
ระดับเริ่มต้น ของความสูญเสียแบบแปรผัน (VOLT)	**209,746.68 บาท**
ระดับเริ่มต้น ของความสูญเสียแบบคงที่ (FOLT)	1,000,000 บาท

ระดับเริ่มต้นของการจ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (OLT) 209,700.00 บาท (ปัดเศษ)

ตัวอย่าง 1 การคำนวณค่า OLT ของโรงพยาบาล

ลำดับ	รพ.	ค่าใช้จ่ายรวมที่เรียกเก็บ (Sum Charge in DRG)	น้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนรวม (Sum AdjRW)	ค่ารักษาต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Charge per AdjRW)	20 เท่าของค่ารักษาต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน	ร้อยละ 1 ของจำนวนค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บใน DRGs ทั้งปี	VOLT (ได้จาก ค่าสูงสุดระหว่างคอลัมน์ [4] กับ[5])	FOLT	OLT
		[1]	[2]	[3]= [1]/[2]	[4]= 20*[3]	[5]= [1]*1%	[6]	[7]	[8]
1	AA	6,633,912.10	632.5642	10,487.33	209,746.68	66,339.12	209,746.68	1,000,000	209,700
2	BB	87,823,693.30	5,901.4145	14,881.80	297,636.08	878,236.93	878,236.93	1,000,000	878,200
3	CC	151,399,031.46	14,960.0745	10,120.21	202,404.11	1,513,990.31	1,513,990.31	1,000,000	1,000,000

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายรวมที่เรียกเก็บ (Sum Charge in DRG) ในคอลัมน์ [1] เป็นค่าใช้จ่ายที่มีการปรับปรุงค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บ (Standardize Charge) แล้ว

3) หลักเกณฑ์ในการคัดเลือก case ที่เข้าเกณฑ์ ORS

สปสช.มีเงื่อนไขในการคัดเลือก case ที่เข้าเกณฑ์ ORS ดังนี้

3.1) ดำเนินการตรวจสอบปรับปรุงค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บ (Standardize Charge) ของแต่ละรายโดยมีการปรับปรุงค่าใช้จ่ายรายหมวดของผู้ป่วยใน ดังนี้

3.1.1) ปรับค่าห้อง/ค่าอาหารให้เป็นจำนวนตามที่เรียกเก็บจริง แต่ไม่เกินราคา 400 บาทต่อวัน

3.1.2) ตัดค่าใช้จ่ายรายการอื่นๆ ที่ชดเชยเพิ่มเติม (add on)

3.1.3) ตัดค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในหมวดอื่นๆ และการจ่ายพิเศษนอกกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมอื่นๆ

3.2) ทำการคัดเลือก case ที่เข้าเกณฑ์โดยคำนวณหา case ที่มีค่าความสูญเสีย (ค่าใช้จ่ายเรียกเก็บที่มีการปรับปรุงแล้ว) (Standardize Charge ลบด้วยค่าใช้จ่ายตาม DRGs) มากกว่าค่า OLT ของหน่วยบริการ

3.3) ในปีงบประมาณ 2565 หากข้อมูลผู้ป่วยที่หน่วยบริการส่งเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim แล้วไม่มีค่าใช้จ่ายรายหมวด สปสช.จะไม่รับพิจารณา เพื่อจ่ายชดเชยเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินเกณฑ์ปกติ (ORS)

ตาราง 2 ตัวอย่างคำนวณหาข้อมูลผู้ป่วยใน ที่เข้าเกณฑ์ ORS

ลำดับ	ผู้ป่วย	โรงพยาบาลที่รักษา	ADJRW	ค่ารักษาในส่วน DRG (บาท)	เงินที่ได้รับในส่วน DRG (บาท)	ความสูญเสีย (Loss) ก่อนการตรวจสอบ	ค่า OLT	เข้าเกณฑ์ ORS	case ที่เข้าเกณฑ์ ORS
				[1]	[2]	[3]=[1]-[2]	[4]	[5]=[3]-[4]	
1	ก	MM	28.6967	1,339,000.00	243,921.95	1,095,078.05	1,000,000.00	95,078.05	✓
2	ข	PP	7.0563	395,938.00	59,978.55	335,959.45	263,900.00	72,059.45	✓
3	ค	QQ	1.1753	293,397.00	9,990.05	283,406.95	321,500.00	-38,093.05	x

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายรวมที่เรียกเก็บ (Sum Charge in DRG) ในคอลัมน์ [1] เป็นค่าใช้จ่ายที่มีการปรับปรุงค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บ (Standardize Charge) แล้ว

4) หลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินเกณฑ์ปกติ (ORS)

โดยมีสูตรการคำนวณเพื่อจ่ายชดเชยดังนี้

ค่า Reimburse Ratio ของแต่ละ รพ. คูณกับ ความสูญเสียหลังการตรวจสอบ (Loss) ในส่วนที่เกินกว่ากึ่งหนึ่งของระดับเริ่มต้นฯ

สูตรคำนวณ = Reimburse ratio × [Loss – (0.5×OLT)]

Reimburse ratio คือ ค่าที่คำนวณได้จากการเอา base rate ผู้ป่วยในที่จ่ายในปีงบประมาณนั้นหารด้วยค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการ เรียกเก็บต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Charge per AdjRW)

ตัวอย่าง เช่น base rate 8,500 บาท ค่า Reimburse ratio = 8,500 ÷ Charge per AdjRW

โดยกำหนดเพดาน Reimburse ratio ไว้ไม่เกิน 0.8

<u>ตารางที่ 3</u> ตัวอย่างการคำนวณหาจำนวนเงินที่จ่ายเพิ่มเติมตาม ORS

ลำดับ	ผู้ป่วย	โรงพยาบาลที่รักษา	Reimburse ratio [1]	จำนวนที่เรียกเก็บหลัง standardize (Sum Charge in DRG) [2]	ได้รับแล้วในส่วนจ่ายชดเชยตาม DRG [3]	ความสูญเสีย Loss [4]	ค่า OLT [5]	จำนวนเงินที่จ่ายเพิ่มตาม ORS [6]=[1]*([4] - (0.5*[5]))	รวมได้รับชดเชยทั้งหมด [7]=[3]+[6]
1	ก	A	0.43	1,302,208.00	56,316.75	1,245,891.25	878,300.00	346,898.74	403,215.49
2	ข	B	0.54	1,604,748.00	247,361.90	1,357,386.10	1,000,000.00	462,988.49	710,350.39
3	ค	B	0.54	2,035,788.25	164,973.55	1,870,814.70	1,000,000.00	740,239.94	905,213.49
4	ง	D	1.07	362,982.00	59,978.55	303,003.45	248,600.00	142,962.76	202,941.31

หมายเหตุ : ข้อมูล Reimburse Ratio ปี 2565 ใช้ข้อมูลของปีงบประมาณ 2565 คือ date discharge ตั้งแต่วันที่ 1 ตค. 64 - 31 สค. 65

5) ขั้นตอนการดำเนินการจ่ายชดเชยเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินเกณฑ์ปกติ (ORS)

สปสช.จะดำเนินการตรวจสอบข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

5.1) ตรวจสอบเงื่อนไขข้อมูลผู้ป่วยในที่เข้าตามหลักเกณฑ์จ่ายชดเชยเพิ่มเติมที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินเกณฑ์ปกติ (ORS)

5.2) สปสช.อาจขอให้หน่วยบริการส่งเอกสารเพิ่มเติม หากไม่ส่งเอกสารภายในเวลาที่กำหนด สปสช. จะไม่รับพิจารณาข้อมูล

5.3) สปสช. ส่งหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้หน่วยบริการทราบ และดำเนินการจ่ายชดเชยเพิ่มเติมตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด หากไม่เข้าเกณฑ์ สปสช.จะส่งคืนสำเนาเวชระเบียน

10. การเข้ารับบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery : ODS)

<u>นิยาม</u>

กรณีบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One Day Surgery : ODS) หรือ Ambulatory surgery หรือการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่ทำหัตถการแบบวันเดียวกลับ คือ การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับวินิจฉัย การรักษา ทำหัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการ/ผ่าตัดหรือในวันรุ่งขึ้น โดยอยู่ในหน่วยบริการไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง และไม่เกิน 24 ชั่วโมง โดยไม่ต้องรับผู้ป่วยไว้ในหน่วยบริการ

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

1. เป็นการให้บริการแก่ที่ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือหัตถการที่กำหนด ดังนี้

2.1 รายการที่กำหนดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561) จำนวน 12 กลุ่มโรค/หัตถการ ได้แก่

(1) โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia)

(2) โรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele)

(3) โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid)

(4) ภาวะเลือดออกผิดปกติจากมดลูก (Abnormal Uterine bleeding)

(5) หลอดเลือดดำในหลอดอาหาร และกระเพาะอาหารโป่งพอง (Esophageal varices, Gastric varices)

(6) ภาวะหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture)

(7) มะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามที่อุดตัน (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)

2.2 รายการที่กำหนดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562) จำนวน 12 กลุ่มโรค/ หัตถการ ได้แก่

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

(2) การผ่าตัดต้อเนื้อ (Pterygium Excision with Graft)

(3) การทำหมันหญิง (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)

2.3 รายการที่กำหนดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563) จำนวน 7 กลุ่มโรค/ หัตถการ ได้แก่

(1) ความผิดปกติของอัณฑะที่ได้รับการตัดลูกอัณฑะ (Orchidectomy)

(2) การส่องกล้องตรวจโพรงมดลูก และการผ่าตัด (Hysteroscopy) เพื่อรักษาความผิดปกติของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน

(3) การตัดนิ้วมือ (Amputation Finger)

(4) การผ่าตัดก้อนโรคที่เต้านม (Wide Excision Breast mass)

(5) ความผิดปกติของเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Simple Mastectomy)

(6) การรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัดแบบสงวนเต้า (Breast Conservative Surgery)

(7) ภาวะลิ้นติด (Tongue tie Release)

2.4 รายการที่กำหนดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม.2564) จำนวน 11 กลุ่มโรค/หัตถการ ได้แก่

(1) การตัดนิ้วเท้าในแผลเบาหวานและเนื้อตายที่เท้า (Diabetic foot With gangrene)

(2) การปลูกถ่ายผิวหนังใน Granulation Wound

(3) การทำผ่าตัดเส้นเลือดขอด (Varicose vein)

(4) การขลิบผิวหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย (Phimosis, Paraphimosis)

(5) การผ่าตัดนิ่วและการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ (Obstructive uropathy)

(6) การผ่าตัดเส้นเลือดขอดบริเวณถุงอัณฑะ (Varicocele)

(7) การผ่าตัดปะแก้วหู เพื่อรักษาหูชั้นกลาง (Chronic otitis media, Perforated tympanic membrane, atelectatic otitis media, adhesive otitis media)

(8) การผ่าตัดเพื่อรักษาเนื้องอกที่กล่องเสียง (Laryngotracheal stenosis, tumor/cyst at larynx hypopharynx base of tongue)

(9) การผ่าตัดเพื่อการรักษาโรคจมูกอักเสบเรื้อรัง (Hypertrophy of turbinate)

(10) การผ่าตัดรักษาโรคเกี่ยวกับต่อมบาร์โธลิน (Cyst/abscess of Bartholin's gland) (ถุงน้ำบาร์โธลิน หรือถุงหนองต่อมบาร์โธลิน)

(11) การตัดติ่งเนื้อหรือเนื้องอกในโพรงมดลูก (Submucous myoma uteri, polyp of corpus uteri) (เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกในโพรงมดลูก และติ่งเนื้อเยื่อบุโพรงมดลูก)

2.5 รายการที่กำหนดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565 (ตั้งแต่ 1 ต.ค.2564) จำนวน 20 กลุ่มโรค/หัตถการ ได้แก่

(1) การส่องกล้องใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: PEG)

(2) การส่องกล้องใช้เข็มเจาะดูดชิ้นเนื้อบริเวณตับอ่อนนำทางด้วยกล้องคลื่นเสียงความถี่สูง [EUS-FNB (endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy) pancreas]

(3) การส่องกล้องใช้เข็มเจาะดูดชิ้นเนื้อบริเวณตับนำทางด้วยกล้องคลื่นเสียงความถี่สูง [EUS-FNB (endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy) liver]

(4) การฉีดสารฟิลเลอร์ที่เส้นเสียง (Injection laryngoplasty)

(5) การผ่าตัดส่องกล้องเพื่อรักษาพยาธิสภาพที่กล่องเสียง (Endoscopic laryngeal surgery)

(6) การผ่าตัดปะเยื่อแก้วหู (Tympanoplasty)

(7) การวางสายเพื่อการล้างไตในช่องท้อง (Tenckhoff catheter)

(8) การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในกลุ่มความเสี่ยงสูง

(9) การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (Loop Electrosurgical Excision Procedure)

(10) การผ่าตัดโรคจอตาและวุ้นตา (Vitreoretinal surgery)

(11) การผ่าตัดเพื่อเปิดทางระบายน้ำจากช่องหน้าลูกตาไปใต้เยื่อบุตา (Trabeculectomy)

(12) การผ่าตัดเพื่อใส่ท่อระบายน้ำจากช่องหน้าม่านตาไปใต้เยื่อบุตา (Tube shunt surgery)

(13) การผ่าตัดเบ้าตา (Orbital surgery)

(14) การผ่าตัดเปลือกตา (Eyelid surgery) เพื่อการรักษาเท่านั้น

(15) การผ่าตัดระบบน้ำตา (Lacrimal surgery)

(16) การผ่าตัดแก้ไขหนังตาหย่อน (Rhytidectomy/ Blepharoplasty) เฉพาะกรณีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพื่อการรักษาเท่านั้น

(17) การผ่าตัดโดยวิธีการฉายแสงเพื่อเสริมความแข็งแรงของกระจกตา (Corneal Collagen Cross Linking)

(18) การยิงเลเซอร์ทำลายซิลิอารีบอดี (Cyclophotocoagulation)

(19) การผ่าตัดทำลายเยื่อบุตาและผ่าตัดตัดแต่งเยื่อบุตา (Excision or destruction of lesion or tissue of conjunctiva)

(20) โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/ Cholecystitis)

2.6 รายการที่กำหนดปีงบประมาณ 2565 (ตั้งแต่ 1 มกราคม 2565) จำนวน 3 กลุ่มโรค/หัตถการ ได้แก่ แยกเป็น ข้อ

(1) การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (Sentinel lymph node biopsy : SLNB)

(2) การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (Axillary lymph node dissection: ALND2)

(3) การตรวจวินิจฉัยช่องท้องโดยการส่องกล้อง ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อ และหรือการเก็นน้ำในช่องท้องส่งตรวจ (Diagnostic laparoscopy with peritoneal lavage for cytology and /or with biopsy)

3. เป็นการให้บริการที่มีจำนวนวันนอนตั้งแต่สองชั่วโมงแต่ไม่เกินยี่สิบสี่ชั่วโมง

4. เป็นบริการที่มีกลุ่มโรค และหัตถการ เฉพาะผู้รับบริการที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีชนิดการจำหน่าย (Discharge Type) เป็น with approval

5. กรณีบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในกลุ่มความเสี่ยงสูง กำหนดข้อบ่งชี้ และข้อห้ามในการให้บริการ ดังนี้

5.1 ข้อบ่งชี้ในการให้บริการ พบข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

5.1.1 มีผลการตรวจ Fit test positive

5.1.2 มีประวัติญาติสายตรงเป็น colorectal CA

5.1.3 มีอาการหรืออาการแสดง (Signs or Symptoms) ที่ผิดปกติ อย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้

(1) มีอาการหรืออาการแสดงที่สงสัยถึงมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal Cancer) ได้แก่ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ถ่ายมีมูกปนเลือด (Mucous bloody stool) อุจจาระลำเล็กลง ท้องผูกสลับท้องเสีย (bowel habit change) ภาวะซีด (anemia) เป็นต้น

(2) มีอาการถ่ายเหลวผิดปกติเรื้อรัง (Chronic diarrhea)

(3) ตรวจพบรอยโรค หรือความผิดปกติจากการตรวจพิเศษต่าง ๆ ได้แก่ การสวนแป้งทางทวารหนัก (Barium anemia) การทำเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน (CT scan abdomen or pelvis) หรือการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าที่ช่องท้อง (MRI abdomen or pelvis)

5.2 ข้อห้ามในการให้บริการ ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

5.2.1 ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)

5.2.2 ผู้ป่วยที่มีอาการที่สงสัยหรือมีหลักฐานยืนยันว่ามีภาวะลำไส้แตกทะลุ (Colonic perforation)

5.2.3 ผู้ป่วยที่มีอาการที่สงสัยหรือมีหลักฐานยืนยันที่เข้าได้กับภาวะ Severe toxic megacolon and fulminant colitis

5.2.4 ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงเข้าได้กับภาวะหน้าท้องอักเสบ (Peritonism)

5.2.5 ผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะสัญญาณชีพไม่คงที่ (Unstable vital sign) หรือมีการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดล้มเหลว (Cardiovascular failure)

6. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย ได้แก่ หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

6.1 ผ่านการประเมินศักยภาพจากคณะกรรมการตรวจเยี่ยมและประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก Minimally Invasive Surgery (MIS) ในโรงพยาบาล ภายใต้กรมการแพทย์ หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด

6.2 การประเมินศักยภาพหน่วยบริการตามข้อ 6.1 ให้หน่วยบริการแจ้งความประสงค์ พร้อมแบบประเมินตนเองไปยังกรมการแพทย์เพื่อให้คณะกรรมการตรวจเยี่ยมและประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก Minimally Invasive Surgery (MIS) ในโรงพยาบาลประเมินศักยภาพของหน่วยบริการและแจ้งผลการพิจารณามาที่สำนักงาน

กรณีไม่อาจดำเนินการตามวรรคหนึ่งได้ ให้หน่วยบริการแจ้งความประสงค์พร้อมแบบประเมินตนเองมายังสำนักงานหรือสำนักงานเขต เพื่อให้คณะกรรมการที่สำนักงานกำหนดประเมินศักยภาพของหน่วยบริการ

6.3 หน่วยบริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนด เมื่อได้รับการอนุมัติการเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพจากคณะกรรมการตรวจเยี่ยมและประเมินโครงการฯ

7. กรณีผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (one day surgery : ODS) สำหรับผู้มีสิทธิ์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามนโยบายการรับบริการผู้ป่วยทั้งในเขตและข้ามเขตโดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว

8. สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตราดังนี้

8.1 จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ตามรายการ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย โดยจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต ดังต่อไปนี้

8.1.1 กรณีในเขต อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ RW สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

8.1.2 กรณีนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

8.2 กรณีบริการผ่าตัด โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/ Cholecystitis) ที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนได้ และเป็นกลุ่ม DRGs 07100 (Laparoscopic cholecystectomy, no CC) หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) บวกเพิ่มค่าคงที่ K ในกลุ่ม DRGs 07100 (K = 0.7905)

กลุ่มโรค รหัสโรค (ICD-10 2010) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM2010)
กรณีบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
1. โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (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 53.21 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
2. โรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele)	**ICD10 –** ICD9 : 61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
3. โรคริดสีดวงทวาร (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. ภาวะเลือดออกผิดปกติจากมดลูก (abnormal uterine 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. หลอดเลือดดำในหลอดอาหาร และกระเพาะอาหารโป่งพอง (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
6. ภาวะหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture)	**ICD10 –** **ICD9 :** 42.92 Dilation of esophagus 44.22 Endoscopic dilation of pylorus

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
7. โรคมะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามที่อุดตัน (Obstructive esophageal cancer/tumor)	**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. ติ่งเนื้องอกลำไส้ใหญ่ (Colorectal 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. นิ่วในท่อน้ำดี (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
10. นิ่วในท่อตับอ่อน (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

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
11. ภาวะท่อน้ำดีตีบ (Bile duct 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
12. ภาวะท่อตับอ่อนตีบ (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

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
13. สิ่งแปลกปลอมในทางเดินอาหารส่วนต้น (Foreign body *of* upper Gastrointestinal 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. การผ่าตัดต้อเนื้อ (Pterygium Excision with graft)	**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 con**junctiva**
15. การทำหมันหญิง (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. การจัดกระดูกหักให้เข้าที่ โดยการผ่าตัดผ่านผิวหนังด้วยแผลขนาดเล็ก (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

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
	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 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. ฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano)	**ICD10 :** K60.3 Anal fistula **ICD9 :** 49.11 Anal fistulotomy 49.12 Anal fistulectomy

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
18. ฝีรอบไส้ตรงทวารหนัก (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
19. ฝีเต้านม (Breast abscess)	**ICD10 :** N61 Inflammatory disorders of breast O91.1 Abscess of breast associated with childbirth **ICD9 :** 85.0 Mastotomy
20. นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesicle stone)	**ICD10 :** N21.0 Calculus in bladder **ICD9 :** 57.0 Transurethral clearance of bladder
21. นิ่วในท่อไต (Ureteric stone)	**ICD10 :** N20.1 Calculus of ureter **ICD9 :** 56.0 Transurethral removal of obstruction from ureter and renal pelvis
22. นิ่วในท่อปัสสาวะ (Urethral stone)	**ICD10 :** N21.1 Calculus in urethra **ICD9 :** 58.0 Urethrotomy 58.1 Urethral meatotomy

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
23. ท่อปัสสาวะตีบ (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
24. แผลฉีก หรือแผลปริที่ขอบทวาร (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. ความผิดปกติของอัณฑะ ที่ได้รับการตัดลูกอัณฑะ (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. การส่องกล้องตรวจโพรงมดลูก และการผ่าตัด (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 N85.7 Haematometra N85.8 Other specified noninflammatory disorders of uterus N85.9 Noninflammatory disorder of uterus, unspecified N91 Absent, scanty and rare menstruation

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
	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 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

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
	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 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**

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
29. ความผิดปกติของเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (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
30. การรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัดแบบสงวนเต้า (Breast Conservative Surgery)	**CD10 :** 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

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
	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 :** 40.23 Excission aaxillary lymph node 40.3 Regional lymph node excision Extended regional lymph node excision Regional lymph node excision with excision of lymphatic drainage area incliding skin, subcutanceous tissue, and fat 40.51 Radical excision of axillary lymph nodes 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
32. การตัดนิ้วเท้าในแผลเบาหวานและเนื้อตายที่เท้า (Diabetic foot With gangrene)	**ICD10 :** กลุ่มที่ 1 **Pdx :** E10.4 Insulin-dependent diabetes mellitus with neurological complications หรือ E11.4 Non-insulin-dependent diabetes mellitus with neurological complications หรือ E12.4 Malnutrition-related diabetes mellitus with neurological complications หรือ E13.4 Other specified diabetes mellitus with neurological complications หรือ E14.4 Unspecified diabetes mellitus with neurological complications และ **Sdx :** I79.2* Peripheral angiopathy in diseases classified elsewhere

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
	กลุ่มที่ 2 **Pdx :** E10.5 Insulin-dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ E11.5 Non-insulin-dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ E12.5 Malnutrition-related diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ E13.5 Other specified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ E14.5 Unspecified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ I74.3 Embolism and thrombosis of arteries of lower extremities กลุ่มที่ 3 **Pdx :** L02.4 Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle of limb หรือ L03.0 Cellulitis of finger and toe หรือ L03.1 Cellulitis of other parts of limb และ **Sdx :** E10.9 Insulin-dependent diabetes mellitus Without complications หรือ E11.9 Non-insulin-dependent diabetes mellitus Without complications หรือ E12.9 Malnutrition-related diabetes mellitus Without complications หรือ E13.9 Other specified diabetes mellitus Without complications หรือ E14.9 Unspecified diabetes mellitus Without complications **ICD9 :** 84.11 Amputation of toe
33. การปลูกถ่ายผิวหนังใน Granulation Wound	**ICD10 :** M79.8 Other specified soft tissue disorders **ICD9 :** 86.60 Free skin graft, not otherwise specified 86.66 Homograft to skin 86.69 Other skin graft to other sites

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
34. การทำผ่าตัดเส้นเลือดขอด (Varicose vein)	**ICD10 :** I83.0 Varicose veins of lower extremities with ulcer I83.1 Varicose veins of lower extremities with inflammation I83.2 Varicose veins of lower extremities with both ulcer and inflammation I83.9 Varicose veins of lower extremities without ulcer or inflammation **ICD9 :** 38.59 Ligation and stripping of varicose veins LOWER LIMB 38.89 Other surgical occlusion of vessels
35. การขลิบผิวหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย (Phimosis, Paraphimosis)	**ICD10 :** N47 Redundant prepuce, phimosis and paraphimosis **ICD9 :** 64.0 Circumcision
36. การผ่าตัดนิ่วและการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ (Obstructive uropathy)	**ICD10 :** N13.0 Hydronephrosis with ureteropelvic junction obstruction N13.1 Hydronephrosis with ureteral stricture, not elsewhere classified N13.2 Hydronephrosis with renal and ureteral calculous obstruction N13.3 Other and unspecified hydronephrosis N13.4 Hydroureter N13.5 Kinking and stricture of ureter without hydronephrosis N13.6 Pyonephrosis N13.7 Vesicoureteral-reflux-associated uropathy N13.8 Other obstructive and reflux uropathy N13.9 Obstructive and reflux uropathy, unspecified **ICD9 :** 55.03 Percutaneous nephrostomy without fragmentation 55.04 Percutaneous nephrostomy with fragmentation
37. การผ่าตัดเส้นเลือดขอดบริเวณถุงอัณฑะ (Varicocele)	**ICD10 :** I86.1 Scrotal varices **ICD9 :** 63.1 Excision of varicocele and hydrocele of spermatic cord

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
38. การผ่าตัดปะแก้วหูเพื่อรักษาหูชั้นกลาง (Chronic otitis media, Perforated tympanic membrane, atelectatic otitis media, adhesive otitis media)	**ICD10 :** H65.2 Chronic serous otitis media H65.3 Chronic mucoid otitis media H65.4 Other chronic nonsuppurative otitis media H66.9 Otitis media, unspecified H72.0 Central perforation of tympanic membrane H72.1 Attic perforation of tympanic membrane H72.2 Other marginal perforations of tympanic membrane H72.8 Other perforations of tympanic membrane H72.9 Perforation of tympanic membrane, unspecified H73.8 Other specified disorders of tympanic membrane H73.9 Disorder of tympanic membrane, unspecified H74.1 Adhesive middle ear disease **ICD9 :** 19.4 Myringoplasty Tympanoplasty (type I) 19.52 Type II tympanoplasty 19.53 Type III tympanoplasty 19.54 Type IV tympanoplasty 19.55 Type V tympanoplasty 19.6 Revision of tympanoplasty
39. การผ่าตัดเพื่อรักษาเนื้องอกที่กล่องเสียง (Laryngotracheal stenosis, tumor/cyst at larynx hypopharynx base of tongue)	**ICD10 :** D14 Benign neoplasm of middle ear and respiratory system D14.1 Larynx D14.2 Trachea D37 Neoplasm of uncertain or unknown behavior of oral cavity and digestive organs D37.0 Lip, oral cavity, and pharynx D38 Neoplasm of uncertain or unk D38.0 Larynx D38.1 Trachea, bronchus, and lung J38.1 Polyp of vocal cord and larynx J38.6 Stenosis of larynx J38.7 Other diseases of larynx J39.2 Other diseases of pharynx

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
	Q31.8 Other congenital malformations of larynx Q31.9 Congenital malformation of larynx, unspecified Q34.8 Other specified congenital malformations of respiratory system **ICD9 :** 30.09 Other excision or destruction of lesion or tissue of larynx 31.42 Laryngoscopy and other tracheoscopy 31.92 Lysis of adhesions of trachea or larynx
40. การผ่าตัดเพื่อการรักษาโรคจมูกอักเสบเรื้อรัง (Hypertrophy of turbinate)	**ICD10 :** J34.3 Hypertrophy of nasal turbinates' **ICD9 :** 21.87 Other rhinoplasty
41. การผ่าตัดรักษาโรคเกี่ยวกับต่อมบาร์โธลิน (Cyst/abscess of Bartholin's gland) (ถุงน้ำบาร์โธลิน หรือถุงหนองต่อมบาร์โธลิน)	**ICD10 :** N75.0 Cyst of Bartholin's gland N75.1 Abscess of Bartholin's gland **ICD9 :** 71.21 Percutaneous aspiration of Bartholin's gland (cyst) 71.22 Incision of Bartholin's gland (cyst) 71.23 Marsupialization of Bartholin's gland (cyst) 71.24 Excision or other destruction of Bartholin's gland (cyst) 71.29 Other operations on Bartholin's gland
42. การตัดติ่งเนื้อหรือเนื้องอกในโพรงมดลูก (Submucous myoma uteri, polyp of corpus uteri) (เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกในโพรงมดลูก และติ่งเนื้อเยื่อบุโพรงมดลูก)	**ICD10 :** D25.0 Submucous leiomyoma of uterus D25.1 Intramural leiomyoma of uterus D25.2 Subserosa leiomyoma of uterus D25.9 Leiomyoma of uterus, unspecified N84.0 Polyp of corpus uteri **ICD9 :** 68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
43. การส่องกล้องใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: PEG)	**ICD10 :** R63.3 Feeding difficulties and mismanagement ,Feeding problem NOS (เป็นโรคร่วม) **ICD9 :** 43.11 Percutaneous endoscopic gastrostomy
44.การส่องกล้องใช้เข็มเจาะดูดชิ้นเนื้อบริเวณตับอ่อนนำทางด้วยกล้องคลื่นเสียงความถี่สูง [EUS-FNB (endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy) pancreas]	**ICD10 :** C25.9 Malignant neoplasm of pancreas K86.9 Disease of pancreas, unspecified (Mass of pancreas) **ICD9 :** 52.11 closed biopsy of pancreas
45. การส่องกล้องใช้เข็มเจาะดูดชิ้นเนื้อบริเวณตับนำทางด้วยกล้องคลื่นเสียงความถี่สูง [EUS-FNB (endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy) liver]	**ICD10 :** C22.0 Liver cell carcinoma C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma C22.2 Hepatoblastoma C22.7 Other specified carcinomas of liver C22.9 Liver, unspecified C78.7 Secondary malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile duct D13.4 benign neoplasm of liver **ICD9 :** 50.11 closed biopsy of liver
46. การฉีดสารฟิลเลอร์ที่เส้นเสียง (Injection laryngoplasty)	**ICD10 :** J38.0 Paralysis of vocal cords and larynx J38.3 Other diseases of vocal cords **ICD9 :** 31.0 Injection of larynx

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
47. การผ่าตัดส่องกล้องเพื่อรักษาพยาธิสภาพที่กล่องเสียง (Endoscopic laryngeal surgery)	**ICD10 :** D14.1 Larynx D14.2 Trachea D14.3 Bronchus and lung J38.1 Polyp of vocal cord and larynx J38.2 Nodules of vocal cords J38.3 Other diseases of vocal cords J38.6 Stenosis of larynx J38.7 Other diseases of larynx J95.5 Postprocedural subglottic stenosis J95.8 Other postprocedural respiratory disorders J95.9 Postprocedural respiratory disorder, unspecified **ICD9 :** 30.09 Other excision or destruction of lesion or tissue of larynx 31.92 Lysis of adhesions of trachea or larynx 31.93 Replacement of laryngeal or tracheal stent 31.98 Other operations on larynx 31.43 Closed [endoscopic] biopsy of larynx 31.44 Closed [endoscopic] biopsy of trachea
48. การผ่าตัดปะเยื่อแก้วหู (Tympanoplasty)	**ICD10 :** H65.4 Other chronic nonsuppurative otitis media H66.9 Otitis media, unspecified H72.0 Central perforation of tympanic membrane H72.2 Other marginal perforations of tympanic membrane H72.8 Other perforations of tympanic membrane H72.9 Perforation of tympanic membrane, unspecified H73.8 Other specified disorders of tympanic membrane H73.9 Disorder of tympanic membrane, unspecified

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
	ICD9 : 19.4 Myringoplasty Tympanoplasty (type I) 19.52 Type II tympanoplasty 19.6 Revision of tympanoplasty
49. การวางสายเพื่อการล้างไตในช่องท้อง (Tenckhoff catheter)	**ICD10 :** N18.5 Chronic kidney disease, stage 5 **ICD9 :** 54.93 Creation of cutaneoperitoneal fistula
50.การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในกลุ่มความเสี่ยงสูง	**ICD10 :** R19.5 Other faecal abnormalities **ICD9 :** 45.23 Colonoscopy
51. การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (Loop Electrosurgical Excision procedure)	**ICD10 :** N87.1 Moderate cervical dysplasia N87.2 Severe cervical dysplasia, notelsewhere classified N87.9 Dysplasia of cervix uteri,unspecified D06.1 Carcinoma in situ of Exocervix D06.7 Carcinoma in situ of Other parts of cervix D06.9 Carcinoma in situ of Cervix, unspecified **ICD9 :** 67.2 Conization of cervix

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
52. การผ่าตัดโรคจอตาและวุ้นตา (Vitreoretinal surgery)	**ICD10 :** H31.3 Choroidal haemorrhage and rupture H31.4 Choroidal detachment H33.0 Retinal detachment with retinal break H33.2 Serous retinal detachment H33.3 Retinal breaks without detachment H33.4 Traction detachment of retina H35.1 Retinopathy of prematurity H35.2 Other proliferative retinopathy H35.3 Degeneration of macula and posterior pole H36.02 Proliferative diabetic retinopathy H43.0 Vitreous prolapse H43.1 Vitreous haemorrhage H43.2 Crystalline deposits in vitreous body H43.3 Other vitreous opacities H43.8 Other disorders of vitreous body H44.0 Purulent endophthalmitis H44.1 Other endophthalmitis H44.2 Degenerative myopia H44.4 Hypotony of eye H44.6 Retained (old) intraocular foreign body, magnetic H44.7 Retained (old) intraocular foreign body, nonmagnetic H45.0 Vitreous haemorrhage in diseases classified elsewhere H45.1 Endophthalmitis in diseases classified elsewhere H27.1 Dislocation of lens Y77.2 Ophthalmic prosthetic and implants associated with adverse incidents

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
	ICD9 : 13.42 Mechanical phacofragmentation and aspiration of cataract by posterior route 13.64 Discission of secondary membrane [after cataract] 13.65 Excision of secondary membrane [after cataract] 13.72 Secondary insertion of intraocular lens prosthesis 13.8 Removal of implanted lens 14.00 Removal of foreign body from posterior segment of eye, not otherwise specified 14.01 Removal of foreign body from posterior segment of eye with use of magnet 14.02 Removal of foreign body from posterior segment of eye without use of magnet 14.11 Diagnostic aspiration of vitreous + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.19 Other diagnostic procedures on retina, choroids, vitreous, and posterior chamber + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.21 Destruction of chorioretinal lesion by diathermy 14.22 Destruction of chorioretinal lesion by cryotherapy 14.24 Destruction of chorioretinal lesion by laser photocoagulation (ต้องมี ICD10 เป็น H35.1) 14.24 Destruction of chorioretinal lesion by laser photocoagulation + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.25 Destruction of chorioretinal lesion by photocoagulation of unspecified type + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.26 Destruction of chorioretinal lesion by radiation therapy 14.27 Destruction of chorioretinal lesion by implantation of radiation source 14.29 Other destruction of chorioretinal lesion 14.31 Repair of retina tear by diathermy 14.32 Repair of retina tear by cryotherapy 14.34 Repair of retina tear by laser photocoagulation + 14.74 Other mechanical vitrectomy

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
	14.35 Repair of retina tear by photocoagulation of unspecified type + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.39 Other repair of retinal tear + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.41 Scleral buckling with implant 14.49 Other scleral buckling 14.51 Repair of retinal detachment with diathermy 14.52 Repair of retinal detachment with cryotherapy 14.54 Repair of retinal detachment with laser photocoagulation 14.55 Repair of retinal detachment with photocoagulation of unspecified type 14.6 Removal of surgically implanted material from posterior segment of eye 14.72 Other removal of vitreous 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.75 Injection of vitreous substitute + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.79 Other operations on vitreous (กรณีฉีดยา Anti AVGF เข้าวุ้นตา ต้องมี 99.25 หรือ 99.28 ร่วมกับ 14.74 Other mechanical vitrectomy) 14.9 Other operations on retina, choroids, and posterior chamber
53. การผ่าตัดเพื่อเปิดทางระบายน้ำจากช่องหน้าลูกตาไปใต้เยื่อบุตา (Trabeculectomy)	**ICD10 :** H40.1 Primary open-angle glaucoma H40.2 Primary angle-closure glaucoma H40.3 Glaucoma secondary to eye trauma H40.4 Glaucoma secondary to eye inflammation H40.5 Glaucoma secondary to other eye disorders H40.6 Glaucoma secondary to drugs H40.8 Other glaucoma H42.0* Glaucoma in endocrine, nutritional and metabolic diseases (E85.-†, E72.0†) H42.8* Glaucoma in other diseases classified (B73†) **ICD9 :** 12.64 Trabeculectomy ab externo

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
54. การผ่าตัดเพื่อใส่ท่อระบายน้ำจากช่องหน้าม่านตาไปใต้เยื่อบุตา (Tube shunt surgery)	**ICD10 :** H40.1 Primary open-angle glaucoma H40.2 Primary angle-closure glaucoma H40.3 Glaucoma secondary to eye trauma H40.4 Glaucoma secondary to eye inflammation H40.5 Glaucoma secondary to other eye disorders H40.6 Glaucoma secondary to drugs H40.8 Other glaucoma H42.0* Glaucoma in endocrine, nutritional and metabolic diseases (E85.-†, E72.0†) H42.8* Glaucoma in other diseases classified (B73†) **ICD9 :** 12.69 Other fistulizing procedure (ถ้า ICD9CM 2015 ใช้ 12.67 Insertion of aqueous drainage device)
55. การผ่าตัดเบ้าตา (Orbital surgery)	**ICD10 :** H05.1 Chronic inflammatory disorders of orbit IOI (idiopathic orbital inflammation) H44.1 Other endophthalmitis Non-infectious H44.5 Degenerated conditions of globe C69.0 Malignant neoplasm of choroid C69.4 Malignant neoplasm of ciliary body C69.6 Malignant neoplasm of orbit C69.9 Malignant neoplasm of eye, unspecified D31.5 Benign neoplasm of orbit, unspecified **ICD9 :** 16.22 Diagnostic aspiration of orbit 16.23 Biopsy of eyeball and orbit 16.31 Removal of ocular contents with synchronous implant into scleral shell 16.39 Other evisceration of eyeball 16.41 Enucleation of eyeball with synchronous implant into Tenon's capsule with attachment of muscles

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
	16.42 Enucleation of eyeball with other synchronous implant 16.49 Other enucleation of eyeball 16.92 Excision of lesion of orbit
56. การผ่าตัดเปลือกตา (Eyelid surgery) (เพื่อการรักษาเท่านั้น)	**ICD10 :** H02.0 Entropion and trichiasis of eyelid H02.1 Ectropion of eyelid H02.4 Ptosis of eyelid H02.5 Other disorders affecting eyelid function C43.1 Malignant melanoma of eyelid, including canthus C44.1 Other malignant neoplasms of skin of eyelid, including canthus C69.8 Malignant neoplasm of overlapping lesion of eye and adnexa D03.1 Melanoma in situ of eyelid, including canthus D04.1 Carcinoma in situ of skin of eyelid, including canthus D21.0 Benign neoplasm of connective and other soft tissue of head, face and neck **ICD9 :** 08.23 Excision of major lesion of eyelid, partial-thickness + 08.6 Reconstruction of eyelid with flaps or grafts หรือ + 08.7 Other reconstruction of eyelid 08.24 Excision of major lesion of eyelid, full-thickness + 08.6 Reconstruction of eyelid with flaps or grafts หรือ + 08.7 Other reconstruction of eyelid 08.3 Repair of blepharoptosis and lid retraction 0842. Repair of entropion or ectropion by suture technique epiblepharon correction 0843. Repair of entropion or ectropion with wedge resection 0844. Repair of entropion or ectropion with lid reconstruction Hughes procedure 0849. Other repair of entropion or ectropion 0861. Reconstruction of eyelid with skin flap or graft 0862. Reconstruction of eyelid with mucous membrane flap or graft

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
	0863. Reconstruction of eyelid with hair follicle graft 0864. Reconstruction of eyelid with tarsoconjunctival flapTransfer of tarsoconjunctival flap from opposing lid 0869. Other reconstruction of eyelid with flaps or grafts 0870. Reconstruction of eyelid, not otherwise specified 0871. Reconstruction of eyelid involving lid margin, partial-thickness 0872. Other reconstruction of eyelid, partial-thickness 0873. Reconstruction of eyelid involving lid margin, full-thickness correction-lid-coloboma 0874. Other reconstruction of eyelid, full-thickness 08.81 Linear repair of laceration of eyelid or eyebrow 08.82 Repair of laceration involving lid margin, partial-thickness 08.83 Other repair of laceration of eyelid, partial-thickness 08.84 Repair of laceration involving lid margin,full-thickness 08.85 Other repair of laceration of eyelid, full-thickness
57. การผ่าตัดระบบน้ำตา (Lacrimal surgery)	**ICD10 :** H04.0 Dacryoadenitis H04.4 Chronic inflammation of lacrimal passages H04.5 Stenosis and insufficiency of lacrimal passages NLDO H04.6 Other changes in lacrimal passages Lacrimal fistula Q10.5 Congenital stenosis and stricture of lacrimal duct S01.1 Open wound of eyelid and periocular area with or without involvement of lacrimal passages C69.5 Malignant neoplasm of lacrimal gland and duct D31.5 Benign neoplasm of lacrimal gland and duct **ICD9 :** 09.11 Biopsy of lacrimal gland 09.12 Biopsy of lacrimal sac 09.43 Probing of nasolacrimal duct 09.44 Intubation of nasolacrimal duct 09.6 Excision of lacrimal sac and passage fistulectomy sac 09.73 Repair of canaliculus

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
	09.81 Dacryocystorhinostomy [DCR] 09.82 Conjunctivocystorhinostomy 09.83 Conjunctivorhinostomy with insertion of tube or stent
58. การผ่าตัดแก้ไขหนังตาหย่อน (Rhytidectomy/ Blepharoplasty) (เฉพาะกรณีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อการรักษาเท่านั้น)	**ICD10 :** H02.3 Blepharochalasis/ Dermatochalasis **ICD9 :** 08.87 Upper eyelid rhytidectomy 08.70 Reconstruction of eyelid, NOS Eyebrow lift
59. การผ่าตัดโดยวิธีการฉายแสงเพื่อเสริมความแข็งแรงของกระจกตา (Corneal Collagen Cross Linking)	**ICD10 :** H18.6 Keratoconus H18.7 Other corneal deformities H19.8* Other disorders of sclera and cornea in diseases classified Elsewhere (Q90.-†) **ICD9 :** 11.99 Other
60. การยิงเลเซอร์ทำลายซิลิอารีบอดี (Cyclophotocoagulation)	**ICD10 :** H40.1 Primary open-angle glaucoma H40.2 Primary angle-closure glaucoma H40.3 Glaucoma secondary to eye trauma H40.4 Glaucoma secondary to eye inflammation H40.5 Glaucoma secondary to other eye disorders H40.6 Glaucoma secondary to drugs H40.8 Other glaucoma H42.0* Glaucoma in endocrine, nutritional and metabolic diseases (E85.-†, E72.0†) H42.8* Glaucoma in other diseases classified (B73†) **ICD9 :** 12.73 Cyclophotocoagulation

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
61. ผ่าตัดทำลายเยื่อบุตา และผ่าตัดตัดแต่งเยื่อบุตา (Excision or destruction of lesion or tissue of conjunctiva)	**ICD10 :** H10.1 Acute atopic conjunctivitis H10.4 Chronic conjunctivitis H11.1 Conjunctival degenerations and deposits H11.2 Conjunctival scars H11.4 Other conjunctival vascular disorders and cysts H11.8 Other specified disorders of conjunctiva H11.9 Disorder of conjunctiva, unspecified H13.0* Filarial infection of conjunctiva (B74.-†) H13.1* Conjunctivitis in infectious and parasitic diseases classified Elsewhere H13.2* Conjunctivitis in other diseases classified elsewhere H13.3* Ocular pemphigoid (L12.-†) H13.8* Other disorders of conjunctiva in diseases classified Elsewhere H15.0 Scleritis H15.1 Episcleritis H15.8 Other disorders of sclera H15.9 Disorder of sclera, unspecified H16.0 Corneal ulcer H16.2 Keratoconjunctivitis H17.0 Adherent leukoma H17.1 Other central corneal opacity H17.8 Other corneal scars and opacities H17.9 Corneal scar and opacity, unspecified H18.1 Bullous keratopathy H18.2 Other corneal oedema H18.4 Corneal degeneration H18.5 Hereditary corneal dystrophies H19.3* Keratitis and keratoconjunctivitis in other diseases classified elsewhere (M35.0†) **ICD9 :** 10.31 Excision of lesion or tissue of conjunctiva 10.32 Destruction of lesion of conjunctiva 10.33 Other destructive procedures on conjunctiva 10.41 Repair of symblepharon with free graft

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
	10.42 Reconstruction of conjunctival cul-de-sac with free graft 10.43 Other reconstruction of conjunctival cul-de-sac 10.44 Other free graft to conjunctiva 10.49 Other conjunctivoplasty
62. โรคนิ่วในถุงน้ำดี และหรือถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/ Cholecystitis)	**ICD10 :** 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 K81.0 Acute cholecystitis K81.1 Chronic cholecystitis K81.8 Other cholecystitis K81.9 Cholecystitis, unspecified **ICD9 : -** **DRGs.** 07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC
63.การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (Sentinel lymph node biopsy : SLNB)	**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

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
	ICD9 : 40.23 Excission of axillary lymph node 40.3 Regional lymph node excision Extended regional lymph node excision Regional lymph node excision with excision of lymphatic drainage area including skin, subcutaneous tissue, and fat 40.51 Radical excision of axillary lymph nodes
64. การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (Axillary lymph node dissection: ALND2)	**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 :** 40.23 Excission of axillary lymph node 40.3 Regional lymph node excision Extended regional lymph node excision Regional lymph node excision with excision of lymphatic drainage area including skin, subcutaneous tissue, and fat 40.51 Radical excision of axillary lymph nodes
65.การตรวจวินิจฉัยช่องท้องโดยการส่องกล้อง ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อ และหรือการเก็นนำในช่องท้องส่งตรวจ (Diagnostic laparoscopy with peritoneal lavage for cytology and /or with biopsy)	**ICD10 –** **ICD9 :** 54.24 Closed [percutaneous] [needle] biopsy of intra-abdominal mass 54.25 Peritoneal lavage Diagnostic peritoneal lavage

11. การใช้บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

ขอบเขตบริการ

"เป็นการให้บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน"

เงื่อนไขการจ่าย

1) เป็นบริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 3 หรือ ระยะที่ 4

2) กรณีบริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน ครอบคลุมการให้บริการ ดังนี้

2.1) การทำ Implanted Port สำหรับให้ยาเคมีบำบัด

2.2) การให้ยาเคมีบำบัดตามแนวทางการรักษาที่กำหนด

3) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ระดับที่ 1 และผ่านการประเมินจากคณะกรรมการประเมินหน่วยบริการ กำกับ ติดตามมาตรฐานและความปลอดภัย สำหรับการให้เคมีบำบัดที่บ้าน (Home Chemotherapy) ตามที่กรมการแพทย์กำหนด

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

5) เป็นบริการที่มีจำนวนวันนอนตั้งแต่ 2 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 24 ชั่วโมง

6) เป็นบริการเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีชนิดการจำหน่าย (Discharge Type) เป็น with approval และมีกลุ่ม DRGs ที่ลงท้ายด้วย 0 หรือ 9 (CC level=0 หรือ 9)

7) มีรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010) และรหัสโรค (ICD-10 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 chemotherapeutic substance	

อัตราการจ่าย

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) โดยจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต ดังนี้

1) การใช้บริการในเขต จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ RW

2) การใช้บริการนอกเขต จ่ายที่อัตรา 9,600 บาทต่อ RW

3) กรณีที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูล ประเภทผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในตามระบบปกติ จะได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามแต่ละกรณี

12. การใช้บริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS)

นิยาม

เป็นกรณีบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เงื่อนไขการจ่าย

1. เป็นการให้บริการแก่ที่ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. เป็นการให้บริการกรณีผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้

2.1 รายการที่กำหนดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ได้แก่ โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/ Cholecystitis)

2.2 รายการที่กำหนดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ได้แก่

(1) โรคเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกและรังไข่ (Myoma uteri and Ovarian tumor)

(2) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer)

(3) ภาวะเนื้องอก ภาวะเลือดออก และภาวะติดเชื้อในช่องอก (Tumor, Hemothorax and Emphysema thoracis)

2.3 รายการที่กำหนดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ได้แก่

(1) ภาวะเอ็นไขว้หน้าขาดและการบาดเจ็บของหมอนรองกระดูก (ACL & Meniscal injury)

(2) โรคถุงน้ำและเนื้องอกที่รังไข่ การบิดของรังไข่หรือเนื้องอกที่รังไข่ โรคเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ที่รังไข่ (Benign neoplasm of ovary, torsion of ovary, endometriosis of ovary)

(3) โรคไส้เลื่อนขาหนีบที่เป็นสองข้าง และโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่กลับเป็นซ้ำ (Bilateral inguinal hernia, recurrence inguinal hernia)

(4) ภาวะอ้วนที่เป็นโรค/ โรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid obesity)

2.4 รายการที่กำหนดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ได้แก่

(1) การผ่าตัดไตผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Nephrectomy)

(2) การส่องกล้องระบายน้ำดีสู่ระบบทางเดินอาหารด้วยกล้องส่องอัลตร้าซาวน์ (Endoscopic ultrasound guided biliary drainage)

(3) การผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อการวินิจฉัยและตัดชิ้นเนื้อในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่หรือมะเร็งทางนรีเวช

(Laparoscopic diagnosis and biopsy in CA ovary, CA peritoneum)

(4) การผ่าตัดไซนัสผ่านกล้องส่องเอ็นโดสโคปด้วยเครื่องมือตัด ปั่น ดูด (Endoscopic sinus surgery using microdebrider)

(5) การผ่าตัดต่อมหมวกไตผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Adrenalectomy)

(6) การผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Appendectomy) (เฉพาะในผู้ป่วย BMI.> 35 และ Uncertain Dx. In Female)

2.5 รายการที่กำหนดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ได้แก่

การผ่าตัดลำไส้ตรวจผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic lowanterior resection) หรือผ่าตัดลำไส้ตรงและทวารหนักออกผ่านกล้องทางหน้าท้อง [Laparoscopic abdomino-perineal resection (APR)] สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ (Colorectal CA)

3. เป็นบริการผ่าตัดเฉพาะกรณีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ยกเว้นบริการตามข้อ 2.1 การผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ สามารถจ่ายได้ในกรณีที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกตามระบบ DRGs

4. เป็นบริการที่มีรหัสโรค (ICD-10 2010) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM2010) กลุ่ม DRGs และค่าคงที่ (K) ตามรายการที่กำหนดตามตารางแนบท้าย

5. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย ได้แก่ หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

5.1 ผ่านการประเมินศักยภาพจากคณะกรรมการตรวจเยี่ยมและประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก Minimally Invasive Surgery (MIS) ในโรงพยาบาล ภายใต้กรมการแพทย์ หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด

5.2 การประเมินศักยภาพหน่วยบริการตามข้อ 5.1 ให้หน่วยบริการแจ้งความประสงค์ พร้อมแบบประเมินตนเองไปยังกรมการแพทย์เพื่อให้คณะกรรมการตรวจเยี่ยมและประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก Minimally Invasive Surgery (MIS) ในโรงพยาบาลประเมินศักยภาพของหน่วยบริการและแจ้งผลการพิจารณามาที่สำนักงาน

กรณีไม่อาจดำเนินการตามวรรคหนึ่งได้ ให้หน่วยบริการแจ้งความประสงค์พร้อมแบบประเมินตนเองมายังสำนักงานหรือสำนักงานเขต เพื่อให้คณะกรรมการที่สำนักงานกำหนดประเมินศักยภาพของหน่วยบริการ

5.3 หน่วยบริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดในประกาศนี้ เมื่อได้รับการอนุมัติการเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพจากคณะกรรมการตรวจเยี่ยมและประเมินโครงการฯ

6. กรณีบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามนโยบายการรับบริการผู้ป่วยในทั้งในเขตและข้ามเขตโดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว

7. กรณีบริการภาวะอ้วนที่เป็นโรค/ โรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) หน่วยบริการต้องขออนุมัติก่อนให้บริการ (Pre-authorized : PA) กรณีผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรค/ โรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) ตามคุณสมบัติของผู้รับบริการ ข้อบ่งชี้ในการรักษา ดังนี้

7.1 คุณสมบัติของผู้รับบริการ และข้อบ่งชี้ในการรักษา

7.1.1 ผู้รับบริการต้องมี อายุ 18 – 65 ปี

7.1.2 มีข้อบ่งชี้อย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังต่อไปนี้

7.1.2.1 มีดัชนีมวลกาย (BMI) 37.5 กก./ตร.ม. ขึ้นไปที่ไม่มีโรคร่วม

7.1.2.2 มีดัชนีมวลกาย (BMI) 32.5 กก./ตร.ม. ขึ้นไปที่มีโรคร่วม โดยเป็นผู้ป่วย

โรคอ้วนที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 หรือภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic Syndrome) มีอาการข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(1) ความดันโลหิตสูง

(2) ภาวะไขมันในเลือดสูง

(3) ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (OSA)

(4) ภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ (Polycystic Ovary Syndrome: PCOS)

(5) Non-alcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD) /Non-alcoholic steatohepatitis (NASH)

(6) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases)

(7) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure)

(8) ภาวะหลอดเลือดดำบกพร่องเรื้อรัง (Chronic Venous Insufficiency – CVI)

(9) โรคหลอดเลือดสมอง (CVD)

(10) น้ำหนักผิดปกติจากผลของฮอร์โมน

(11) น้ำหนักผิดปกติที่เกิดจากโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

(12) ผู้ที่ควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ และมีค่าดัชนีมวลกาย 30.0 กก./ตร.ม.ขึ้นไป

โดยทั้งสองกรณี ผู้รับบริการได้พยายามควบคุมอย่างเต็มที่แล้วโดยทีมแพทย์เฉพาะทาง ด้านอายุรกรรมต่อไร้ท่อและโภชนาการ แต่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย <u>หรือ</u>

7.1.2.3 ผู้ที่ควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ และมีค่าดัชนีมวลกาย ระหว่าง 27.5 ถึง 30.00 กก./ตร.ม. ขึ้นไปที่ต้องดูแลโดยแพทย์อย่างเคร่งครัด โดยได้รับความยินยอมจากผู้รับบริการและต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการของหน่วยบริการที่ให้การดูแลโรคอ้วนก่อนการให้บริการ เป็นไปตามแนวทางที่ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์กำหนด

7.2 คุณสมบัติหน่วยบริการที่สามารถให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรค/ โรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) ผ่านการตรวจประเมินให้เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรค/ โรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) โดยการรับรองจากราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง หรือคณะกรรมการภายใต้กรมการแพทย์ หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด

7.2.1 มีแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (Care Map) ในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด โดยทีมแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมต่อมไร้ท่อและโภชนาการ

7.2.2 มีความพร้อมของห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด และหอผู้ป่วยวิกฤตที่สามารถรองรับผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายสูงได้ภายหลังการผ่าตัด

7.2.3 มีความพร้อมของบุคลากร

ก. แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด

(1) ผ่านการอบรมหลักสูตรการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วน (Bariatric Surgery) ที่รับรองโดยสมาคมศัลยแพทย์โรคทั่วไปแห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย หรือมีประกาศนียบัตรรับรองจากต่างประเทศ

(2) สามารถให้บริการศัลยกรรมลดความอ้วนที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน

(3) มีความสามารถในการบูรณาการการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ข. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย

(1) อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่ออย่างน้อยหนึ่งคน

(2) นักโภชนาการหรือนักโภชนาการบำบัดอย่างน้อยหนึ่งคน

7.3 แนวทางการกำกับคุณภาพการบริการ

7.3.1 หน่วยบริการต้องมีหลักฐานการประเมิน โดยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การประเมินดังกล่าวต้องแสดงเจตจำนง และมีหลักฐานประกอบ ดังนี้

(1) ผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักลง 5-10% จากน้ำหนักเดิม ก่อนได้รับการผ่าตัด

(2) ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดหมายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 80% ก่อนการผ่าตัด

(3) ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด และวิธีการดูแลตัวเองหลังการผ่าตัด

7.3.2 หน่วยบริการมีระบบการจัดเก็บและรายงานสถิติผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

7.4 การขออนุมัติก่อนให้บริการ (Pre-authorized : PA) กรณีผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรค/โรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) ดังนี้

7.4.1 หน่วยบริการขอประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐานที่กำหนดก่อนการให้บริการมาในระบบ Bariatric Surgery PA

7.4.2 ระยะเวลาในการพิจารณาอนุมัติ

สำนักงานจะพิจารณาเอกสาร/หลักฐาน เดือนละ 1 ครั้ง โดยพิจารณาในสัปดาห์สุดท้ายของเดือนและแจ้งผลการพิจารณาให้หน่วยบริการทราบภายในสัปดาห์แรกของเดือนถัดไป

<u>อัตราการจ่าย</u>

1. จ่ายค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) โดยจ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K ที่เป็นส่วนต่างของน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ตามกลุ่ม DRGs ของบริการที่กำหนด และจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต ดังต่อไปนี้

1.1 กรณีในเขต อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

1.2 กรณีนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

2. การจ่ายสำหรับหน่วยบริการที่ไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้จ่ายตามอัตราบริการผู้ป่วยในทั่วไป (ไม่จ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K)

กลุ่มโรค รหัสโรค (ICD-10 2010) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM2010) กลุ่ม DRGs และค่าคงที่ (K)
กรณีบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS)

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010)	รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่ม DRGs version 5	ค่า K
1	โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/ Cholecystitis)	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 K81.0 Acute cholecystitis K81.1 Chronic cholecystitis K81.8 Other cholecystitis K81.9 Cholecystitis, unspecified	-	07090 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, no CC 07092 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, w mild to mod CC 07094 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, w sev to cat CC	0.9552
				07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC	0.7905

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010)	รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่ม DRGs version 5	ค่า K
				07102 Laparoscopic cholecystectomy, w mild to mod CC 07103 Laparoscopic cholecystectomy, w severe CC 07104 Laparoscopic cholecystectomy, w catas CC	
2	โรคเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกและรังไข่ (Myoma uteri and Ovarian tumor)	D25.0 Submucous leiomyoma of uterus D25.1 Intramural leiomyoma of uterus D25.2 Subserosal leiomyoma of uterus D25.9 Leiomyoma of uterus, unspecified D26.0 Cervix uteri D26.1 Corpus uteri	-	13160 Lap uterine and adnexal procedures, no CC	0.4413

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010)	รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่ม DRGs version 5	ค่า K
		D26.7 Other parts of uterus D26.9 Uterus, unspecified D27 Benign neoplasm of ovary N80.0 Endometriosis of uterus N80.1 Endometriosis of ovary N80.2 Endometriosis of fallopian tube 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			

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010)	รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่ม DRGs version 5	ค่า K
3	โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer)	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	17.35 Laparoscopic left hemicolectomy 17.36 Laparoscopic sigmoidectomy 17.33 Laparoscopic right hemicolectomy	06030 Major small & large bowel procedure, no CC	3.0729

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010)	รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่ม DRGs version 5	ค่า K
4	ภาวะเนื้องอก ภาวะเลือดออก และภาวะติดเชื้อ ในช่องอก (Tumor, Hemothorax and Emphysema thoracis)	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 J85.0 Gangrene and necrosis of lung J85.1 Abscess of lung with pneumonia J85.2 Abscess of lung without pneumonia J86.0 Pyothorax with fistula J86.9 Pyothorax without fistula J94.2 Haemothorax S27.1 Traumatic haemothorax S27.2 Traumatic haemopneumothorax S27.3 Other injuries of lung	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	04010 Major chest procedures, no CC	2.2900

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010)	รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่ม DRGs version 5	ค่า K
5	ภาวะเอ็นไขว้หน้าขาดและการบาดเจ็บของหมอนรองกระดูก (ACL & Meniscal injury)	M23.2 Derangement of meniscus due to old tear or injury M23.5 Chronic instability of knee M23.9 Internal derangement of knee, unspecified S83.27 torn medial meniscus S83.28 torn lateral meniscus S83.51 Sprain of anterior cruciate ligament of knee M23.3 Other meniscus derangements M24.4 Recurrent dislocation and subluxation of joint S83.1 Dislocation of knee S83.7 Injury to multiple structures of knee (Injury to (lateral) (medial) meniscus in combination with (collateral) (cruciate) ligaments)	80.26 Arthroscopy, knee ร่วมกับ รหัสต่อไปนี้ 80.6 Excision of semilunar cartilage of knee <u>หรือ</u> 80.76 Synovectomy, knee <u>หรือ</u> 81.45 Other repair of the cruciate ligaments <u>หรือ</u> 81.47 Other repair of knee <u>หรือ</u> 81.42 Five-in-one repair of knee <u>หรือ</u> 81.43 Triad knee repair	08120 Knee procedures except replacement, no CC	0.7856

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010)	รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่ม DRGs version 5	ค่า K
6	โรคถุงน้ำและเนื้องอกที่ รังไข่ การบิดของรังไข่ หรือเนื้องอกที่รังไข่ โรคเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ที่รังไข่ (Benign neoplasm of ovary, torsion of ovary, endometriosis of ovary)	D27 Benign neoplasm of ovary N80.1 Endometriosis of ovary N83.5 Torsion of ovary, ovarian pedicle and fallopian tube	65.01 Laparoscopic oophorotomy 65.24 Laparoscopic wedge resection of ovary 65.25 other laparoscopiclocal excision or destruction of ovary 65.31 Laparoscopic unilateral oophorectomy 65.41 Laparoscopic unilateral salpingo-oophorectomy 65.76 Laparoscopic salpingo-oophoroplasty	13160 Lap uterine and adnexal procedures, no CC	0.4413

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010)	รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่ม DRGs version 5	ค่า K
7	โรคไส้เลื่อนขาหนีบที่เป็นสองข้าง และโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่กลับเป็นซ้ำ (Bilateral inguinal hernia, recurrence inguinal hernia)	K40.2 Bilateral inguinal hernia, without obstruction or gangrene Bilateral inguinal hernia NOS	17.11 Laparoscopic repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 17.12 Laparoscopic repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 17.13 Laparoscopic repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise specified 17.21 Laparoscopic bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis	06100 Inguinal & femoral hernia procedure age > 14, no CC	2.1835

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010)	รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่ม DRGs version 5	ค่า K
			17.22 Laparoscopic bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 17.23 Laparoscopic bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis 17.24 Laparoscopic bilateral repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise specified		

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010)	รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่ม DRGs version 5	ค่า K
8	ภาวะอ้วนที่เป็นโรค/โรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid obesity)*	E66.8 Other obesity Morbid obesity	44.68 Laparoscopic gastroplasty 44.95 Laparoscopic gastric restrictive procedure 44.96 Laparoscopic revision of gastric restrictive procedure 44.97 Laparoscopic removal of gastric restrictive device(s)	10059 OR procedures for obesity, w or wo CC	1.9584
9	การผ่าตัดไตผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Nephrectomy)	C64 Malignant neoplasm of kidney, except renal pelvis C65 Malignant neoplasm of renal pelvis C66 Malignant neoplasm of ureter C79.0 Secondary malignant neoplasm of kidney and renal pelvis D30.0 Benign neopl of kidney D30.1 Benign neopl of renal pelvis D41.0 Neopl uncert / unkn behav kidney D41.1 Neopl uncert / unkn behav renal pelvis	55.51 Nephroureterectomy 55.52 Nephrectomy of remaining kidney 55.53 Removal of transplanted or rejected kidney 55.54 Bilateral nephrectomy	11030 Kidney, ureter and maj bladder proc for neop, no CC	0.9336

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010)	รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่ม DRGs version 5	ค่า K
10	การส่องกล้องระบายน้ำดี สู่ระบบทางเดินอาหารด้วยกล้องส่องอัลตร้าซาวน์ (Endoscopic ultrasound guided biliary drainage)	C22.0 Malign neopl, liver cell carcinoma C22.1 Malign neopl, intrahep bile duct carcinoma C22.2 Malign neopl, hepatoblastoma C22.3 Malign neopl, angiosarcoma of liver C22.4 Malign neopl, oth sarcomas of liver C22.7 Malign neopl, oth spec CA of liver C22.9 Malign neopl, liver, unspec C23 Malign neopl of gallbladder C24.0 Malign neopl of extrahepatic bile duct C24.1 Malign neopl of Ampulla of Vater C24.8 Malign neopl overlap les of biliary tract C24.9 Malign neopl of biliary tract, unspec C25.0 Malign neopl of head of pancreas C25.3 Malign neopl of pancreatic duct C25.4 Malign neopl of endocrine pancreas C25.7 Malign neopl of oth parts of pancreas C25.8 Malign neopl, overlap les of pancreas C25.9 Malign neopl of pancreas, unspec C78.7 Sec malign neopl of liver D37.6 Neopl uncert / unkn behav liver, gallbldr & bile ducts	51.32 Gb-to-intestine anastom 51.34 Gb-to-stomach anastomos 51.36 Choledochoenterostomy 51.37 Hepatic duct-gi anastom 51.39 Other bile duct anastomosis	07030 Biliary tract procedures, no CC	0.8821

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010)	รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่ม DRGs version 5	ค่า K
11	การผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อการวินิจฉัยและตัดชิ้นเนื้อในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่หรือมะเร็งทางนรีเวช (Laparoscopic diagnosis and biopsy in CA ovary, CA peritoneum)	C53.0 Malign neopl of endocervix C53.1 Malign neopl of exocervix C53.8 Malign neopl, overlap les of cervix uteri C53.9 Malign neopl of cervix uteri, unsp C54.0 Malign neopl of isthmus uteri C54.1 Malign neopl of endometrium C54.2 Malign neopl of myometrium C54.3 Malign neopl of fundus uteri C54.8 Malign neopl overlap les of corpus uteri C54.9 Malign neopl of corpus uteri, unsp C55 Malign neopl of uterus, part unspec C57.7 Malign neopl of oth spec fem genit orgs C57.8 Malign neopl, overlap les fem genit orgs C57.9 Malign neopl of fem genit org, unspec C58 Malign neopl of placenta C76.3 Malign neopl of pelvis	65.11 Ovarian aspirat biopsy 65.12 Ovarian biopsy NEC 65.19 Ovarian dx procedure NEC 65.21 Ovarian cyst marsupializ 65.22 Ovarian wedge resection 65.29 Local destr ova les NEC 66.11 Fallopian tube biopsy 66.19 Fallop tube dx proc NEC	13020 Uterine & adnexal proc for other malignancy, no CC	0.2875

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010)	รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่ม DRGs version 5	ค่า K
12	การผ่าตัดไซนัสผ่านกล้องส่องเอ็นโดสโคปด้วยเครื่องมือตัด ปั่น ดูด (Endoscopic sinus surgery using microdebrider)	J01.0 Acute maxillary sinusitis J01.1 Acute frontal sinusitis J01.2 Acute ethmoidal sinusitis J01.3 Acute sphenoidal sinusitis J01.4 Acute pansinusitis J01.8 Other acute sinusitis J01.9 Acute sinusitis, unspecified J32.0 Chronic maxillary sinusitis J32.1 Chronic frontal sinusitis J32.2 Chronic ethmoidal sinusitis J32.3 Chronic sphenoidal sinusitis J32.4 Chronic pansinusitis J32.8 Other chronic sinusitis J32.9 Chronic sinusitis, unspecified J33.0 Polyp of nasal cavity J33.1 Polypoid sinus degeneration J33.8 Other polyp of sinus J33.9 Nasal polyp, unspecified J34.1 Cyst & mucocele of nasal sinus J34.3 Hypertrophy of nasal turbinates Q30.0 Choanal atresia	22.41 Frontal sinusotomy 22.42 Frontal sinusectomy 22.50 Sinusotomy NOS 22.51 Ethmoidotomy 22.52 Sphenoidotomy 22.53 Multiple sinus incision 22.60 Sinusectomy NOS 22.62 Exc max sinus lesion NEC 22.63 Ethmoidectomy 22.64 Sphenoidectomy 22.71 Nasal sinus fistula clos 22.79 Nasal sinus repair NEC 21.5 Submucous resection of nasal septum 21.69 Other turbinectomy	03050 Minor nose & sinus procedures, no CC 03160 sinus procedures, no CC	0.3674

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010)	รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่ม DRGs version 5	ค่า K
13	การผ่าตัดต่อมหมวกไต ผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Adrenalectomy)	E24.0 Pituitary-dependent Cushing's disease E24.1 Nelson's syndrome E24.2 Drug-induced Cushing's syndrome E24.3 Ectopic ACTH syndrome E24.4 Alcohol-induced pseudo-Cushing's syndrome E24.8 Other Cushing's syndrome E24.9 Cushing's syndrome, unspecified E26.0 Primary hyperaldosteronism Conn's syndrome C74.1 Malignant neoplasm of Medulla of adrenal gland	07.3 Bilateral adrenalectomy 07.22 Unilateral adrenalectomy	10020 Adrenal procedures wo sig CCC	0.6147
14	การผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Appendectomy) (เฉพาะในผู้ป่วย BMI.> 35 และ Uncertain Dx. In Female)	K35.2 Acute appendicitis with generalized peritonitis K35.3 Acute appendicitis with localized peritonitis K35.8 Acute appendicitis, other and unspecified	47.01 Laparoscopic appendectomy	06290 Laparoscopic appendectomy wo sig CCC	0.6488

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010)	รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่ม DRGs version 5	ค่า K
15	การผ่าตัดลำไส้ตรงผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic low anterior resection) หรือผ่าตัดลำไส้ตรงและทวารหนักออกผ่านกล้องทางหน้าท้อง [Laparoscopic abdomino-perineal resection (APR)] สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ (Colorectal CA)	C18.0 Malignant neoplasm of colon, caecum C18.1 Malignant neoplasm of colon, appendix C18.2 Malignant neoplasm of colon, ascending colon C18.3 Malignant neoplasm of colon, hepatic flexure C18.4 Malignant neoplasm of colon, transverse colon C18.5 Malignant neoplasm of colon, splenic flexure C18.6 Malignant neoplasm of colon, descending colon C18.7 Malignant neoplasm of colon, sigmoid colon C18.8 Malignant neoplasm of colon, overlapping lesion of colon C18.9 Malignant neoplasm of colon, unspecified C19 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction C20 Malignant neoplasm of rectum	48.51 Laparoscopic abdominoperineal resection of the rectum	06040 Rectal resection, no CC	3.8295

13. การใช้บริการในเขตฯ กรณีบริการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

การใช้บริการในเขตฯ กรณีบริการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

บทที่ 3

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข บริการกรณีเฉพาะ

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะภาพรวมระดับประเทศ ภายใต้หลักการ **"เป็นบริการที่การจ่ายค่าใช้จ่ายในระบบปกติ จะทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อผู้รับบริการ (ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ) และผู้ให้บริการ (ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง) รวมทั้งความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ"** โดยมีหลักเกณฑ์ 4 ข้อได้แก่

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

บริการกรณีเฉพาะในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวน 5 กลุ่ม ดังนี้

<u>กลุ่มที่ 1</u> กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

<u>กลุ่มที่ 2</u> กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

<u>กลุ่มที่ 3</u> กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

กลุ่มที่ 4 กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

กลุ่มที่ 5 กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

กลุ่มที่ 1 กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับบริการดังนี้

1. การบริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OPAE)
2. การใช้บริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น
3. การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกส่งต่อภายในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด (OP Refer)
4. กรณีประชาชนไปรับบริการในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควร
5. ค่าพาหนะในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ
6. การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (ยกเว้น เด็กแรกเกิด)
7. การให้บริการกรณีเฉพาะอื่นๆ เช่น ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน มาใช้บริการคลอด หรือผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน มาใช้บริการ หรือ ผู้มารับบริการที่ขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและเข้ารับบริการทันทีภายในเวลา 23.59 น.ของวันถัดไป เป็นต้น

1. บริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OPAE)

ขอบเขตบริการ ประกอบด้วย

1.1 เป็นการให้บริการแก่ที่ผู้รับบริการที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแล้ว

1.2 เป็นการให้บริการผู้ป่วยนอกกรณีทหารผ่านศึก และคนพิการ

1.3 เป็นการให้บริการผู้ป่วยนอกทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ

1.1 ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ ผู้ป่วยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

นิยาม

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

"ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต" ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บ หรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

"ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน" ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

"ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง" ได้แก่บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรงอาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือ เดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

(1) เป็นการให้บริการแก่ที่ผู้รับบริการที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแล้ว ดังนี้

(1.1) เป็นกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ

(1.2) กรณียังไม่สามารถกลับไปรักษายังหน่วยบริการประจำได้ สามารถเบิกค่าใช้จ่ายต่อเนื่องได้ไม่เกิน 15 วัน นับจากการเข้ารับบริการ ตามข้อ (1.1) ยกเว้นค่าวัคซีนป้องกันบาดทะยักและวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าได้ตามจริงและต้องมีหลักฐานการได้รับวัคซีน

(1.3) กรณีนัดติดตามอาการหลังจำหน่ายจากผู้ป่วยในกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ได้จำนวน 1 ครั้ง

(1.4) กรณีผู้รับบริการส่งต่อมารับการตรวจวินิจฉัย (Investigation) และกลับไปรับการรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการเดิม หน่วยบริการที่ให้การตรวจวินิจฉัยไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดได้ ให้เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการที่ส่งมา

(1.5) กรณีอุบัติเหตุจราจรให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และที่ได้แก้ไขเพิ่มเติม ภายในวงเงินที่กำหนดก่อน

<u>อัตราการจ่าย</u>

สปสช.จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการ ด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บ หรือราคาที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ

(2) เป็นการให้บริการผู้ป่วยนอกกรณีทหารผ่านศึก และคนพิการ

<u>นิยาม</u>

"ทหารผ่านศึก" หมายความว่าบุคคลที่มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และได้รับสิทธิจากมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐโดยไม่คิดมูลค่า ซึ่งได้แก่

(1) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญกล้าหาญ

(2) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญดุษฎีมาลาเข็มกล้าหาญ

(3) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญชัยสมรภูมิ

(4) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชนชั้นที่ 1

(5) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชนชั้นที่ 2

(6) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน

(7) ผู้มีสิทธิในบัตรทหารผ่านศึกนอกประจำการบัตรชั้นที่ 1

(8) ผู้มีสิทธิในบัตรทหารผ่านศึกนอกประจำการบัตรชั้นที่ 2

(9) ผู้มีสิทธิในบัตรทหารผ่านศึกนอกประจำการบัตรชั้นที่ 3

(10) ผู้มีสิทธิในบัตรประจำตัวครอบครัวทหารผ่านศึกชั้นที่ 1

(11) ผู้มีสิทธิในบัตรประจำตัวเหรียญกล้าหาญทายาท

(12) ผู้มีสิทธิในบัตรประจำตัวเหรียญชัยสมรภูมิทายาท

(13) ผู้มีสิทธิในสมุดคู่มือประจำครอบครัวทหารของกรมสวัสดิการสามเหล่าทัพ

(14) ผู้มีสิทธิในสมุดคู่มือประจำตัวครอบครัวทหารผ่านศึกนอกประจำการบัตรชั้นที่ 1

"คนพิการ" หมายความว่า คนพิการตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่คณะรัฐมนตรีกำหนดเพิ่มเติม

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

(2.1) ทหารผ่านศึก และคนพิการที่มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ตามความจำเป็นทางการแพทย์

(2.2) เป็นการเข้ารับบริการข้ามจังหวัดประเภทผู้ป่วยนอก ที่ไม่ใช่การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำหรือส่งต่อจากหน่วยบริการที่อยู่ในจังหวัดเดียวกันกับหน่วยบริการประจำ

(2.3) มีการลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีประเภทสิทธิย่อยเป็น ท.74 คนพิการ

<u>อัตราการจ่าย</u>

สปสช.จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการ ด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บ หรือราคาที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ

(3) เป็นการให้บริการผู้ป่วยนอกทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

(3.1) กรณีบริการทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ

(3.1.1) เป็นทหารเกณฑ์สังกัดในเครือกรมแพทย์ทหารเรือ (หน่วยบริการประจำเป็น SN001) เข้ารับบริการในหน่วยบริการต่างสังกัดกับหน่วยบริการประจำ โดยอาการแรกรับให้พิจารณาบริการตามความจำเป็น

(3.1.2) หน่วยบริการที่ให้บริการ เป็นหน่วยบริการต่างสังกัดกับหน่วยบริการประจำของทหารเกณฑ์ ซึ่งอาจเป็นหน่วยบริการสังกัดกรมแพทย์อากาศที่มีรหัสหน่วยบริการเป็น SPC หรือหน่วยบริการอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(3.1.3) กรณีหน่วยบริการที่ให้บริการ เป็นหน่วยบริการสังกัดเดียวกับกรมแพทย์ทหารเรือ ให้ขอรับค่าใช้จ่ายจากกรมแพทย์ทหารเรือ

(3.2) กรณีบริการทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารอากาศ

(3.2.1) เป็นทหารเกณฑ์สังกัดในเครือกรมแพทย์ทหารอากาศ (หน่วยบริการประจำเป็น SP001)

เข้ารับบริการในหน่วยบริการต่างสังกัดกับหน่วยบริการประจำ โดยอาการแรกรับให้พิจารณาบริการตามความจำเป็น

(3.2.3) หน่วยบริการที่ให้บริการ เป็นหน่วยบริการต่างสังกัดกับหน่วยบริการประจำของทหารเกณฑ์ ซึ่งอาจเป็นหน่วยบริการสังกัดกรมแพทย์เรือที่มีรหัสหน่วยบริการเป็น SNC หรือหน่วยบริการอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(3.1.4) กรณีหน่วยบริการที่ให้บริการเป็นหน่วยบริการสังกัดเดียวกับกรมแพทย์ทหารอากาศให้ขอรับค่าใช้จ่ายจากกรมแพทย์ทหารอากาศ

<u>อัตราการจ่าย</u>

สปสช.จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการ ด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บ หรือราคาที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ

<u>วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข</u>

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม e-Claim

2. การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น

(ศึกษารายละเอียดได้ในบทที่ 20)

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

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เกิดความสมดุล 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) เงื่อนไขการจ่าย

"การบริการกรณีรับส่งต่อ" หมายถึง การที่หน่วยบริการให้บริการสาธารณสุขประเภทผู้ป่วยนอกแก่ผู้มีสิทธิที่หน่วยบริการประจำส่งต่อหรือเห็นชอบให้หน่วยบริการอื่นส่งต่อโดยมีหลักเกณฑ์เงื่อนไขดังนี้

2.1) เป็นการส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดจากหน่วยบริการประจำ ไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อข้ามจังหวัด หรือเป็นการส่งต่อจากหน่วยบริการที่รับส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ (ส่งต่อแบบต่อเนื่อง) ไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อแห่งอื่นข้ามจังหวัด

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

รายชื่อหน่วยบริการภาครัฐกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด และรายชื่อหน่วยบริการที่สามารถส่งต่อไปหน่วยบริการภาครัฐกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ จำแนกตามจังหวัดที่ตั้งของหน่วยบริการส่งต่อ (รพท./รพศ.) ดังนี้

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)

2.3) การส่งตัวผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจพิเศษต่างๆ ถือเป็นการซื้อบริการของหน่วยบริการรับส่งต่อค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นให้ถือเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการของหน่วยบริการรับส่งต่อในครั้งนั้นด้วยเว้นแต่จะมีการตกลงเป็นอย่างอื่น

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 2564 ปิดรับการแจ้งหนี้วันที่ 30 กันยายน 2565 สำหรับข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนดจะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ขอรับค่าใช้จ่าย

5) ระยะเวลาการตัดยอดข้อมูลออกรายงานพึงรับ - พึงจ่ายรายเดือน (Statement) (รายละเอียดตามภาคผนวก 3)

6) การคำนวณจ่ายชดเชย

6.1) ค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นรายการที่กำหนดราคากลาง (171รายการ) ชดเชยตามที่เรียกเก็บไม่เกินราคากลางตามที่กำหนดของแต่ละรายการ (รายละเอียดตามภาคผนวก 4)

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 โดยการกำหนดอัตราการจ่ายชดเชยค่ารักษา พยาบาลร่วมกันระหว่างหน่วยบริการประจำกับหน่วยบริการรับส่งต่อ 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) ของหน่วยบริการประจำ โดย 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)หากพบว่าหน่วยบริการประจำของผู้ป่วยไม่ตรงกับที่ระบุในหนังสือส่งตัว หน่วยบริการที่รักษาต้องแนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการประจำตามสิทธิที่ตรวจสอบได้หรือขอหนังสือส่งตัวจากหน่วยบริการประจำตามสิทธิที่ตรวจสอบได้

หมายเหตุ : อายุของหนังสือส่งต่อผู้ป่วย อ้างอิงตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การส่งต่อผู้รับบริการฯ

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 ประจำปีงบประมาณหรือตามเวลาที่ สปสช. ประกาศผ่านทางหน้า Website ระบบจะพิจารณาข้อมูลเป็น “ยอมรับการเรียกเก็บ” ทุกราย (Auto Approve)

10.5) เมื่อครบกำหนดวันตัดยอดข้อมูลตามที่กำหนด สปสช. จะรวบรวมข้อมูลเพื่อออกรายงานการจ่ายชดเชย (รายงานพึงรับ-พึงจ่าย)

10.6) สปสช. ตรวจสอบรายละเอียดการบริการค่าใช้จ่ายโดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขกรณีไม่สามารถตัดสินชี้ขาดได้จะนำเรื่องเสนอต่อคณะทำงานฯ เพื่อพิจารณาและกำหนดเป็นหลักเกณฑ์ในภาพรวมต่อไป

11) การตรวจสอบหลักฐานในการเรียกเก็บและจ่ายชดเชยของหน่วยบริการ

สปสช. ยกเลิกการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุขเป็นเอกสาร โดยให้หน่วยบริการดำเนินการ ดังนี้

11.1) หน่วยบริการประจำสามารถตรวจสอบข้อมูลการจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการรับส่งต่อจาก Statement พึงจ่ายรายเดือนซึ่งประกอบด้วย รายงานรายบุคคล รายงานแบบสรุป และรายงานแบบสรุปรายหน่วยบริการ

11.2) หน่วยบริการรับส่งต่อสามารถตรวจสอบรายละเอียดการได้รับเงินชดเชยจาก Statement พึงรับรายเดือนซึ่งประกอบด้วยรายงานรายบุคคล รายงานแบบสรุป รายงานแบบสรุปรายหน่วยบริการและรายงานปฏิเสธการจ่าย 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	ไม่มีประวัติการส่งตัวจากหน่วยบริการประจำ	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	เรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่ไม่อยู่ในความคุ้มครองตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
11	OPF13	เรียกเก็บเกินราคาที่ตกลงกัน	เรียกเก็บค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตามเงื่อนไขหรือข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการ

<u>หมายเหตุ</u> :

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

4. กรณีประชาชนไปรับบริการในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควร

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีประชาชนไปรับบริการในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควร ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข แลวิธีการ ดังต่อไปนี้

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. เป็นการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก โดยไม่มีหนังสือส่งตัว ไม่ใช่กรณีนัดหมายและไม่ใช่กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ในกรณีดังต่อไปนี้

2.1. การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ภายในจังหวัด เป็นการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิที่มีหน่วยบริการประจำในจังหวัด โดยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเทียบเท่า ตามรายชื่อที่กำหนด ที่ตั้งอยู่ภายในจังหวัดเดียวกับหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ

2.2. การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ข้ามจังหวัด ภายในเขต เป็นการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการทุกระดับที่ตั้งอยู่ต่างจังหวัดกับหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ แต่อยู่ภายในเขตเดียวกัน

2.3. การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ข้ามเขตกรณีเขตพื้นที่รอยต่อ เป็นการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการทุกระดับ

3. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ หรือตามที่ สปสช.กำหนด

4. สปสช.จะมีการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย (Pre-audit) ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากตรวจสอบ ข้อมูลรายการนั้นจะชะลอการจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการต่อไป

<u>อัตราการจ่าย</u>

1. การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ภายในจังหวัด

เป็นการเข้ารับบริการในหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาล ที่มีศักยภาพเทียบเท่า ตามรายชื่อที่กำหนด ที่ตั้งอยู่ภายในจังหวัดเดียวกับหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ สปสช.จะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด ตามเอกสารแนบท้าย กรณีที่ยังไม่ได้กำหนดรายการ และอัตรา จะจ่ายตามราคาเรียกเก็บ ด้วยระบบ Point system with Global budget

<u>เว้นแต่</u> การเข้ารับบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย และการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งอยู่ภายในจังหวัดเดียวกับหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ การรับค่าใช้จ่ายและอัตราการจ่ายเป็นไปตามข้อตกลงในจังหวัด

2. การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ข้ามจังหวัด ภายในเขต สปสช.จะจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

2.1. การรับบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ จ่ายตามจริงไม่เกิน 70 บาทต่อครั้ง สำหรับบริการทันตกรรม จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด

2.2. การรับบริการในหน่วยบริการอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ 5 วันต่อสัปดาห์ จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด กรณีที่ยังไม่ได้กำหนดรายการและอัตราจะจ่ายตามราคาเรียกเก็บ ด้วยระบบ Point system with Global budget

3. การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ข้ามเขตกรณีเขตพื้นที่รอยต่อ สปสช.จะจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

3.1. การรับบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ จ่ายตามจริงไม่เกิน 70 บาทต่อครั้ง สำหรับบริการทันตกรรม จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด

3.2. การรับบริการในหน่วยบริการอื่นนอกเครือข่าย กรณีหน่วยบริการที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ 5 วันต่อสัปดาห์ จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด กรณีที่ยังไม่ได้กำหนดรายการและอัตราจะจ่ายตามราคาเรียกเก็บ ด้วยระบบ Point system with Global budget

<u>การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย</u>

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ตามรูปแบบที่กำหนด

5. ค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ

ค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการ เป็นการส่งต่อผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการด้วยพาหนะที่ได้รับการออกแบบ สร้าง หรือดัดแปลงประกอบ พร้อมด้วยยา เวชภัณฑ์ และบุคลากรทางสาธารณสุขเพื่อการลำเลียงและดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้ายหรือเดินทาง

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

(5.1) เป็นการส่งต่อผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดหรือกรณีเป็นผู้ป่วยนอกสิทธิว่าง

(5.2) เป็นการส่งต่อหรือรับกลับผู้ป่วยเพื่อมารับการรักษาต่อเนื่อง เป็นบริการประเภทผู้ป่วยใน ทั้งนี้ไม่นับรวมการส่งไปตรวจวินิจฉัยหรือทำหัตถการระหว่างการนอนรักษาเป็นผู้ป่วยใน

(5.3) เป็นการรับผู้ป่วยจากสถานบริการอื่น กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พ้นภาวะวิกฤติหรือเกินศักยภาพ มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในต่อเนื่องในหน่วยบริการ

(5.4) กรณีอากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์) หน่วยบริการต้องประสานงานเพื่อขออนุมัติจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) โดยเป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ เร่งด่วนหรือเกินศักยภาพ จากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น ไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพที่เหมาะสม ไม่รวมกรณีที่เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติในขณะที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าอาการของผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ

<u>อัตราการจ่าย</u>

1) กรณีรถยนต์

คำนวณค่าใช้จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป - กลับ โดยจ่ายชดเชยตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกินที่เรียกเก็บ ดังนี้

ระยะทาง ไป-กลับ (กิโลเมตร)	อัตราการจ่าย (บาท)
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 กิโลเมตร	จ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาท
มากกว่า 50 กิโลเมตร	จ่ายเริ่มต้น 500 บาท และจ่ายเพิ่มกิโลเมตรละ 4 บาท

2) กรณีค่าเรือ/แพขนานยนต์ จ่ายชดเชยตามระยะทางชนิดของเรือ (มาตรฐานของเรือ) อัตราดังนี้

ระยะทาง ไป-กลับ (กิโลเมตร)	ชนิดของเรือ	อัตราการจ่าย (บาท)	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	จ่ายตามจริงไม่เกิน 5,000 บาทต่อครั้ง	S1803L

3) กรณีอากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์)

ชนิดเครื่องยนต์	อัตราการจ่าย (บาท) / ชั่วโมงบิน
เฮลิคอปเตอร์ 1 เครื่องยนต์	40,000
เฮลิคอปเตอร์ 2 เครื่องยนต์	80,000
เฮลิคอปเตอร์ 3 เครื่องยนต์	120,000
เฮลิคอปเตอร์ 4 เครื่องยนต์	160,000

<u>วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข</u>

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม e-Claim

6. การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

นิยาม

"ผู้มีสิทธิว่าง" หมายความว่า บุคคลผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ยังไม่ได้ยื่นคำขอลงทละเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ

6.1 เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (สิทธิว่าง) รวมถึงผู้รับบริการสิทธิว่างเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

6.1.1 ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ทุกกรณีเหมือนกรณีทหารผ่านศึก และคนพิการ

6.1.2 หน่วยบริการดำเนินการเพื่อให้ผู้รับบริการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ยกเว้นกรณีเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน

<u>อัตราการจ่าย</u>

1) ผู้ป่วยนอก สปสช.จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรืออัตราที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ

2) ผู้ป่วยใน สปสช. จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) With Global Budget อัตราเบื้องต้น 8,350 บาท ต่อ adjRW

6.2 กรณีเด็กแรกเกิดเสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการกรณีเด็กแรกเกิดมีชีพที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียนและมีมารดาเป็นสัญชาติไทย

<u>อัตราการจ่าย</u>

1) ผู้ป่วยนอก สปสช.จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรืออัตราที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ

2) ผู้ป่วยใน สปสช. จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) With Global Budget อัตราเบื้องต้น 8,350 บาท ต่อ adjRW

<u>วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข</u>

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม e-Claim

7. การบริการกรณีเฉพาะอื่นๆ

7.1 ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือนมาใช้บริการ

7.2 ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนมาใช้บริการคลอด

7.3 ผู้มารับบริการที่ขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและเข้ารับบริการทันที

7.1 รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือนมาใช้บริการ

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

เป็นการให้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือนที่มีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคมมารับบริการกรณีเจ็บป่วย ที่ไม่นับรวมการตรวจครรภ์และการวางแผนครอบครัว

<u>อัตราการจ่าย</u>

1) ประเภทผู้ป่วยนอก จ่ายตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรืออัตราที่กำหนด วงเงินรวมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ

2) ประเภทผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) With Global Budget อัตราเบื้องต้น 8,350 บาท ต่อ adjRW

7.2 ผู้มารับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนมาใช้บริการคลอด

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

เป็นการให้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนที่มีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคม มารับบริการคลอด

<u>อัตราการจ่าย</u>

1) ประเภทผู้ป่วยนอก จ่ายตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรืออัตราที่กำหนด วงเงินรวมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ

2) ประเภทผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) With Global Budget อัตราเบื้องต้น 8,350 บาท ต่อ adjRW

7.3 ผู้มารับบริการที่ขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและเข้ารับบริการทันที

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

เป็นการให้บริการกรณีผู้รับบริการที่ขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและเข้ารับบริการทันทีภายในเวลา 23.59 น.ของวันถัดไป ถือเป็นกรณีเหตุสมควร

<u>อัตราการจ่าย</u>

1) จ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการที่กำหนด (fee schedule) โดยจ่ายตามจริง และไม่เกินอัตราที่กำหนดภายใต้ระบบ point system with global budget

2) สำหรับรายการที่ สปสช.ยังไม่กำหนดรายการ และอัตราการจ่าย สปสช. จ่ายตามราคาเรียกเก็บของหน่วยบริการ (fee for service) ภายใต้ระบบ point system with global budget

<u>วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข</u>

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม e-Claim

กลุ่มที่ 2 กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับบริการดังต่อไปนี้

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. บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชน

1. โรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-Elevated Myocardial Infarction fast track หรือ STEMI fast track)

1.1 กรณีการให้บริการรักษาเร่งด่วน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน (Stroke fast track)

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

1. เป็นกรณีการให้บริการรักษาเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน (Stroke fast track) โดยผู้ป่วยต้องได้รับการทำเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองก่อนและหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด ทั้งนี้อาจจะมีการทำกายภาพบำบัด หรือ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ร่วมด้วยก็ได้
2. มีรหัสโรคและรหัสหัตถการ ดังนี้

   2.1 การวินิจฉัยโรคหลัก/โรครอง (ICD 10) : I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9

   2.2 รหัสหัตถการ (ICD 9) : 9910 และ 8703 หรือ

   ส่วนกรณีรหัสหัตถการ (ICD 9) 9301, 9302, 9304, 9305, 9309, 9311, 9312, 9313, 9314, 9316, 9317, 9318, 9319, 9322, 9323, 9324, 9325, 9327, 9328, 9329, 9331, 9332, 9333, 9334, 9335, 9336, 9338, 9339, 9381, 9384, 9394, 9399
3. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นเครือข่ายในการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอย่างเร่งด่วน (Stroke fast track)

<u>อัตราการจ่าย</u>

จ่ายค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยาเหมาจ่ายในอัตรา 49,000 บาทต่อครั้ง

<u>วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข</u>

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม e-Claim

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

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

1. เป็นกรณีการให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST- Elevated Myocardial Infarction fast track หรือ STEMI fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA และยาละลายลิ่มเลือด Tenecteplase (TNK-TPA) ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา streptokinase หรือเคยได้รับยา streptokinase ภายในระยะเวลา 6 เดือน

2.รหัสโรคและรหัสหัตถการ ดังนี้

2.1 การวินิจฉัยโรคหลัก/โรครอง (ICD 10) : I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9

2.2 รหัสหัตถการ(ICD 9) : 9910

3. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ที่ให้ยาได้

<u>อัตราการจ่าย</u>

1. ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยาเหมาจ่ายในอัตรา 10,000 บาทต่อครั้ง
2. ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยาเหมาจ่ายในอัตรา 49,000 บาทต่อครั้ง
3. ค่ายาละลายลิ่มเลือด Tenecteplase (TNK-TPA) จ่ายในอัตราตามจริงไม่เกิน 22,660 บาทต่อvial

<u>วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข</u>

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม e-Claim

การให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา รวมถึงการเข้ารับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. เป็นการให้บริการกับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ดังนี้

1.1 การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยครอบคลุมการตรวจหาระยะของโรคมะเร็งตามมาตรฐานของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ไม่รวมการตรวจคัดกรอง หรือการตรวจเพื่อศึกษาวิจัย

1.2 การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา

1.3 การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมถึงโรคร่วมที่พบ ในการรักษาโรคมะเร็ง

1.4 การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา (Follow up) ภายหลังการรักษาโรคมะเร็ง และโรคร่วมที่พบในการรักษาโรคมะเร็ง

1.5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2) จำนวน 3 รายการ ได้แก่ Trastuzumab, Imatinib และ Erlotinib ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขการชดเชยยา และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2)

2. เพื่อเพิ่มความมั่นใจในคุณภาพบริการในการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้หน่วยบริการถือปฏิบัติตามแนวทางการรักษา เพื่อเป็นเงื่อนไขในการขอรับค่าใช้จ่าย ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ให้เป็นไปตาม คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก ที่จัดทำโดยสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย

2.2 ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุระหว่าง 15-18 ปี ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษา ดังนี้

2.2.1 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก ที่จัดทำโดยสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย หรือ

2.2.2 แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้ใหญ่

2.3 ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ (รายละเอียดตามภาคผนวก 5)

3. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่ให้บริการด้านเคมีบำบัดหรือฮอร์โมน (รายละเอียดตามภาคผนวก 6) หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายละเอียดตามประกาศที่สำนักงานกำหนด

3.1 หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายกรณีค่าผสมยาเคมีบำบัด สำหรับบริการยาเคมีบำบัด (ชนิดให้ทางเส้นเลือด) เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่ให้บริการด้านเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับ 1 หรือ ระดับ 2

3.2 หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายกรณีให้บริการฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่ให้บริการด้านเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับ 1 หรือ ระดับ 2 หรือมีศักยภาพกรณีให้ฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

4. กรณีที่รหัสโรคหลักไม่ใช่รหัสโรคมะเร็ง จะตรวจสอบรหัสโรครอง เฉพาะกรณีที่มีการรักษาโรคมะเร็ง

5. กรณีที่รหัสโรคที่หน่วยบริการบันทึก มีรหัสโรคโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา และโรคมะเร็งที่ยังไม่กำหนดแนวทางการรักษา สปสช.จะพิจารณาเป็นกรณีโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา

6. หน่วยบริการที่ส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยบริการอื่นเพื่อรับยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษาแล้วกลับมา Admit ที่หน่วยบริการเดิม ไม่สามารถเบิกค่าพาหนะรับส่งต่อได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขในการเบิกค่าพาหนะรับส่งต่อ ที่ สปสช.กำหนด

<u>อัตราการจ่าย</u>

สปสช. จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้

1. การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง และหรือการตรวจหาระยะของโรคมะเร็ง ตามมาตรฐานของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ไม่รวมการตรวจคัดกรอง หรือการตรวจเพื่อศึกษาวิจัย

1.1 กรณีบริการผู้ป่วยนอก หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง และมีความจำเป็นต้องตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง และหรือการตรวจหาระยะของโรคมะเร็ง (โดยไม่รวมการตรวจคัดกรอง หรือการศึกษาวิจัย) ตามรายการบริการ (fee schedule) ที่กำหนด จ่ายตามเรียกเก็บไม่เกินเพดาน ที่กำหนด (รายละเอียดตามภาคผนวก 7) กรณีที่ยังไม่กำหนดรายการบริการ จ่ายตามเรียกเก็บ (fee for service) ภายใต้ระบบ point system with global budget

1.2 กรณีบริการผู้ป่วยใน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายโดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณดังนี้

(1) กรณีบริการในเขต อัตราการจ่ายชดเชยต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (Sent date) ทั้งนี้ได้รับค่าใช้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW โดยก่อนคำนวณจ่ายให้กับหน่วยบริการภาครัฐจะมีการปรับลดค่าแรง ส่วนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K)

(2) กรณีบริการนอกเขต จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง และสำหรับหน่วยบริการที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตใกล้กับพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน 9,600 บาทต่อ adjRW

2. การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา

2.1 กรณีรักษาโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา

(1) การรักษาโรคมะเร็งตรงตามแนวทางที่กำหนด พิจารณาจากรายการยาเคมีบำบัดที่ระบุในแนวทางการรักษาโรคมะเร็งแต่ละชนิด

(1.1) กรณีบริการผู้ป่วยนอก หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายดังนี้

1) ค่ายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา จ่ายตามเรียกเก็บไม่เกินเพดานที่กำหนด (รายละเอียดตามภาคผนวก 8) แนบท้าย

2) ค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน

3) ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่นอกเหนือจาก 1) และ 2) จ่ายตามรายการบริการ (fee schedule) ตามเรียกเก็บ ไม่เกินเพดานที่กำหนด (รายละเอียดตามภาคผนวก 7) กรณีที่ยังไม่กำหนดรายการบริการ จ่ายตามเรียกเก็บ (fee for service) ภายใต้ระบบ point system with global budget

(1.2) กรณีบริการผู้ป่วยใน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายโดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) คูณด้วยค่าสัดส่วนปรับลดค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีการใช้ยารักษาโรคมะเร็ง (Cancer Chemotherapy Unbundling Factor : CCUF) จะได้ค่า adjRW ที่ใช้ในการคำนวณจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

1) กรณีบริการในเขต อัตราการจ่ายชดเชยต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (Sent date) ทั้งนี้ได้รับค่าใช้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW โดยก่อนคำนวณจ่ายให้กับหน่วยบริการภาครัฐจะมีการปรับลดค่าแรง ส่วนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K)

2) กรณีบริการนอกเขต จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง และสำหรับหน่วยบริการที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตใกล้กับพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน 9,600 บาทต่อ adjRW

3) จ่ายเพิ่มเติม (add on) สำหรับค่ายาเคมีบำบัด หรือยาฮอร์โมน (รายละเอียดตามภาคผนวก 8)

4) ค่าบริการรังสีรักษาจ่ายค่าใช้จ่ายรวมในระบบ DRGs

2.2 การรักษาโรคมะเร็งไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด

2.1 กรณีบริการผู้ป่วยนอก หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายดังนี้

(2.1.1) ค่ายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา ค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน รวมทุกรายการดังกล่าวแล้วไม่เกินเรียกเก็บ และไม่เกิน 2,300 บาท

(2.1.2) ค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจาก (2.1.1) จ่ายตามรายการบริการ (fee schedule) ตามเรียกเก็บไม่เกินเพดาน รายละเอียดตามภาคผนวก 7 กรณีที่ยังไม่กำหนดรายการบริการ จ่ายตามเรียกเก็บ (fee for service) ภายใต้ระบบ point system with global budget

2.2 กรณีบริการผู้ป่วยใน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายโดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณดังนี้

(2.2.1) กรณีบริการในเขต อัตราการจ่ายชดเชยต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (Sent date) ทั้งนี้ได้รับค่าใช้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW โดยก่อนคำนวณจ่ายให้กับหน่วยบริการภาครัฐจะมีการปรับลดค่าแรง ส่วนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K)

(2.2.2) กรณีบริการนอกเขต จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง และสำหรับหน่วยบริการที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตใกล้กับพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน 9,600 บาทต่อ adjRW

2.3 การรักษาโรคมะเร็งที่ยังไม่กำหนดแนวทางการรักษา

(1) กรณีบริการผู้ป่วยนอก หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายดังนี้

(1.1) ค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา จ่ายตามเรียกเก็บ และค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้ว ไม่เกิน 4,000 บาท

(1.2) ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่นอกเหนือจาก 1) จ่ายตามรายการบริการ (fee schedule) ตามเรียกเก็บ ไม่เกินเพดานที่กำหนด (รายละเอียดตามภาคผนวก 7) กรณีที่ยังไม่กำหนดรายการบริการจ่ายตามเรียกเก็บ (fee for service) ภายใต้ระบบ point system with global budget

(2) กรณีบริการผู้ป่วยใน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายโดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณดังนี้

(2.1) กรณีบริการในเขต อัตราการจ่ายชดเชยต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (Sent date) ทั้งนี้ได้รับค่าใช้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW โดยก่อนคำนวณจ่ายให้กับหน่วยบริการภาครัฐจะมีการปรับลดค่าแรง ส่วนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K)

(2.2) กรณีบริการนอกเขต จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง และสำหรับหน่วยบริการที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตใกล้กับพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน 9,600 บาทต่อ adjRW

(3) การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมถึงโรคร่วมที่พบในการรักษาโรคมะเร็ง

(3.1) กรณีบริการผู้ป่วยนอก หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง และมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา หรือโรคร่วมที่พบในการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น จ่ายตามรายการบริการ (fee schedule) ตามเรียกเก็บไม่เกินเพดานที่กำหนด (รายละเอียดตามภาคผนวก 7) กรณีที่ยังไม่กำหนดรายการบริการ จ่ายตามเรียกเก็บ (fee for service) ภายใต้ระบบ point system with global budget

(3.2) กรณีบริการผู้ป่วยใน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายโดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณดังนี้

1) กรณีบริการในเขต อัตราการจ่ายชดเชยต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (Sent date) ทั้งนี้ได้รับค่าใช้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW โดยก่อนคำนวณจ่ายให้กับหน่วยบริการภาครัฐจะมีการปรับลดค่าแรง ส่วนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K)

2) กรณีบริการนอกเขต จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง และสำหรับหน่วยบริการที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตใกล้กับพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน 9,600 บาทต่อ adjRW

(4) การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา (Follow up) ภายหลังการรักษาโรคมะเร็ง และโรคร่วมที่พบในการรักษาโรคมะเร็ง

(4.1) กรณีบริการผู้ป่วยนอก หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายการตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา (Follow up) รวมถึงการรักษาโรคร่วมที่พบในการตรวจติดตามการรักษามะเร็งในครั้งนั้น จ่ายตามรายการบริการ (fee schedule) ตามเรียกเก็บ ไม่เกินเพดานที่กำหนด (รายละเอียดตามภาคผนวก 7) กรณีที่ยังไม่กำหนดรายการบริการ จ่ายตามเรียกเก็บ (fee for service) ภายใต้ระบบ point system with global budget

(4.2) กรณีบริการผู้ป่วยใน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายโดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณดังนี้

(1) กรณีบริการในเขต อัตราการจ่ายชดเชยต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (Sent date) ทั้งนี้ได้รับค่าใช้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW โดยก่อนคำนวณจ่ายให้กับหน่วยบริการภาครัฐจะมีการปรับลดค่าแรง ส่วนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K)

(2) กรณีบริการนอกเขต จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง และสำหรับหน่วยบริการที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตใกล้กับพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน 9,600 บาทต่อ adjRW

วิธีเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม e-Claim

การชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยา trastuzumab Imatinib และ Erlotinib ศึกษารายละเอียดได้ที่หัวข้อ “การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงการเบิกชดเชยยาที่บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565”

3. การให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

การจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีการให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile cataract) พร้อมเลนส์แก้วตาเทียม โดยมีข้อบ่งชี้ตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย

2. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

2.1 เป็นหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป มีคุณสมบัติและศักยภาพการให้บริการ หรือ เป็นหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป ที่มีคู่สัญญาเป็นสถานบริการหรือหน่วยงานภาคเอกชน ที่มีศักยภาพการให้บริการตามที่สำนักงานกำหนด (รายละเอียดตามภาคผนวก 9)

2.2 หน่วยบริการให้บริการตามเกณฑ์การให้บริการที่กำหนด

<u>อัตราการจ่าย</u>

1. ค่าบริการผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ดังนี้

1.1 กรณี ผ่าตัดปกติ ในผู้รับบริการที่มีระดับสายตา (Visual Acuity : VA) แย่กว่า 20/200 จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 7,000 บาท ต่อการผ่าตัด 1 ข้าง

1.2 กรณี มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและมีการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนนั้น จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 9,000 บาท ต่อการผ่าตัด 1 ข้าง

1.3 กรณี ผ่าตัดผู้รับบริการที่มีระดับสายตา (VA) 20/200 ถึง 20/100 ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ต้องรับการผ่าตัด หรือ มีความจำเป็น จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 5,000 บาท ต่อการผ่าตัด 1 ข้าง

2. ค่าอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ดังนี้

2.1 ค่าบริการเลนส์แก้วตาเทียม หน่วยบริการสามารถเลือกใช้โดยพิจารณาตามคุณสมบัติเลนส์แก้วตาเทียม (รายละเอียดตามภาคผนวก 10) ในอัตราดังนี้

(1) เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดพับได้ จ่ายในอัตราเหมาจ่ายอันละ 2,800 บาท

(2) เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดแข็งพับไม่ได้ จ่ายในอัตราเหมาจ่ายอันละ 700 บาท

2.2 ค่าบริการอุปกรณ์อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรคที่เกี่ยวข้อง นอกเหนือจากข้อ 2.1 ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุขกรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

เกณฑ์การให้บริการของหน่วยบริการ

หน่วยบริการจะต้องให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์ มาตรฐานวิชาชีพจักษุแพทย์ที่ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยกำหนด ดังนี้

1. การตรวจคัดกรอง กำหนดให้ผู้รับบริการต้องได้รับการคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติเบื้องต้นจากหน่วยบริการประจำ โดยกำหนดให้มีการบันทึกผลการตรวจคัดกรองในเวชระเบียนของหน่วยบริการประจำทุกราย

2. การตรวจวินิจฉัย กำหนดให้ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจวัดระดับ Visaul Acuity ด้วยวิธีการใช้ Pin hole เพื่อจำแนกภาวะสายตาผิดปกติจากสาเหตุอื่นทุกราย รวมทั้งได้รับการวินิจฉัยว่ามีระดับสายตาผิดปกติหรือการมองเห็น (VA) แย่กว่า 6/60 หรือ 20/200 โดยจักษุแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผ่าตัด และต้องเก็บบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยดังกล่าว รวมดำเนินการให้มีการเก็บภาพถ่ายจากกล้องตรวจตาไว้เป็นหลักฐานประกอบการวินิจฉัยทุกราย เพื่อรับการตรวจสอบจากสำนักงาน

3. การให้บริการผ่าตัดรักษา จะต้องดำเนินการผ่าตัดในห้องผ่าตัดที่ได้มาตรฐานของหน่วยบริการ / คู่หรือสถานพยาบาลคู่สัญญาของหน่วยบริการ และมาตรฐานการให้บริการทางวิชาชีพ

4. การติดตามผลการรักษาหลังผ่าตัด ให้มีการติดตามผลหลังผ่าตัดโดยจักษุแพทย์ จำนวน 3 ครั้ง ในวันที่ 1 วันที่ 7 และวันที่ 30 หลังการผ่าตัด ตามลำดับ หากพบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดให้หน่วยบริการที่ดำเนินการผ่าตัดหรือจัดให้มีบริการผ่าตัดต้อกระจก เป็นผู้รับผิดชอบดูแลรักษารวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจนกว่าผู้รับบริการจะหายเป็นปกติ

5. การส่งต่อผู้รับบริการ เพื่อเข้ารับบริการผ่าตัด กำหนดให้ผู้รับบริการต้องได้รับการผ่าตัด ณ หน่วยบริการประจำของตนเอง หรือหน่วยบริการรับการส่งต่อ ที่มีคุณสมบัติและศักยภาพตามเกณฑ์ศักยภาพหน่วยให้บริการผ่าตัดต้อกระจกตามที่สำนักงานกำหนด รายละเอียดตามภาคผนวก 1 แนบท้ายประกาศนี้

6. กรณีผ่าตัดนอกหน่วยบริการประจำของผู้รับบริการ ต้องมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

6.1 หน่วยบริการประจำไม่มีจักษุแพทย์ หรือมีแต่ไม่เพียงพอสำหรับให้บริการ หรือมี

ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดนานกว่า 1 เดือน โดยให้แพทย์ของหน่วยบริการประจำ ทำหนังสือส่งตัวผู้รับบริการเพื่อเข้ารับบริการผ่าตัด ณ หน่วยบริการรับการส่งต่อที่ให้บริการ หรือจัดให้มีบริการผ่าตัดต้อกระจก และเข้าร่วมดำเนินโครงการกับสำนักงาน ทั้งนี้หน่วยบริการประจำไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดในครั้งนั้น

6.2 การให้บริการผ่าตัดให้กับผู้รับบริการนอกเขตพื้นที่ หน่วยบริการจะสามารถดำเนินการผ่าตัดนอกเขตพื้นที่ได้ เฉพาะในพื้นที่ที่ขาดแคลนบริการตามจำนวนเป้าหมายตามที่สำนักงานกำหนด โดยหน่วยบริการต้องแสดงแผนงานหรือโครงการ ที่ระบุพื้นที่ดำเนินงานและจำนวนเป้าหมายการบริการผ่าตัดให้สำนักงานพิจารณาให้ความเห็นชอบ เพื่อให้สอดคล้องและครอบคลุมบริการผ่าตัดในพื้นที่และเป้าหมายที่สำนักงานกำหนด ทั้งนี้ให้มีกลไกคณะทำงานในระดับเขตที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อให้มีการจัดเครือข่ายระบบบริการ การค้นหา การตรวจคัดกรองการส่งต่อผู้รับบริการ และการดูแลต่อเนื่อง

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม e-Claim

4. การขอรับค่าใช้จ่ายกรณีให้บริการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูดทันตกรรมจัดฟันและผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขอบเขตบริการ

เป็นการจัดบริการแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ประกอบด้วย การรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ การพัฒนาการดูแลโดยการแก้ไขการพูด และบริการทันตกรรมจัดฟันโดยทีมงานสหวิชาชีพเป็นผู้ให้การดูแลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และเป็นไปตามมาตรฐานการบริการตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วย การดูแลรักษาในหน่วยบริการ และการฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง

เงื่อนไขการจ่าย

1) เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิว่าง
2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่ามีภาวะปากแหว่งหรือภาวะปากแหว่งเพดานโหว่
3) เป็นการจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

3.1) กรณีให้บริการผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate)

3.2) กรณีให้บริการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูดและทันตกรรมจัดฟัน หน่วยบริการต้องแจ้งความประสงค์ตามแบบฟอร์มหนังสือแสดงความประสงค์ให้บริการฯ รายละเอียดขั้นตอนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://eclaim.nhso.go.th

4) หน่วยบริการดังกล่าวต้องรับลงทะเบียนและให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิว่างที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ลงทะเบียนในโปรแกรม DMIS (ยสส.1)

5) การรักษาทั่วไปและการรักษาภาวะแทรกซ้อนให้ขอรับค่าใช้จ่ายตามแต่ละกรณี

<u>อัตราการจ่าย</u>

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	รายละเอียด การจ่ายเงิน
1) การผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่	-บันทึกข้อมูลส่งไปยัง สปสช. ภายใน 30 วัน หลังจากให้บริการ	จ่ายชดเชยตามกรณีผู้ป่วยในทั่วไป	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim
2) การใส่อุปกรณ์เพดานเทียมและอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟัน	-บันทึกข้อมูลส่งไปยัง สปสช. ภายใน 30 วัน หลังจากให้บริการ	จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริงที่หน่วยบริการเรียกเก็บแต่ไม่เกินเพดาน ราคาชดเชยที่ สปสช. ประกาศ และนำมาคำนวณอัตราจ่ายตามระบบ point system with global budget โดยส่วนต่างจากเงินเรียกเก็บและเงินจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บจากผู้ป่วยได้	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim โดยบันทึกรหัสอุปกรณ์
2.1) เพดานเทียม (Obturator) (2704)	-ใช้ในผู้ที่มีภาวะเพดานโหว่ (Cleft palate) เพื่อช่วยในการดูดนม	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 800บาท/ชิ้น)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim

รายการ	ข้อบ่งชี้/ รายละเอียดกิจกรรม	อัตราจ่าย	รายละเอียด การจ่ายเงิน
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 - ใช้หลังเย็บริมฝีปากเพื่อช่วยดูดนมและ คงสภาพโครงสร้างจมูก	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 1,800 บาท/ชุด)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim
2.4) Obturator + Screw + NAM (2704C)	สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่ง และถ่างออก, ยื่นออก โดยใช้สกรู และสำหรับจัดโครงสร้างจมูก	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 2,500 บาท/ชุด)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim
2.5) Nasal Molding (NAM) เพิ่มเติม(2704D)	- จัดโครงสร้างจมูก - คงสภาพโครงสร้างจมูก	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา700 บาท/ชิ้น)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรมe-Claim
2.6) Maxillary distractor	-ใช้ในผู้ป่วยที่ผ่านการลงทะเบียน Cleft Lip/ Palate	จ่ายอัตราราคากลาง 200,000 บาท/ชุด	จ่ายตามผลงานการให้บริการ โดยต้องมีการส่งหนังสือขออนุมัติก่อนการให้บริการและหลังให้บริการ หน่วยบริการส่งหนังสือพร้อมหลักฐานเพื่อขอรับการชดเชย

รายการ	ข้อบ่งชี้/ รายละเอียดกิจกรรม	อัตราจ่าย	รายละเอียด การจ่ายเงิน
3) ทันตกรรมจัดฟัน	- ทำประวัติ ตรวจทางรังสีเพื่อรักษาทางทันตกรรม - แก้ไขการสบฟันผิดปกติระยะแรกเพื่อป้องกันและเตรียมการในการจัดฟัน - ดูแลรักษาสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน - รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไขการสบฟันผิดปกติ - ใส่ฟันเทียมหรือรักษาทางทันตกรรม อื่นๆ ที่จำเป็น	จ่าย 48,000 บาทต่อราย (ตลอดชีวิต)	จ่ายตามผลงานการให้บริการใน โปรแกรม DMIS ยสส.4
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

รายการ	ข้อบ่งชี้/ รายละเอียดกิจกรรม	อัตราจ่าย	รายละเอียด การจ่ายเงิน
หมายเหตุ : การจ่ายชดเชยรายการอุปกรณ์เป็นการจ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget ตามอัตราการจ่ายชดเชย รายการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments)			

2) สภากาชาดไทยจ่ายค่าเดินทางแก่ผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

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.ผ5) ประกอบการเบิกจ่ายจากสภากาชาดไทย

<u>หมายเหตุ</u> : สภากาชาดไทยจ่ายค่าเดินทางให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติภายหลังการเข้ารับบริการโดยหน่วยบริการบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มในโปรแกรม DMIS และจัดพิมพ์ให้แพทย์ผู้รักษาเซ็นต์รับรองในแบบฟอร์มดังกล่าวแล้วมอบให้ผู้ป่วยหรือญาตินำไปขอรับค่าใช้จ่ายจากสภากาชาดไทยหรือสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัด

<u>การลงทะเบียนผู้ป่วย</u> สามารถดำเนินการได้ดังนี้

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

<u>การให้บริการของหน่วยบริการ</u> (บทบาทของ Case Manager)

หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หน่วยบริการประจำ) / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ทำหน้าที่ลงทะเบียนให้แก่ผู้ป่วยดำเนินการดังนี้

1) ขอ Username/Password มายัง สปสช.เพื่อใช้สำหรับการลงทะเบียนให้แก่ผู้มีสิทธิและบันทึกข้อมูลในโปรแกรม DMIS โดยส่งคำขอตามแบบฟอร์มที่กำหนด ได้ที่ http://eclaim.nhso.go.th มายัง สปสช. เขต
2) ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการในโครงการที่ต้องการส่งผู้ป่วยไปเข้ารับบริการ (ซึ่งจะปรากฏในโปรแกรม DMIS ด้วย) ทั้งนี้ในการส่งต่อดังกล่าวหน่วยบริการประจำไม่ต้องเขียนใบส่งตัวยกเว้นหน่วยบริการต้องการส่งตัวเพื่อรักษาโรคอื่นๆ ร่วมด้วย

<u>หน่วยบริการในโครงการดำเนินการดังนี้</u>

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

<u>ขั้นตอนการดำเนินการกรณีเบิกใช้ Maxillary Distractor</u>

สำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ กรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ เพื่อดึงยึดกระดูกแก้ไขความพิการและปรับความสมดุลบนใบหน้า 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.thมายังสำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ 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

<u>การประมวลผลออกรายงาน</u>

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. บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชน

เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ฉุกเฉินเร่งด่วน เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีมีเหตุสมควร หรือผู้เจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ มีสิทธิเข้ารับบริการนอกเวลาราชการ ประเภทผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการตามที่กำหนดโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

วัตถุประสงค์

1) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ฉุกเฉินเร่งด่วน

2) เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีมีเหตุสมควร หรือผู้เจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิเข้ารับบริการนอกเวลาราชการที่หน่วยบริการตามที่กำหนดโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

ขอบเขตบริการและเงื่อนไขการจ่าย

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 ตามแนวทางของหน่วยบริการโดยอย่างน้อยต้องมีแพทย์ประจำ

2) รูปแบบการจัดบริการตามแนวทาง “บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินคุณภาพ” หน่วยบริการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยจัดให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉิน ดังต่อไปนี้

2.1 ห้องฉุกเฉินคุณภาพ สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขให้กับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) และผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง)

2.2 ห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขให้กับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ที่เข้ารับบริการนอกเวลาราชการ

<u>อัตราการจ่าย</u>

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

2) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่นๆ หน่วยบริการจะได้รับการจ่ายจากระบบปกติ ตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ สปสช.

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

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1) หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ตามรูปแบบที่กำหนดและส่งข้อมูลขอรับ ค่าใช้จ่ายฯ มายัง สปสช.ภายใน 30 วันหลังให้บริการ

2) บันทึกรหัสโครงการพิเศษ (Project code) “ER-EXT ฉุกเฉินคุณภาพ” สำหรับบริการประเภทผู้ป่วยนอกกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงและเหตุสมควรอื่นกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ที่รับบริการนอกเวลาราชการ (<u>ที่เข้ารับบริการในห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน</u>) มาด้วยทุกครั้ง

กลุ่มที่ 3 กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

ประกอบด้วยรายการดังต่อไปนี้

1. รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments)
2. การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)
3. การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา
4. การผ่าตัดปลูกถ่าย เปลี่ยนอวัยวะ

1. รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments)

1.1. กรณีบริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments)

เงื่อนไขการจ่าย

การจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (Instruments) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการและใช้อุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (รายละเอียดตามภาคผนวก 11)

อัตราการจ่าย

สปสช. จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามรายการและอัตรา ดังนี้

1. จ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมกรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการ ตามราคาที่หน่วยบริการจัดซื้อหรือหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณี และไม่เกินอัตราที่กำหนดรายละเอียดตามภาคผนวก 11 รวมถึงอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ที่สำนักงานสนับสนุนเป็นอุปกรณ์ แต่หน่วยบริการไม่สามารถใช้อุปกรณ์ดังกล่าวได้ โดยคำนวณจ่ายค่าใช้จ่ายตามระบบ Point system with ceiling ดังนี้

1.1 กรณีบริการผู้ป่วยนอก จ่ายตามเรียกเก็บ ไม่เกินเพดานที่กำหนด

1.2 กรณีบริการผู้ป่วยใน จ่ายเพิ่มเติม (add on) จากระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ตามเรียกเก็บ ไม่เกินเพดานที่กำหนด

2. การจ่ายรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ที่หน่วยบริการไม่สามารถใช้ได้ตามข้อ 1 ให้ขอทำความตกลงกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการเฉพาะตามความจำเป็น

3. กรณีที่หน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคเรียบร้อยแล้ว โดยใช้ตามความจำเป็น สามารถขออุทธรณ์กับสำนักงานเป็นเอกสารพร้อมหลักฐานเป็นรายกรณี

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม e-Claim

2. กรณีบริการอุปกรณ์ Extracorporeal Membrane Oxygenator (ECMO) ในการรักษาภาวะหัวใจ และ/หรือปอดล้มเหลวเฉียบพลัน

ขอบเขตบริการ

การจ่ายสำหรับการบริการอุปกรณ์ Extracorporeal Membrane Oxygenator (ECMO) ในการรักษาภาวะหัวใจ และ/หรือปอดล้มเหลวเฉียบพลัน โดยให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยเครื่อง ECMO ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

เงื่อนไขการจ่าย

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา ข้อห้ามในการรักษา และข้อพิจารณายุติการรักษาในการใช้อุปกรณ์เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal Membrane Oxygenator : ECMO) ตามที่กำหนดดังนี้

1.1 ข้อบ่งชี้ในการรักษา

1.1.1 ทารกแรกเกิด และผู้ป่วยเด็ก (อายุ 1 เดือน – 18 ปี) กำหนด ดังนี้

1.1.1.1 ภาวะหัวใจล้มเหลว

(1) ข้อบ่งชี้ที่เกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจและการสวนหัวใจ

- พยุงการทำงานของหัวใจก่อนผ่าตัด เพื่อแก้ไขพยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วย
- ภาวะหัวใจล้มเหลวหลังการผ่าตัดหัวใจที่ไม่ตอบสนองต่อยากระตุ้นหัวใจหรือไม่สามารถหย่าเครื่องปอดหัวใจเทียมได้
- เพื่อพยุงการทำงานของหัวใจในระหว่างการทำหัตถการทางสายสวนที่มีความเสี่ยงสูง

(2) หัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจากสาเหตุต่าง ๆ

- Cardiogenic shock เช่น กล้ามเนื้อหัวใจล้มเหลวจากกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและกล้ามเนื้อ หัวใจผิดปกติ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ควบคุมไม่ได้
- Distributive shock เช่น การติดเชื้อ การแพ้ชนิดรุนแรง (anaphylaxis)
- Obstructive shock เช่น ภาวะความดันปอดสูง ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงที่ปอด

1.1.1.2 ภาวะระบบหายใจล้มเหลว

(1) ผู้ป่วยแรกเกิดคลอดครบกำหนด หรือคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ขึ้นไป

- มีภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างรุนแรง และหรือภาวะหัวใจล้มเหลว
- มีความเสี่ยงถึงเสียชีวิต และไม่ตอบสนองต่อการรักษา แม้ได้รับยาอย่างเต็มที่แล้ว
- มีสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้
- การวินิจฉัยที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ภาวะไส้เลื่อนกระบังลมแต่กำเนิด ภาวะสูดสำลักขี้เทา และภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด

(2) ผู้ป่วยเด็ก

- มีภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง
- มีการคั่งค้างของคาร์บอนไดออกไซด์อย่างรุนแรงทำให้มีค่าเลือดเป็นกรด

1.1.2 ผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปี กำหนด ดังนี้

1.1.2.1 การรักษาด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจชนิด Veno-arterial (Veno-arterial ECMO) ในกรณีต่อไปนี้

(1) ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจนเกิดภาวะช็อค ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามปกติจากสาเหตุ ต่อไปนี้

- กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

- หัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรงที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยการใช้ยา และการช็อกด้วยไฟฟ้า
- กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบอย่างรุนแรง
- ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ส่งผลให้การทำงานของหัวใจลดลงจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว
- ผู้ป่วยได้รับยาที่มีฤทธิ์กดการทำงานของหัวใจมากเกินขนาด
- ภาวะอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดชนิดรุนแรงจนทำให้เกิดภาวะช็อค
- ปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างรุนแรงจนทำให้เกิดภาวะช็อค
- ภาวะหัวใจล้มเหลวจากความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ ได้แก่ ภาวะไทรอยด์เป็นพิษรุนแรง ภาวะวิกฤตต่อมหมวกไต ภาวะเลือดเป็นกรดจากน้ำตาลในเลือดสูง
- ภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากความเครียด (Takosubo cardiomyopathy)
- ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมในช่วงระหว่างคลอดบุตร
- ภาวะความดันหลอดเลือดในปอดสูง

(2) ภาวะหัวใจล้มเหลวหลังการผ่าตัดหัวใจที่ไม่ตอบสนองต่อยากระตุ้นหัวใจหรือไม่สามารถหย่าเครื่องปอดหัวใจเทียมได้

(3) ภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ

(4) ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอยู่เดิมเพื่อรอการรักษาขั้นถัดไป

(5) ภาวะหัวใจหยุดเต้นที่ไม่ตอบสนองต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ

(6) เพื่อพยุงการทำงานของหัวใจระหว่างการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงกับหัวใจ

(7) เพื่อใส่ในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและไม่ตอบสนองต่อการรักษาอื่น

1.1.2.2 การรักษาด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจชนิด Veno-venous (Veno-venous ECMO) ในกรณีต่อไปนี้

(1) ภาวะ Acute respiratory distress syndrome (ARDS) จากสาเหตุต่างๆ ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามปรกติ

- ปอดอักเสบรุนแรงที่มีโอกาสรักษาให้ดีขึ้นได้
- ปอดหรือหลอดลมอักเสบจากการสำลักอย่างรุนแรง เช่น การสำลักควันไฟหรือสารพิษ
- ปอดช้ำรุนแรงจากอุบัติเหตุ
- ถุงลมผิดปรกติไม่สามารถแลกเปลี่ยนแก๊สได้

(2) การทำงานแทนปอดในกรณีต่าง ๆ

- หลอดลมอุดตันจากเหตุที่ไม่สามารถแก้ไขได้ เช่น เนื้องอกในหลอดลมที่สามารถทำการผ่าตัดได้ หรือ Severe difficult airway เป็นต้น
- หลังการผ่าตัดปอดออกข้างหนึ่ง (pneumonectomy) และปอดข้างที่เหลือไม่สามารถทำงานได้ ชั่วคราว

(3) ภาวะการหายใจล้มเหลวหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายปอด

(4) ภาวะโรคหอบหืดกำเริบอย่างรุนแรงที่ไม่ตอบสนองต่อยาขยายหลอดลม

(5) ภาวะเลือดออกในปอด หรือไอเป็นเลือดอย่างรุนแรงจนกระทั่งไม่สามารถแลกเปลี่ยนแก๊สได้

1.1.3 การช่วยฟื้นคืนชีพด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal cardiopulmonary resuscitation : ECPR) กำหนด ดังนี้

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการช่วยฟื้นคืนชีพตามปกติ โดยที่

(1) ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพทันทีจากผู้เห็นเหตุการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นเวลาเกิน 10–20 นาที แต่หัวใจยังไม่กลับมาบีบตัวอย่างมีประสิทธิภาพ

(2) ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นจากสาเหตุที่แก้ไขได้ เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงปอด กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่ได้รับยาหรือ สารพิษเกินขนาด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เป็นต้น

(3) ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงดีมาก่อน หรือได้รับการรักษาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่อง

1.2 ข้อห้ามในการรักษา

1.2.1 ทารกแรกเกิด และผู้ป่วยเด็ก (อายุ 1 เดือน – 18 ปี) กำหนด ดังนี้

(1) ภาวะที่เป็นสาเหตุไม่สามารถฟื้นตัวได้ หรือภาวะที่เป็นสาเหตุยังไม่มีวิธีรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา

(2) ผู้ป่วยคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ต่ำกว่า 30 สัปดาห์ หรือน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 1 กิโลกรัม

(3) ผู้ป่วยมีความผิดปกติของโครโมโซมชนิดร้ายแรง (เช่น trisomy 13 หรือ 18; ไม่รวม 21)

(4) ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกที่ควบคุมไม่ได้

(5) ผู้ป่วยมีสมองเสียหายรุนแรงและไม่สามารถฟื้นตัวได้ เช่น ภาวะเลือดออกในโพรงสมองตั้งแต่ขั้นที่ 3 ขึ้นไป

(6) ผู้ป่วยมีความผิดปกติแต่กำเนิดอื่นที่ถึงชีวิต

(7) ผู้ป่วยมีขนาดเส้นเลือดเล็กจนไม่สามารถใส่สาย ECMO ได้

(8) มีโรคร่วม (comorbidity) เช่น Primary pulmonary hypertension, Chronic lung disease requires oxygen > 1 LPM, Cardiomyopathy, Chronic liver failure, End stage renal

disease, โรคเลือดที่พยากรณ์โรคไม่ดี เช่น severe aplastic anemia, post-allogeneic hematopoietic stem cell transplantation, febrile neutropenia และ Primary immunodeficiency

(9) มีความบกพร่องทางพัฒนาการ หรือสติปัญญาอย่างรุนแรงอยู่เดิม

(10)ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจมานานเกิน 14 วัน

(11)Vasodilatory septic shock

1.1.2 ผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปี

1.2.2.1 การรักษาด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจชนิด Veno-arterial (Veno-arterial ECMO) กำหนด ดังนี้

(1) ผู้ป่วยที่หัวใจไม่สามารถฟื้นตัวได้ และไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ หรือใส่เครื่องพยุงหัวใจชนิดถาวรได้

(2) ผู้ป่วยที่มีสมองเสียหายรุนแรง

(3) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นซึ่งไม่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพทันทีภายใน 5 นาทีหลังหัวใจหยุดเต้น ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นระยะเวลานานเกิน 60 นาทีโดยที่ไม่มีการตอบสนองใด ๆ

(4) ผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่วอย่างรุนแรง

(5) ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดแดงใหญ่แตก หรือผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกเซาะเฉียบพลันที่ยังไม่ได้รับ การผ่าตัดรักษา

1.2.2.2 การรักษาด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจชนิด veno-venous (Veno-venous ECMO) กำหนด ดังนี้

(1) ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยต้องใช้ FiO2 > 0.9 และ plateau pressure > 30 เซนติเมตรน้ำ นานเกิน 7 วัน

(2) ผู้ป่วยที่มีสมองเสียหายรุนแรง

1.2.3 การช่วยฟื้นคืนชีพด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal cardiopulmonary resuscitation : ECPR) กำหนด ดังนี้

(1) ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการใส่เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจตามข้อ 1.2.1 และ 1.2.2

(2) ภาวะหัวใจหยุดสนิท (asystole)

(3) ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้พบเห็นขณะที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น หรือไม่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพภายใน 5 นาที

(4) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นจากการเสียเลือดปริมาณมากหรือจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง

(5) ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70 ปี

(6) ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสียหายรุนแรงมาก่อน

(7) ไม่สามารถเริ่มการทำงานของเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจได้ภายใน 90 นาที หลังจากหัวใจหยุดเต้น

(8) ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ไม่เกิน 1 ปี

(9) ผู้ป่วยที่ได้แสดงเจตจำนงขอไม่รับการช่วยฟื้นคืนชีพไว้ล่วงหน้า

1.3 ข้อพิจารณายุติการรักษา กำหนด ดังนี้

(1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถแก้ไขภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุหลักของการรักษาด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ

(2) การใส่เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต

(3) ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ และการรักษาดังกล่าว อาจจะก่อให้เกิดโทษมากกว่าประโยชน์

(4) ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจหรือใส่เครื่องพยุงการทำงาน ของหัวใจแบบถาวรได้

(5) ผู้ป่วยมีภาวะสมองเสียหายรุนแรง

(6) ภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบที่ไม่สามารถฟื้นคืนได้

(7) มีการติดเชื้อรุนแรงที่ควบคุมไม่ได้

(8) ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองและมีความประสงค์ให้ยุติการรักษาด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ

2. หน่วยบริการที่ขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และมีศักยภาพด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ ดังนี้

2.1 ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.2 มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยด้วยเครื่อง ECMO มากกว่า 10 รายต่อปี หากหน่วยบริการที่ให้บริการมีประสบการณ์การรักษาด้วยเครื่อง ECMO น้อยกว่า 10 รายต่อปี จะต้องมีหน่วยบริการที่เชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยด้วยเครื่อง ECMO ทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายให้คำปรึกษาในการดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าวอย่างใกล้ชิด

โดยหน่วยบริการที่เชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ หมายถึง หน่วยบริการที่มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยด้วยเครื่อง ECMO มากกว่า 10 รายต่อปี โดยอ้างอิงจากข้อมูลสถิติการผ่าตัดหัวใจของสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย ปี 2563

2.3 กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ในขณะช่วยฟื้นคืนชีพ (ECPR) หน่วยบริการจะต้องสามารถใส่เครื่อง ECMO และเริ่มการทำงานได้ภายในระยะเวลา 90 นาทีหลังหัวใจหยุดเต้น หรืออายุรแพทย์โรคหัวใจพร้อมเปิดเส้นเลือด และผู้ป่วยต้องได้รับการฉีดสีตรวจหลอดเลือดหัวใจโดยรวดเร็ว ในกรณีที่สงสัยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome)

2.4 มีบุคลากรที่มีศักยภาพในการให้บริการ ได้แก่ บุคลากรที่ใส่เครื่อง ECMO และบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่อง ECMO ดังนี้

2.4.1 บุคลากรที่ใส่เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ

2.4.1.1 เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ ชนิด Veno-arterial (Veno-arterial ECMO) บุคลากรที่ใส่เครื่องฯ มีคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(1) ศัลยแพทย์ทรวงอก ที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอกจากแพทยสภา ในกรณีแพทย์ผู้ได้รับวุฒิบัตรฯ จากสถาบันต่างประเทศ แพทย์จะต้องได้รับการรับรองจากสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย

(2) แพทย์เวชบำบัดวิกฤต ที่ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชบำบัดวิกฤตจากแพทยสภา และผ่านการฝึกอบรมระยะสั้นในการใส่เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (cannulation)

(3) อายุรแพทย์โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือดจากแพทยสภา และผ่านการฝึกอบรมระยะสั้นในการใส่เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (cannulation)

(4) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ที่ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินจากแพทยสภา และผ่านการฝึกอบรมระยะสั้นในการใส่เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (cannulation)

2.4.1.2 เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ ชนิด Veno-venous (Veno-venous ECMO) บุคลากรที่ใส่เครื่องฯ มีคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(1) ศัลยแพทย์ทรวงอก ที่ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอกจากแพทยสภา ในกรณีแพทย์ผู้ได้รับวุฒิบัตรฯ จากสถาบันต่างประเทศ แพทย์จะต้องได้รับการรับรองจากสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย

(2) แพทย์เวชบำบัดวิกฤต ที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชบำบัดวิกฤตจากแพทยสภา และผ่านการฝึกอบรมระยะสั้นในการใส่เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (cannulation)

(3) อายุรแพทย์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ ที่ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมอนุสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจจากแพทยสภา และผ่านการฝึกอบรมระยะสั้นในการใส่เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (cannulation)

2.4.2 บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจประกอบด้วย

<u>กลุ่มที่ 1</u> ได้แก่ แพทย์ โดยมีคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(1) ศัลยแพทย์ทรวงอก ที่ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอกจากแพทยสภา ในกรณีแพทย์ผู้ได้รับวุฒิบัตรฯ จากสถาบันต่างประเทศ แพทย์จะต้องได้รับการรับรองจากสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย

(2) แพทย์เวชบำบัดวิกฤต ที่ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชบำบัดวิกฤตจากแพทยสภา

(3) อายุรแพทย์โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือดจากแพทยสภา

(4) อายุรแพทย์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ ที่ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจจากแพทยสภา

(5) กุมารแพทย์เวชบำบัดวิกฤต ที่ได้รับประกาศนียบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขากุมารเวชบำบัดวิกฤตจากแพทยสภา

(6) กุมารแพทย์โรคระบบการหายใจ ที่ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคระบบการหายใจจากแพทยสภา

(7) กุมารแพทย์โรคหัวใจ ที่ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการ ประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ จากแพทยสภา

<u>กลุ่มที่ 2</u> ได้แก่ นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ที่มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก

<u>กลุ่มที่ 3</u> ได้แก่ พยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ที่มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ซึ่งมีประสบการณ์ และ/หรือผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ

โดยหอผู้ป่วยวิกฤตจะต้องมีพยาบาลดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และต้องมีพยาบาลอย่างน้อย 1 คน ต่อผู้ป่วย 1 ราย ดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต

<u>อัตราการจ่าย</u>

1.กรณีบริการผู้ป่วยใน สำนักงานจะจ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ตามรายการ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย โดยจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต ดังต่อไปนี้

1.1 บริการในเขต อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

1.2 บริการนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับโดยไม่ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการของรัฐและสำหรับหน่วยบริการที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตใกล้กับพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน 9,600 บาทต่อ adjRW

2.ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ และอุปกรณ์อื่นๆ จ่ายเพิ่มเติมด้วยระบบ Point system with ceiling สำหรับบริการผู้ป่วยที่หน่วยบริการใช้หรือพิจารณาเป็นกรณี หรือขอทำความตกลงกับ สปสช. เป็นการเฉพาะตามความจำเป็น ตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (รายละเอียดตามภาคผนวก 11)

3. กรณีบริการอุปกรณ์ประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี

<u>นิยาม</u>

อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม (Cochlear Implant) หมายถึง รายการอุปกรณ์ประสาทหูเทียม ชนิด rechargeable สำหรับการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ที่มีระดับการได้ยิน 90 เดซิเบล ขึ้นไป และไม่เคยฝึกภาษามือ

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u> ดังนี้

1) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี และมีข้อบ่งชี้ผ่าตัดรักษา ดังนี้

1.1) คุณสมบัติของผู้รับบริการ

(1) อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี 6 เดือน ในกรณี prelingual หรืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ในกรณี postlingual

(2) มีสุขภาพดีไม่มีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัด

(3) มีสุขภาพจิตและสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือต่ำกว่าปกติเล็กน้อย (IQ ไม่ต่ำกว่า 80) หรือใช้การประเมินด้านพัฒนาการจากการประเมินโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น หรือกุมารแพทย์พัฒนาการเด็ก

(4) การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวินิจฉัย ต้องไม่พบความผิดปกติระบบการได้ยินของสมองส่วนกลาง และพบว่ามีเส้นประสาทรับการได้ยินคู่ที่ 8 (auditory nerve) โดยต้องตรวจ high resolution CT scan ของ temporal bone ทุกราย และในกรณีที่สงสัยว่ามีความผิดปกติของสมองส่วนกลาง หรือหูหนวกจากโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือไม่มีเส้นประสาทรับการได้ยินคู่ที่ 8 (auditory nerve) ต้องตรวจ MRI ของ brain และ Internal Acoustic Canal (IAC) เพิ่ม เพื่อพิจารณาผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมชนิดฝังก้านสมองแทนการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

(5) ต้องสามารถเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยินหลังการผ่าตัดและติดตามผลเป็นระยะได้ โดยผ่านการประเมินผลจากนักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ผู้ผ่าตัด หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมายและติดตามผลเป็นระยะได้

(6) ต้องมีผู้ดูแลอย่างชัดเจนและใกล้ชิด โดยผ่านการประเมินผลจากนักสังคมสงเคราะห์ หรือแพทย์ผู้ผ่าตัด หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมาย

(7) ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลมีศักยภาพที่จะดูแลและบำรุงรักษาเครื่องประสาทหูเทียมได้ โดยผ่านการประเมินผลจากนักสังคมสงเคราะห์ หรือแพทย์ผู้ผ่าตัด หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมาย

(8) ต้องมีบัตรประจำตัวคนพิการ หรือลงทะเบียนเป็นผู้พิการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ท.74)

1.2) ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดรักษา ดังนี้

(1) ผู้รับบริการอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี 6 เดือน ในกรณี prelingual หรืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ในกรณี postlingual (ณ วันที่ผู้รับบริการได้รับการประเมินว่ามีความพร้อมในการผ่าตัดตามข้อบ่งชี้ครบทุกข้อ) และ

(2) ใช้การประเมินโดยการวัดการได้ยิน โดยดูการตอบสนองของเสียงผ่านก้านสมอง (Auditory Brainstem Response; ABR และ Auditory Steady State Response; ASSR) มีระดับการได้ยินตั้งแต่

90 เดซิเบลขึ้นไปในหูทั้งสองข้าง และ

(3) มีการฟื้นฟูสมรรถภาพการฟังและการพูดมาก่อน ณ สถานพยาบาลที่ทำการผ่าตัดประสาทหูเทียมอย่างน้อย 3 ครั้งในเวลา 3 เดือนขณะใช้เครื่องช่วยฟังที่ปรับอย่างเหมาะสมแล้วไม่ได้ผล หรือได้ผลน้อยจากการใช้เครื่องช่วยฟังประเมินโดยแบบประเมินมาตรฐาน หรือไม่มีพัฒนาการความก้าวหน้าทางด้านการได้ยิน ภาษาและการพูดอย่างน้อย 3-6 เดือน ยกเว้นกรณี prelingual หรือ postlingual ที่หูหนวกจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบสามารถผ่าตัดได้ทันที

2) หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย ได้แก่ หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม โดยการรับรองจากราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย หรือคณะกรรมการภายใต้กรมการแพทย์ หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด ดังนี้

2.1) ผ่านการตรวจประเมินให้เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมโดยการรับรองจากราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย หรือคณะกรรมการภายใต้กรมการแพทย์ หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด

โดยในช่วงแรกของการเริ่มดำเนินการ หน่วยบริการที่ขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ต้องเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตามที่ได้รับรองจากราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์ แห่งประเทศไทย จำนวน 10 แห่ง หลังจากนั้นจะต้องผ่านการตรวจประเมินให้เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมโดยการรับรองจากราชวิทยาลัยฯ หรือคณะกรรมการภายใต้กรมการแพทย์ หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด

2.2) มีความพร้อมประเมินผู้รับบริการก่อนผ่าตัด

(1) การประเมินการได้ยินและการใช้เครื่องช่วยฟัง

(2) การประเมินทางรังสีวินิจฉัย (CT/MRI)

(3) การประเมินทางจิตวิทยาและพัฒนาการในเด็ก

2.3) มีความพร้อมของห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด

2.4) มีความพร้อมของบุคลากร

(1) มีโสต ศอ นาสิกแพทย์ ที่ผ่านการอบรมการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมภายใต้การรับรองของราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย ประจำหน่วยบริการ หรือ

(2) มีโสต ศอ นาสิกแพทย์ ด้านโสตวิทยา โสตประสาทวิทยา หรือประสาทศัลยแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมชนิดฝังก้านสมอง ประจำหน่วยบริการ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมได้เนื่องจากไม่มีเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 หรือมีความผิดปกติที่ไม่สามารถใส่สาย electrode ประสาทหูเทียมในก้นหอยของหูชั้นในได้

(3) มีนักเวชศาสตร์สื่อความหมายระดับปริญญาโท หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมายระดับปริญญาตรี ที่ได้รับการอบรมปรับแต่งเครื่องรับสัญญาณเสียงประสาทหูเทียม หรือประสาทหูเทียมชนิดฝังก้านสมอง

(4) มีนักเวชศาสตร์สื่อความหมาย หรือครูการศึกษาพิเศษ ที่ได้รับการอบรมการฟื้นฟูสมรรถภาพการฟังและการพูดให้ผู้ป่วย

(5) มีจิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักจิตวิทยาคลินิก หรือกุมารแพทย์พัฒนาการเด็กประเมินความพร้อมทางด้านจิตใจ สติปัญญา และพัฒนาการในเด็ก

กรณีหน่วยบริการที่ทำการผ่าตัดไม่สามารถจัดบริการได้เอง เช่น การปรับแต่งเครื่องรับสัญญาณเสียงประสาทหูเทียม การฟื้นฟูสมรรถภาพการฟังและการพูดให้ผู้ป่วย หรือการประเมินความพร้อมทางด้านจิตใจ สติปัญญา และพัฒนาการในเด็ก เป็นต้น หน่วยบริการต้องจัดหาเครือข่ายการให้บริการ โดย มีสัญญา หรือข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระดับสถานพยาบาล

3) หน่วยบริการสามารถเบิกอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมได้จำนวน 1 ชุดต่อการให้บริการผู้ป่วย 1 คน

4) คุณสมบัติ และลักษณะของอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม ดังนี้

4.1) คุณสมบัติของอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม

(1) มีจำนวน electrode ตั้งแต่ 12 electrodes ขึ้นไป

(2) ได้รับรองการใช้จากองค์การอาหารและยาจากสหรัฐอเมริกา (US FDA) หรือ European Medical Agency หรือหน่วยงานที่ควบคุมความปลอดภัยและขึ้นทะเบียนให้จำหน่ายในสหภาพยุโรป และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยา (อ.ย.) และ Food and Drug Administration (FDA) ของประเทศไทยและประเทศผู้ผลิต

4.2) ลักษณะของอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม

เป็นชุดอุปกรณ์ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่อยู่ในร่างกาย และส่วนที่อยู่นอกร่างกาย ดังนี้

4.2.1) ส่วนที่อยู่ในร่างกาย ประกอบด้วยอุปกรณ์สำคัญ คือ ตัวรับสัญญาณ (receiver) และขั้วไฟฟ้า (electrode array) ชนิดหลายขั้ว ตั้งแต่ 12 electrodes ขึ้นไป สามารถรองรับเทคโนโลยีใหม่ในอนาคตได้โดยไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดใหม่ สามารถเข้าเครื่อง MRI ที่มีความเข้มข้นไม่น้อยกว่า 1.5 เทสลา โดยไม่ต้องผ่าตัดเอาแม่เหล็กออก และสามารถถอดแม่เหล็กออกได้เมื่อต้องการโดยเครื่องไม่ชำรุด รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า 10 ปี

4.2.2) ส่วนที่อยู่นอกร่างกาย ประกอบด้วย

(1) เครื่องแปลงสัญญาณเสียงพูด (speech processor) รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า 5 ปี

(2) ขดลวดส่งต่อสัญญาณและแม่เหล็ก รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า 2 ปี

(3) สายไฟเชื่อมต่อเครื่องแปลงสัญญาณเสียงพูดเข้ากับขดลวดส่งต่อสัญญาณ (coil cable) รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า 2 ปี

(4) แบตเตอรี่ชนิดประจุไฟฟ้าใหม่ได้ (rechargeable battery) อย่างน้อย 2 ชุด พร้อมแท่นชาร์ต

(5) มีระบบ Data Logging เพื่อให้สามารถรู้ว่าผู้ป่วยใช้งานหรือไม่

(6) มีระบบการป้องกันน้ำที่มาตรฐานไม่ต่ำกว่า International Protection 57 ขึ้นไป

(7) มีไมโครโฟน (omni direction) อย่างน้อย 2 ตัว

(8) มีกล่องอบกันความชื้น ที่รองรับการใช้งานอย่างน้อย 2 ปี โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม

<u>เงื่อนไขอื่นๆ</u>

(1) บริษัทต้องจัดให้มีอุปกรณ์และบริการการปรับโปรแกรม (Mapping) ตามระยะเวลาและสถานที่ตามที่สถานพยาบาลกำหนด โดยไม่คิดมูลค่าใน 2 ปีแรก

(2) ระหว่างการรับประกันเมื่อมีการเสียหายที่เกิดจากการใช้งานตามสภาพปกติ และบริษัทจะต้องมีเครื่องสำรองมาให้บริการภายใน 7 วันหลังจากที่ทางสถานพยาบาลแจ้ง

ทั้งนี้ ถ้าส่วนที่อยู่นอกร่างกายเป็น single unit อุปกรณ์ ข้อ (1), (2) และ (3) จะรวมกันเป็นชิ้นเดียว รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า 5 ปี

5) หน่วยบริการต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม (Pre-authorized : PA) ตามแนวทางการขออนุมัติ มีกระบวนการ ดังนี้

5.1) หน่วยบริการที่จะให้บริการต้องมีศักยภาพตามที่กำหนด โดยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และแนวทางการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.2) หน่วยบริการขอประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐานที่กำหนดก่อนการให้บริการมาในระบบ THAI CI REGISTRY เมื่อได้รับการพิจารณาอนุมัติการให้บริการผ่าตัดประสาทหูเทียม

5.3) ผู้เชี่ยวชาญจากราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์ แห่งประเทศไทย พิจารณาข้อมูลการขออนุมัติการให้บริการผ่าตัดประสาทหูเทียม โดยข้อมูลจะต้องได้รับการอนุมัติจากผู้เชี่ยวชาญ 2 คนจากผู้เชี่ยวชาญที่เข้ามาพิจารณา 3 คน)

5.4) ระยะเวลาในการพิจารณาอนุมัติ ผู้เชี่ยวชาญจะดำเนินการพิจารณาภายใน 1 สัปดาห์หลังจากหน่วยบริการบันทึกข้อมูลเข้ามาในระบบ THAI CI REGISTRY และมีข้อมูลครบถ้วนตามที่กำหนด

5.5) กรณีข้อมูลที่ไม่ได้รับการอนุมัติก่อนการให้บริการ หากมีการให้บริการผ่าตัดประสาทหูเทียม จะไม่ได้รับการจ่ายค่าอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมเพิ่มเติม แต่จะได้รับค่าใช้จ่ายฯ ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) และอุปกรณ์อวัยวะเทียมอื่นๆ (ถ้ามี)

5.6) หน่วยบริการต้องให้บริการผ่าตัดประสาทหูเทียม ภายในระยะเวลา 6 เดือนนับแต่ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากผู้เชี่ยวชาญ หากเลยระยะเวลาที่กำหนดจะถือว่าผู้ป่วยรายดังกล่าวพ้นสภาพจากการได้รับอนุมัติ ทั้งนี้เมื่อผู้รับบริการรายดังกล่าวมีความพร้อมในการเข้าร่วมรับบริการ หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลเพื่อขอรับการพิจารณาอนุมัติจากผู้เชี่ยวชาญ ได้อีกครั้งหนึ่ง

<u>อัตราการจ่าย</u>

สปสช.จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ดังนี้

1) กรณีผ่าตัดการรักษาเป็นผู้ป่วยใน สำนักงานจะจ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ตามรายการ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย โดยจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต ดังต่อไปนี้

1.1) บริการในเขต อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

1.2) บริการนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ด้วยอัตรา 9,600 บาท ต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง โดยไม่ปรับลดค่าแรง

2) ค่าใช้จ่ายกรณีชุดประสาทหูเทียมและอุปกรณ์อื่นๆ จ่ายเพิ่มเติมกรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้หน่วยบริการตามระบบ Point system with ceiling สำหรับบริการผู้ป่วยที่หน่วยบริการใช้หรือพิจารณาเป็นกรณีหรือขอทำความตกลงกับ สปสช. เป็นการเฉพาะตามความจำเป็น ตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (รายละเอียดตามภาคผนวก 11) หรือสนับสนุนโดยจ่ายชดเชยชุดประสาทหูเทียมเป็นอวัยวะเทียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามการใช้บริการได้ โดยหน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บส่วนต่างจากเงินเรียกเก็บและเงินค่าอุปกรณ์จากผู้รับบริการได้

3) ค่าบริการฟื้นฟูการได้ยินและการฝึกพูด โดยผู้ป่วยต้องลงทะเบียนคนพิการ จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่มีศักยภาพตามผลงานการให้บริการ จำนวนไม่เกิน 4 ครั้งต่อเดือน มีเงื่อนไขและอัตราการจ่าย ดังนี้

3.1) ค่าบริการฟื้นฟูการได้ยิน 150 บาทต่อครั้ง

3.2) ค่าบริการแก้ไขการพูด 150 บาทต่อครั้ง

4) ค่าพาหนะเดินทางสำหรับผู้ป่วย โดยสภากาชาดไทยสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เป็นค่าพาหนะเดินทางของผู้รับบริการ โดยเบิกจากสภากาชาดไทย หรือกาชาดจังหวัดตามอัตราที่กำหนด

4. กรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า

<u>ขอบเขตบริการ</u>

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 หรือหน่วยบริการรับส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มี

ศักยภาพในการให้บริการและประสงค์จะให้บริการ

หน่วยบริการที่ประสงค์จะให้บริการและขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต้องยื่นแบบแสดงความจำนง ตามเอกสารหมายเลข 1พร้อมแบบประเมินตนเอง ตามเอกสารหมายเลข 2 ตามที่แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ.2563 (รายละเอียดตามภาคผนวก 12) ไปที่สำนักงานเขต เพื่อพิจารณาตามศักยภาพของหน่วยบริการและให้เป็นไปตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) โดยให้สำนักงานเขตส่งสำเนาการอนุมัติในระดับเขตมาที่สำนักงาน

เมื่อหน่วยบริการได้รับการแจ้งผลการประเมินแล้ว สามารถให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

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

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

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

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

<u>หมายเหตุ</u>

รหัส 8612 หมายถึง อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis)

รหัส 8813 หมายถึง รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้

รหัส 8814 หมายถึง รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

1) สปสช. จะจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ เฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

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

3) บันทึกข้อมูลรหัสโรค (ICD10) และรหัสหัตถการ (ICD9) ให้ถูกต้องครบถ้วนตามผลการตรวจประเมิน

ความเสี่ยงและข้อบ่งชี้ของแต่ละอุปกรณ์

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

<u>อัตราการจ่าย</u>

สปสช. จ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ ให้หน่วยบริการตามราคาที่จัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามสมควร แต่ไม่เกินเพดานราคาชดเชยที่กำหนด โดยมีลักษณะข้อบ่งชี้การใช้อุปกรณ์และคุณสมบัติของอุปกรณ์แต่ละรายการให้เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด

5. กรณีการสวนหัวใจ และการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการสวนหัวใจ และการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. เป็นกรณีการให้บริการตรวจเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารีด้วยการสวนหัวใจ สำหรับผู้รับบริการที่มีอาการตามกลุ่มโรค หรือกลุ่มอาการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary artery disease)

2. เป็นกรณีการให้บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนแก่ผู้เข้ารับบริการที่มีอาการเกี่ยวกับหลอดเลือดโคโรนารีตีบหรืออุดตัน ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention) (รายละเอียดตามภาคผนวก 13)

3. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย มีดังนี้

3.1 กรณีบริการสวนหัวใจ

3.1.1 เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ที่มีความพร้อมในการให้บริการ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

3.1.2 หน่วยบริการส่งข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการสวนหัวใจ มายังสำนักงาน (รายละเอียดตามภาคผนวก 13)

3.2 กรณีบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

3.2.1 เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

3.2.2 กรณีหน่วยบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถให้บริการผู้รับบริการได้ และให้หน่วยบริการขอทบทวนมายัง สปสช. เป็นรายกรณี

<u>อัตราการจ่าย</u>

1.กรณีบริการสวนหัวใจ

1.1 ค่าบริการทำหัตถการ

(1) กรณีบริการผู้ป่วยนอก หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ดังนี้

(1.1) กรณีบริการกรณีผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ

(1.2) กรณีบริการกรณีผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์บริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด

(2) กรณีบริการผู้ป่วยใน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่าย โดยคำนวณจ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณดังนี้

(2.1) กรณีบริการในเขต อัตราการจ่ายชดเชยต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (Sent date) ทั้งนี้ได้รับค่าใช้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW โดยก่อนคำนวณจ่ายให้กับหน่วยบริการภาครัฐจะมีการปรับลดค่าแรง ส่วนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K)

(2.2) กรณีบริการนอกเขต จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง และสำหรับหน่วยบริการที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตใกล้กับพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน 9,600 บาทต่อ adjRW

1.2 ค่าอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค ตามข้อบ่งชี้ของประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุขกรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค โดยคำนวณจ่ายตามระบบ Point system with ceiling

(1) กรณีบริการผู้ป่วยนอก จ่ายตามเรียกเก็บ ไม่เกินเพดานที่กำหนด

(2) กรณีบริการผู้ป่วยใน จ่ายเพิ่มเติม (add on) จากระบบวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ตามเรียกเก็บไม่เกินเพดานที่กำหนด

2. กรณีบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

2.1 ค่าบริการทำหัตถการ หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายโดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณดังนี้

(1) กรณีบริการในเขต อัตราการจ่ายชดเชยต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (Sent date) ทั้งนี้ได้รับค่าใช้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW โดยก่อนคำนวณจ่ายให้กับหน่วยบริการภาครัฐจะมีการปรับลดค่าแรง ส่วนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K)

(2) กรณีบริการนอกเขต จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง และสำหรับหน่วยบริการที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตใกล้กับพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน 9,600 บาทต่อ adjRW

2.2 ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค ตามข้อบ่งชี้ของ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ดังนี้

(1) รายการสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting stent) หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายโดยการสนับสนุนเป็นอุปกรณ์รหัส 4305A ผ่านระบบ VMI

(2) รายการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่าย โดยคำนวณจ่ายตามระบบ Point system with ceiling รวมถึงกรณีที่หน่วยบริการใช้สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting stent) นอกเหนือจากที่ สปสช.กำหนดในข้อ (2) (2.1) ทั้งนี้หน่วยบริการสามารถขออุทธรณ์เป็นรายกรณีโดยส่งเป็นเอกสารหลักฐานมายัง สปสช.

วิธีเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม e-Claim ทั้งนี้กรณีบริการสวนหัวใจหน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (1 Page) เพิ่มเติม

6. การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

ขอบเขตบริการ

การจ่ายสำหรับการบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปและ Instrument) ให้จ่ายหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เงื่อนไขการจ่าย

1) สปสช. จะจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีการทำหัตถการการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดให้กับหน่วยบริการที่เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนที่รับส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด 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. กำหนดและจ่ายเป็น

กรณีผู้ป่วยในตามระบบ DRGs

7. การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปและ Instruments ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

1) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (Knee OA)

2) ผู้รับบริการมีข้อบ่งชี้และไม่มีลักษณะข้อห้ามดังนี้

2.1) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty, TKA) ต้องมีข้อบ่งชี้ และไม่มีลักษณะข้อห้าม ดังนี้

2.1.1) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 55 ปี ขึ้นไป มีข้อบ่งชี้ ดังนี้

(ก) การเสื่อมของข้อเข่าอย่างน้อย 2 compartment (at least bicompartmental knee osteoarthritis)

(ข) ภาพรังสีด้านหน้า-หลัง ที่ถ่ายในท่ายืนลงน้ำหนัก แสดงช่องว่างของข้อเข่าอย่างน้อยด้านหนึ่งแคบลงมากกว่า 50% (Narrowing joint space more than 50% of at least one compartment of the knee from standing weight bearing antero-posterior view of knee radiograph) หรือภาพรังสีแสดงข้อเข่าเสื่อมระยะ 3 หรือ 4 (Kellgren–Lawrence stage III or IV)

กรณีมีความคลุมเครือ อาจมีการวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วย MRI เพื่อยืนยันว่ามีการสึกของกระดูกอ่อนทั้งหมดของบริเวณผิวข้อส่วนนั้น (Full thickness cartilage loss)

(ค) ผู้ป่วยได้รับการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีไม่ใช้ยาและวิธีใช้ยา และ/หรือฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อแล้วไม่ได้ผลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน (failure of conservative treatment)

2.1.2) ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 55 ปี มีข้อบ่งชี้ ดังนี้

(ก) การเสื่อมของข้อเข่าอย่างน้อย 2 compartment (at least bicompartmental knee osteoarthritis)

(ข) ภาพรังสีด้านหน้า – หลัง ที่ถ่ายในท่ายืนลงน้ำหนักแสดงช่องว่างของข้อเข่าอย่างน้อยด้านหนึ่งหายไป (obliterated joint space of at least one compartment of the knee from standing weight bearing antero-posterior view of knee radiograph)

(ค) ผู้ป่วยได้รับการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีไม่ใช้ยาและวิธีใช้ยา และ/หรือ ฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อแล้วไม่ได้ผลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน (failure of conservative treatment)

(ง) มีข้อบ่งชี้อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(1) 2nd Knee OA สาเหตุจากการติดเชื้อ

(2) 2nd Knee OA สาเหตุจากอุบัติเหตุ

(3) 2nd Knee OA สาเหตุจากโรคไขข้ออักเสบ (inflammatory joint disease)

(4) 2nd Knee OA สาเหตุจากกระดูกตาย (osteonecrosis)

(5) ข้อเข่าผิดรูปมาก โดยมีมุมข้อเข่า (Tibiofemoral angle) ในระนาบซ้าย-ขวา

(Frontal plane) ผิดจากปกติมากกว่า 20 องศา

2.1.3) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ต้องไม่มีลักษณะข้อห้าม (contraindication) อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(ก) มีการติดเชื้อที่ข้อเข่าที่ยังไม่ได้รับการรักษาให้หายขาด (recent or current knee infection)

(ข) มีการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นๆ ของร่างกายที่อาจก่อให้เกิดการแพร่กระจายมาติดข้อเข่า (remote source of ongoing infection)

(ค) ระบบโครงสร้างที่ใช้ในการเหยียดข้อเข่าซึ่งประกอบด้วย กล้ามเนื้อ quadriceps กระดูกสะบ้า และ patellar tendon ขาดความต่อเนื่อง หรือระบบโครงสร้างเหล่านี้ไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ (extensor mechanism discontinuity or severe dysfunction)

(ง) มีความผิดรูปของข้อเข่าในลักษณะแอ่นซึ่งเป็นผลมาจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง (recurvatum deformity secondary to neuromuscular weakness)

2.1.4) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty, TKA) ในผู้ป่วยอายุไม่เกิน 55 ปี ที่วินิจฉัยเป็นข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิหรือข้อเข่าเสื่อมไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Unspecified Knee OA) ให้ดำเนินการขออนุมัติก่อนการผ่าตัด (Pre Authorized) โดยหน่วยบริการจัดเตรียมเอกสาร และส่งมายังสำนักงาน ดังนี้

(ก) เอกสาร/หลักฐานประกอบการพิจารณา โดยต้องได้รับการรับรอง/ลงนามจากแพทย์ผู้รักษา ดังนี้

(1) แบบขออนุมัติผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Pre- Authorized TKA Form)

(2) สำเนาเวชระเบียนประวัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

(3) ภาพถ่าย X-Rays antero-posterior view ณ วันที่วินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม

(ข) ระยะเวลาในการพิจารณาอนุมัติ

สำนักงานจะพิจารณาเอกสาร/หลักฐาน เดือนละ 1 ครั้ง โดยพิจารณาในสัปดาห์สุดท้ายของเดือน และแจ้งผลการพิจารณาให้หน่วยบริการทราบภายในสัปดาห์แรกของเดือนถัดไป

2.2) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน (Medial Unicompartmental Knee Arthroplasty, UKA)

2.2.1) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน ต้องมีข้อบ่งชี้ ดังต่อไปนี้

(ก) ผิวข้อเข่าเสื่อมเฉพาะด้านในเท่านั้น

(ข) เอ็นข้อเข่าทั้งหมดทำงานเป็นปกติ

(ค) พิสัยการเหยียดและการงอของข้อเข่าดี

2.2.2) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน ต้องไม่มีลักษณะข้อห้าม (contraindication) อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(ก) น้ำหนักมากกว่า 95 กิโลกรัม

(ข) มีอาการปวดบริเวณลูกสะบ้า (patellofemoral pain)

(ค) มีการเสื่อมของข้อเข่าด้านตรงข้าม (contralateral tibiofemoral joint involvement)

(ง) ข้อเข่าเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากโรคไขข้ออักเสบ เช่น โรครูมาตอยด์ โรคเก๊าท์ (Inflammatory arthritis)

(จ) มีภาวะข้อเข่าไม่มั่นคงจากเส้นเอ็นไขว้หน้าฉีกขาดหรือหย่อน (symptomatic ACL insufficiency)

(ฉ) มีภาวะข้อเข่าไม่มั่นคงจากเอ็นประกอบเข่าด้านข้างฉีกขาดหรือหย่อน (collateral ligament insufficiency)

(ช) มุมข้อเข่าผิดรูป ในแนว varus มากกว่า 10 องศา (varus deformity > 10 degrees)

(ซ) ข้อเข่าเหยียดไม่สุด มีการติดหรือยึดมากกว่า 10 องศา (flexion contracture > 10 degrees)

2.3) การผ่าตัดจัดแนวกระดูกหน้าแข้งด้านบน (high tibial osteotomy)

2.3.1) การผ่าตัดจัดแนวกระดูกหน้าแข้งด้านบน ต้องมีข้อบ่งชี้ ดังต่อไปนี้

(ก) ผิวข้อเข่าเสื่อมเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น

(ข) เอ็นยึดข้อเข่าและหมอนรองข้อเข่าทำงานเป็นปกติ

(ค) พิสัยการขยับของข้อเข่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 องศา

(ง) ไม่มีการยึดติดของข้อเข่า ทั้งการเหยียดและการงอ

2.3.2) การผ่าตัดจัดแนวกระดูกหน้าแข้งด้านบน ต้องไม่มีลักษณะข้อห้าม (contraindication) อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(ก) ข้อเข่าที่มีการเสื่อมของผิวข้อเข่าทุกส่วน (diffuse arthritis)

(ข) ข้อเข่าเสื่อมที่มีการเคลื่อนของแนวกระดูกหน้าแข้งออกจากกระดูกต้นขาเป็นระยะทางที่มาก (marked tibiofemoral subluxation)

(ค) ข้อเข่าเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากโรคไขข้ออักเสบ เช่น โรครูมาตอยด์ โรคเก๊าท์ (Inflammatory arthritis)

(ง) ผู้ป่วยเคยได้รับการตัดหมอนรองกระดูกข้อเข่า (Post meniscectomy)

3) หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย ได้แก่ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพการบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเทียม ดังนี้

3.1) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสือวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภาสาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ซึ่งปฏิบัติงานประจำ (Full time) ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด และการติดตามการรักษาหลังผ่าตัด

3.2) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสือวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภาสาขาวิสัญญีวิทยา ซึ่งปฏิบัติงานประจำ (Full time) หรือปฏิบัติงานบางเวลา (Part time)

3.3) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสือวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภาสาขาอายุรแพทย์ทั่วไป ซึ่งปฏิบัติงานประจำ (Full time) หรือปฏิบัติงานบางเวลา (Part time) ตั้งแต่การประเมินและการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหลังผ่าตัด

3.4) มีสถานที่รองรับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน

3.5) มีห้องผ่าตัดพร้อมอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อแผนกห้องผ่าตัด

3.6) มีห้องผู้ป่วยวิกฤตตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อแผนกผู้ป่วยวิกฤต พร้อมรองรับผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน

3.7) มีบริการรังสีวินิจฉัยที่ได้มาตรฐานหรือตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อแผนกรังสีวินิจฉัย

3.8) มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือแพทย์ออร์โธปิดิกส์ หรือนักกายภาพบำบัดให้บริการกายภาพ บำบัด หรือให้บริการผู้ป่วยหลังผ่าตัด

<u>อัตราการจ่าย</u>

1) กรณีผ่าตัดที่มีการรักษาเป็นผู้ป่วยใน สำนักงานจะจ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ตามรายการ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย โดยจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต ดังต่อไปนี้

1.1) บริการในเขต อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

1.2) บริการนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

2) ค่าใช้จ่ายกรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียม จ่ายเพิ่มเติมกรณีอุปกรณ์ฯ ให้หน่วยบริการตามระบบ Point system with ceiling ตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (รายละเอียดตามภาคผนวก 11) โดยหน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บส่วนต่างจากเงินเรียกเก็บและเงินค่าอุปกรณ์ฯ จากผู้รับบริการได้

8. การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

<u>ขอบเขตบริการ</u>

เป็นการจ่ายให้หน่วยบริการที่ให้บริการเฉพาะโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

1) ผู้รับบริการเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมถึงสิทธิว่าง

2) เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) เท่านั้น

<u>อัตราการจ่าย</u>

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

ทั้งนี้ กรณีการรักษาโรคอื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากการดำน้ำด้วยออกซิเจนความกดดันสูงผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพได้ตามขั้นตอนการใช้สิทธิหรือการส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ไม่สามารถเบิกจ่ายเพิ่มเติมจาก สปสช. ส่วนกลาง (กองทุน Central reimburse) ได้

9. การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

<u>กลุ่มเป้าหมาย</u>

ผู้รับบริการได้แก่ผู้ป่วยโรคกระจกตาสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการบริจาคดวงตาเพื่อใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ณ หน่วยบริการในเครือข่ายของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

<u>เงื่อนไขหน่วยบริการ</u>

ต้องเป็นหน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตาร่วมกับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

<u>แนวทางการสนับสนุนค่าบริการและอัตราการจ่ายชดเชย</u>

1) การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาเป็นการจัดหาและบริการดวงตาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้การบริหารจัดการของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย สปสช. จ่ายชดเชยค่าบริการในอัตราดวงตาละ 15,000 บาทให้หน่วยบริการที่ดำเนินการผ่าตัดและหน่วยบริการจ่ายต่อให้กับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

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

10. การผ่าตัดปลูกถ่าย เปลี่ยนอวัยวะ

4.1 การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตับตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ

4.1.1 การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart Transplantation)

<u>หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ</u>

1) เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2) เป็นผู้ป่วยหัวใจวายอย่างรุนแรงและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น
3) เป็นผู้ป่วยที่สุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด

4) ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

<u>เงื่อนไขหน่วยบริการ</u>

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

<u>การจัดสรรอวัยวะ (Organ allocation)</u>

ให้เป็นไปตามประกาศของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย เรื่อง เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

<u>การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา</u>

ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

<u>อัตราการจ่าย</u>

1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
1.1 สำหรับผู้รับบริจาค (Recipient)	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่รวมการตรวจ Cardiac Catheterization	30,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
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 Basilix-imap + 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

แผนการรักษาตาม ชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (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 ใน ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	465,000
2.2 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน (Rejection)		
Protocol-ACR - **ภาวะ Acute Cellular Rejection**	- ค่าทำ Echocardiography - ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่ายา Methylprednisolone - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	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. ค่าใช้จ่ายการตรวจชิ้นเนื้อหัวใจ

แผนการรักษาตาม ชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)

Protocol -Myocardium biopsy **หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อหัวใจ (Myocardium biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อน ระหว่าง ผ่าตัด หรือ หลังการผ่าตัด**	- ค่าทำ Echocardiogram - 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 แล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection ให้หน่วยบริการ เบิกผ่านโปรแกรม e-claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs

3) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากโครงการตามขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขนี้จนกระทั่งสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้มีสิทธิ เช่น เสียชีวิต หรือเปลี่ยนสิทธิ เป็นต้น

4) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อการผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดใน protocol

4. การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

เกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษา ตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นและการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ซึ่งจะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล 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

4.1.2 การปลูกถ่ายตับในเด็ก กรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ (Pediatric Liver Transplantation)

<u>เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ</u>

1) เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2) เป็นผู้ป่วยเด็กตับวายจากท่อน้ำดีอุดตันตั้งแต่กำเนิดหรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ
3) มีอายุไม่เกิน 18 ปี บริบูรณ์ ในวันที่รับการผ่าตัด
4) เป็นผู้ป่วยที่สุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด
5) ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่า มีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับเงื่อนไขหน่วยบริการ

<u>เงื่อนไขหน่วยบริการ</u>

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

<u>การจัดสรรอวัยวะ (Organ allocation)</u>

ให้เป็นไปตามประกาศของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย เรื่อง เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

<u>การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา</u>

ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

<u>อัตราจ่ายชดเชยค่าบริการ</u>

1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
1.1 สำหรับผู้รับบริจาค (Recipient)	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่รวมการตรวจ Cardiac Catheterization	30,000
1.2 สำหรับผู้บริจาค มีชีวิต (living donor)	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้รับบริจาค 1 ราย	40,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
1.3 สำหรับผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor) (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยโดยผ่านหน่วยบริการที่ผ่าตัด)	- 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
2.2 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด 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

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
Protocol-OLT-II - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ใน ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	420,000
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 ใน ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	555,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
Protocol-OLT-IV - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximap+ Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Basiliximab - ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate	565,000
	ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	
2.2 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีมีภาวะ rejection		
Protocol-ACR - **ภาวะ Acute Cellular Rejection**	- ค่าทำ Ultrasound - ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่ายา Methylprednisolone - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	30,000

3. ค่าใช้จ่ายการตรวจชิ้นเนื้อตับ

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

การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด มีเงื่อนไขประกอบ ดังนี้

1) การจ่ายค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่ายตาม protocol ที่กำหนด หากมีการปรับเปลี่ยน protocol ในระหว่างการรักษา จะได้รับค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่สปสช.กำหนด

2) ในกรณีที่ให้บริการ แล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection ให้หน่วยบริการ เบิกผ่านโปรแกรม e-claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs

3) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากโครงการตามขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขนี้จนกระทั่งสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้มีสิทธิ เช่น เสียชีวิต หรือเปลี่ยนสิทธิ เป็นต้น

4) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อการผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดใน protocol

4. การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

เกณฑ์ในการให้ยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายตับต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้อัตราการจ่ายจะครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ซึ่งจะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล 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

4.2 การปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย (Liver transplantation for

moderate to severe liver cirrhosis patients)

<u>เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ</u>

1) เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งสิทธิว่าง

2) เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย อายุมากกว่า 18 ปี ถึง 60 ปี ณ วันที่ลงทะเบียนรอปลูกถ่ายตับ และมีอายุไม่เกิน 65 ปี ในวันผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

3) ข้อบ่งชี้และคุณสมบัติของผู้รับการปลูกถ่ายตับ ดังต่อไปนี้

3.1) ตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย ที่มี Child-Pugh score ตั้งแต่ 7 ขึ้นไป หรือมีอาการหรืออาการแสดงถึงภาวะแทรกซ้อนของตับแข็ง และต้องหยุดสุราติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน

3.2) ไม่มีการติดเชื้อที่ควบคุมไม่ได้ ยกเว้นการติดเชื้อในตับและทางเดินน้ำดี

3.3) ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS

3.4) ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด

3.5) ไม่มีความผิดปกติทางจิต ที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาด้วยการปลูกถ่ายตับในระยะยาว เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นต้น

3.6) ไม่เป็นโรคมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งที่รักษาหายขาดนานกว่า 3 ปี ขึ้นไป (ยกเว้นมะเร็งตับ)

3.7) ไม่มีโรคร่วม (ยกเว้นโรคตับ) ที่มีความรุนแรงหรือเป็นระยะท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้น

<u>เงื่อนไขหน่วยบริการ</u>

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

<u>การจัดสรรอวัยวะ (Organ allocation)</u>

ให้เป็นไปตามประกาศของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย เรื่อง เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

<u>การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา</u>

ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

อัตราจ่ายชดเชยค่าใช้จ่าย

1. ค่าใช้จ่ายก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาทต่อราย)
1.1 การประเมินผู้รับบริจาคอวัยวะ (Recipient evaluation)	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้อโดยตรง • ไม่รวมการตรวจ cardiac catheterization	60,000
1.2 การประเมินผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor evaluation)	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้อโดยตรง • จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้รับบริจาค 1 ราย	40,000
1.3 การผ่าตัดผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor operation) (หน่วยบริการเบิกจ่ายให้แก่สภากาชาดไทย)	• ค่าดูแล Donor • ค่าผ่าตัด • ค่าน้ำยาถนอมอวัยวะ • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	40,000

2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาทต่อราย)
สำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor operation) และผู้รับบริจาคอวัยวะ (Recipient operation)	ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด รวมถึงค่าใช้จ่ายกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ เป็นการเหมาจ่ายต่อราย	600,000

Protocol สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด และหลังผ่าตัด	
➢ กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	
แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	**รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ**
Protocol-OLT-I • ใช้ยากลุ่ม cyclosporine + mycophenolate ไม่รวม complication ต่างๆ	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้อง, ค่าอาหาร • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ • ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด • ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
Protocol- OLT-II • ใช้ยากลุ่ม tacrolimus + mycophenolate ไม่รวม complication ต่างๆ	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้อง, ค่าอาหาร • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ • ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด • ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

Protocol สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด และหลังผ่าตัด	
➢ กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	
แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	**รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ**
Protocol- OLT-III • ใช้ยากลุ่ม Basiliximab + cyclosporine + mycophenolate ไม่รวม complication ต่างๆ	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้อง, ค่าอาหาร • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ • ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด • ค่ายา Basiliximab • ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง
Protocol-OLT-IV • ใช้ยากลุ่ม Basiliximap + Tacrolimus + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ • ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด • ค่ายา Basiliximab • ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ระหว่างรับการรักษา • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง
➢ กรณีมีภาวะแทรกซ้อน rejection	
Protocol-ACR • ภาวะ Acute Cellular Rejection	• ค่าทำ Ultrasound • ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ • ค่ายา Methylprednisolone • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

Protocol สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด และหลังผ่าตัด	
➢ กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	
แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	**รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ**
Protocol-AMR • ภาวะ Antibody Mediated Rejection	• ค่าทำ Ultrasound • ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ • ค่ายา Methylprednisolone • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
• **<u>หมายเหตุ</u>** : ค่าตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อน ระหว่างผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดและรวมอยู่ในรายการเหมาจ่าย_	

การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด มีเงื่อนไขประกอบ ดังนี้

1) การจ่ายค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่ายตาม protocol ที่กำหนด หากมีการปรับเปลี่ยน protocol ในระหว่างการรักษา จะได้รับค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่สปสช.กำหนด

2) กรณีให้บริการผู้ป่วยทีมีโรคแทรกซ้อน (Complication) อื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ ภาวะติดเชื้อ CMV, Aspergillosis หรือ Fungus และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection ให้หน่วยบริการ เบิกผ่านโปรแกรม e-claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs

3) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากโครงการตามขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขนี้จนกระทั่งสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้มีสิทธิ เช่น เสียชีวิต หรือเปลี่ยนสิทธิ เป็นต้น

4) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อการผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดใน protocol

3. การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

เกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายตับต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้อัตราการจ่ายจะครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ซึ่งจะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล 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

4.3 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

<u>แนวทางการสนับสนุนค่าบริการและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ</u>

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 chemo-sensitive disease 3.4) Relapsed or Refractory or familial histiocytosis 4) Chronic myeloid leukemia ในทุกระยะ 5) Myelodysplastic syndrome ไขกระดูกผิดปกติระยะก่อนเป็นมะเร็ง 6) Non malignant diseases 6.1) Inborn error of metabolisms ได้แก่	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) ** 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 myelo-monocytic leukemia 6) ไขกระดูกผิดปกติชนิดเป็นพังผืด (Myelofibrosis) 7) ไขกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (Severe aplastic anemia) หรือไขกระดูกฝ่อชนิดที่เป็นร่วมกับภาวะ Paroxys-mal nocturnal hemoglobinuria (Hypoplastic PNH)

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
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 7) Thalassemia อายุไม่เกิน 10 ปี ซึ่งมีอาการต่อไปนี้ 7.1) มีอาการแสดงของโรคตั้งแต่อายุน้อยกว่า 2 ปี เช่น ซีด ตับ ม้ามโต หน้าตาเปลี่ยนแปลง และเจริญเติบโตช้า 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	

<u>อัตราการจ่าย</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 จ่ายชดเชยในอัตรา1,500,000 บาท/ราย

2) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขดังกล่าวประกอบไปด้วยค่า HLA matching ค่าทำการปลูกถ่ายไขกระดูก ค่ายากดภูมคุ้มกัน เคมีบำบัด รังสีรักษา ค่ายารักษาโรคติดเชื้อ/อาการแทรกซ้อน ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยรวมถึงค่าติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 ปี นับตั้งแต่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการ ทั้งนี้หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บเงินเพิ่มเติมจากผู้ป่วยได้อีก

3) การจ่ายชดเชย แบ่งจ่ายเป็น 2 งวดดังนี้

<u>งวดที่ 1</u> จ่ายร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของการให้บริการแต่ละกรณี โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายชดเชยคือ

1) ผู้ป่วยต้องได้รับการพิจารณารับรองจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตสำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่

2) รายงานผลการดำเนินงานครั้งแรกในโปรแกรมการลงทะเบียนผู้ป่วย ตามขั้นตอนการดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

<u>งวดที่ 2</u> จ่ายร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของการให้บริการแต่ละกรณี โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายชดเชย คือ

1) หน่วยบริการทำการรักษาผู้ป่วยจนครบตามแผนการรักษา

2) หน่วยบริการบันทึกข้อมูลเริ่มการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต และรายงานผลการติดตามหลังให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต 30 วัน (Day0+30) ในโปรแกรมเบิกชดเชยค่าบริการ HSCT ตามแนวทางที่กำหนดให้ สปสช. ทราบ (*หมายเหตุ : กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างได้รับการรักษาให้ส่งข้อมูลรายงานผลการรักษาภายใน 30 วัน ให้ สปสช. ทราบ*)

<u>หมายเหตุ</u>

1) หน่วยบริการต้องให้การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตภายในระยะเวลา 3 เดือนนับแต่ผู้ป่วยได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต หากเลยระยะเวลาที่กำหนดจะถือว่าผู้ป่วยรายดังกล่าวพ้นสภาพจากการได้รับอนุมัติเข้าร่วมรับบริการทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยรายดังกล่าวมีความพร้อมในการเข้าร่วมรับบริการหน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลเพื่อเข้ารับการพิจารณาจากคณะทำงานฯ ได้อีกครั้ง แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตได้ไม่ว่ากรณีใดก็ตาม ให้หน่วยบริการแจ้งให้ สปสช. ทราบภายในระยะเวลา 30 วัน หลังจากทราบเหตุดังกล่าวเพื่อทำการยกเลิกการเข้าร่วมบริการ

2) หากในระหว่างการให้บริการในงวดที่ 2 ยังไม่สิ้นสุดตามเงื่อนไขแต่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนสิทธิหรือเสีย

ชีวิตระหว่างการรักษา หน่วยบริการต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโครงการและแจ้งให้ สปสช. ทราบภายใน 15 วัน หลังจากทราบข้อมูลการเปลี่ยนสิทธิจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสิทธิอื่นหรือผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา และผู้ป่วยรายดังกล่าวได้รับการชดเชยในงวดที่ 1 ไปแล้ว สปสช. จะไม่จ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เนื่องจากไม่เป็นไปตามเงื่อนไข

3) หน่วยบริการต้องติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาเป็นระยะเวลา 1 ปี หลังจากมีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการ และบันทึกข้อมูลรายงานผลการติดตามผู้ป่วยในโปรแกรมเบิกชดเชยค่าบริการ HSCT ให้สปสช. ทราบ ตามระยะเวลาที่กำหนดในขั้นตอนการดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ทั้งนี้หากไม่รายงานผลการติดตามให้ สปสช. ทราบตามที่กำหนดอาจมีผลต่อการดำเนินการในปีงบประมาณถัดไป

กลุ่มที่ 4 กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

ประกอบด้วยรายการต่อไปนี้

1. ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT)
2. การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงการเบิกชดเชยยา

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

ค่าใช้จ่ายสำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT) เป็นการจ่ายชดเชยเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น (อาทิ เฮโรอีน) ที่สมัครใจ เฉพาะผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 โดยมีการลงทะเบียนผู้เข้ารับการบำบัด จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามผู้เข้ารับการบำบัดทุกราย ที่เข้าโครงการควบคู่ไปกับการให้สารเมทาโดน ซึ่งจะทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดที่เข้าร่วมโครงการ สามารถหยุดสารเมทาโดนได้ในระยะเวลาที่ไม่ยาวนานเกินไป

<u>วัตถุประสงค์</u>

1) เพื่อการบำบัดผู้ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น (อาทิ เฮโรอีน) ที่สมัครใจ เข้าถึงการได้รับสารเมทาโดนทดแทนการใช้ยาเสพติดในกลุ่มฝิ่น 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 หรือมีประสบการณ์การรักษาผู้เสพติดเฮโรอีน มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

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 ต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาโดยมีสำเนาเก็บไว้ที่หน่วยบริการ พร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบได้

<u>อัตราการจ่าย</u>

อัตราจ่ายค่าสารเมทาโดนตามจริง ครั้งละไม่เกิน 35 บาทต่อวัน

2. การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงการเบิกชดเชยยา ที่บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565

ประกอบด้วยรายการดังต่อไปนี้

1. ระบบการขอชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติบัญชี จ(2)
   1.1) การเบิกชดเชยยา : กรณีทั่วไป
   1.2) การเบิกชดเชยยา : กรณีพิเศษสำหรับรายการยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน หรือตลอดชีวิต
2. ยากำพร้า
3. การจ่ายชดเชยค่ายาต้านการแข็งตัวของเลือด/ยาต้านการจับตัวเป็นก้อนของเลือด Clopidogrel
4. การเบิกชดเชยค่ายารักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย

1. ระบบการขอชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2)

1.1) การเบิกชดเชยยา : กรณีทั่วไป

1) ระบบการอนุมัติการใช้ยา (Authorized system) สปสช.จะจ่ายชดเชยยาบัญชี จ(2) ในรูปแบบของการชดเชยเป็นยา หรือการชดเชยเป็นเงินเท่ากับมูลค่ายาที่ สปสช. จัดหาได้โดยเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนดให้กับหน่วยบริการที่มีการสั่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ในบัญชียาหลักแห่งชาติและการสั่งใช้นั้นต้องผ่านกระบวนการอนุมัติก่อนการใช้ยา (Pre-Authorization) โดยหน่วยงานกลางที่จะจัดตั้งขึ้นโดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์ทั้ง 3 หน่วยงาน ได้แก่ สปสช. สำนักงานประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการตั้งหน่วยงานกลางขึ้นดังนั้น สปสช. จึงมอบหมายให้การอนุมัติก่อนการใช้ยาเป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือบุคคล/คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการมอบหมายซึ่งในการสั่งใช้ยาดังกล่าวหน่วยบริการต้องมีการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนดและเตรียมพร้อมสำหรับการตรวจสอบโดยส่วนกลางในภายหลัง

2) การจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการและการขอสำรองยามีวิธีปฏิบัติ โดยหน่วยบริการมีหนังสือแสดงความประสงค์ขอเข้าร่วมโครงการฯ เพื่อสำรองยาในครั้งแรก และการขอสำรองยาเพิ่มเติม ผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ(2) โดยระบุ ดังนี้

2.1) รายละเอียดของแพทย์ที่สามารถสั่งใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ สาขาความเชี่ยวชาญของแพทย์ รายการยา จำนวนยา และข้อบ่งใช้ที่จะขอสั่งใช้ยา แล้วแนบไฟล์ข้อมูลเข้าระบบสำรองยา

2.2) รายการยาและปริมาณที่ขอสำรอง โดย สปสช. เป็นผู้อนุมัติผ่านโปรแกรม เพื่อพิจารณาปริมาณยาที่จะให้สำรอง หรือขอรับยาสำรองคืนกรณีอัตราการใช้ยาต่ำกว่าปริมาณยาที่สำรองไว้

2.3) หน่วยบริการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด

2.4) ขออนุมัติใช้ยาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือบุคคล/คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการมอบหมาย (ส่วนนี้สำหรับระบบควบคุมภายในโรงพยาบาล)

2.5) ส่งข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย โดยส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ(2) ซึ่งการเบิกชดเชยยาผ่าน Website ของ สปสช. http://drug.nhso.go.th /drugsever/ เป็นการบันทึกข้อมูลการใช้ยารายบุคคลบนระบบ Online สามารถตรวจสอบสิทธิ์ผู้ป่วยได้ก่อนการส่งข้อมูลเบิกชดเชยยา

2.6) ระบบจะตัดยอดข้อมูลหลังเที่ยงคืนของทุกวันและส่งข้อมูล PO เข้าระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมทุกวัน โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบผลการส่งข้อมูลเบิกชดเชยยา ได้ทาง Website ของ สปสช. http://drug.nhso.go.th/drugsever/

2.7) 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 ซึ่งผู้ป่วยจำเป็น ต้องได้รับยาทุกเดือนต่อกันจนกว่าผู้ป่วยมีอายุครบตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือยาอื่นตามที่สปสช.กำหนด

เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และมีแพทย์ที่อยู่ในเงื่อนไขตามหลักเกณฑ์ได้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคข้างต้น พิจารณาลงความเห็นว่าสามารถส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิได้ ให้หน่วยบริการรับส่งต่อส่งตัวผู้ป่วยกลับ พร้อมสำเนาแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาและหนังสือส่งตัวที่ระบุรายการยา, ปริมาณที่ต้องใช้, ระยะเวลาใช้ยาไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิใกล้บ้าน เมื่อโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิได้รับผู้ป่วยแล้ว ให้ทำหนังสือขออนุมัติเบิกชดเชยยาเป็นกรณีพิเศษโดยกรอกแบบฟอร์มการขออนุมัติชดเชยยาเป็นกรณีพิเศษ

ผู้ประสานงานดำเนินการตรวจสอบและแจ้งผลการอนุมัติให้โรงพยาบาลทราบ และประสานกับผู้ประสานงานของโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการให้หน่วยบริการได้รับชดเชยยาดังกล่าว อนึ่งการส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไปรับยาเป็นกรณีพิเศษที่หน่วยบริการทุติยภูมิใกล้บ้านนี้หน่วยบริการดำเนินการส่งแบบฟอร์มการขออนุมัติเป็นกรณีพิเศษนี้เฉพาะครั้งแรกที่ดำเนินการเบิกยาให้ผู้ป่วยแต่ละรายเท่านั้น

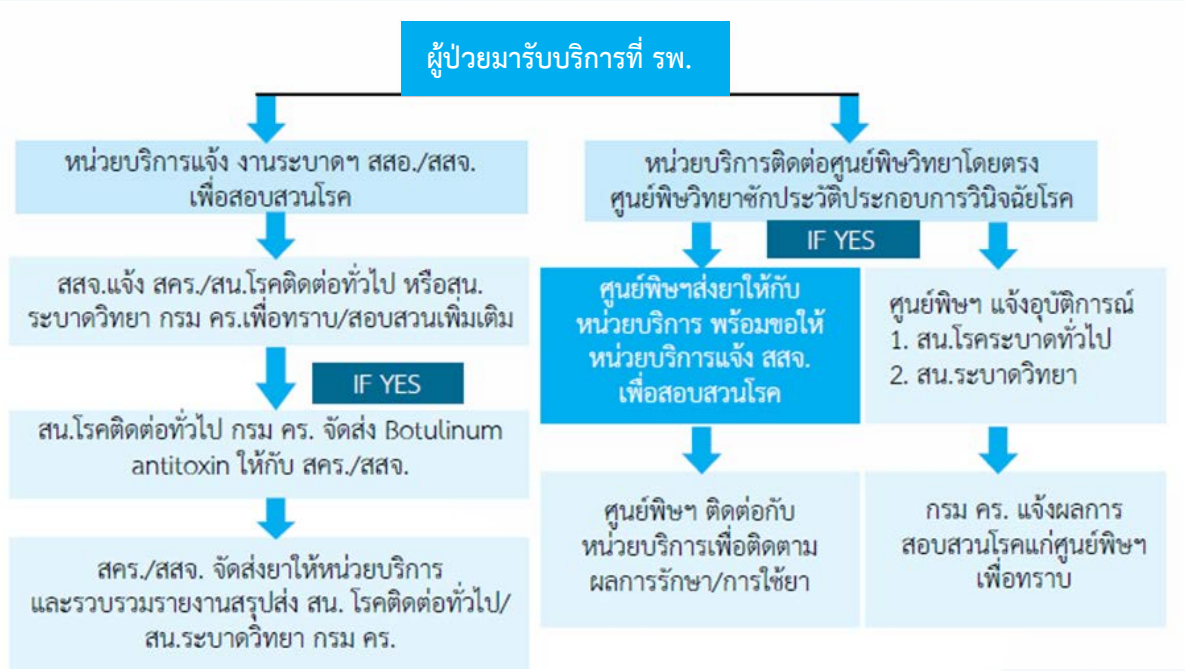
1.3) การสนับสนุนยา ประกอบด้วย

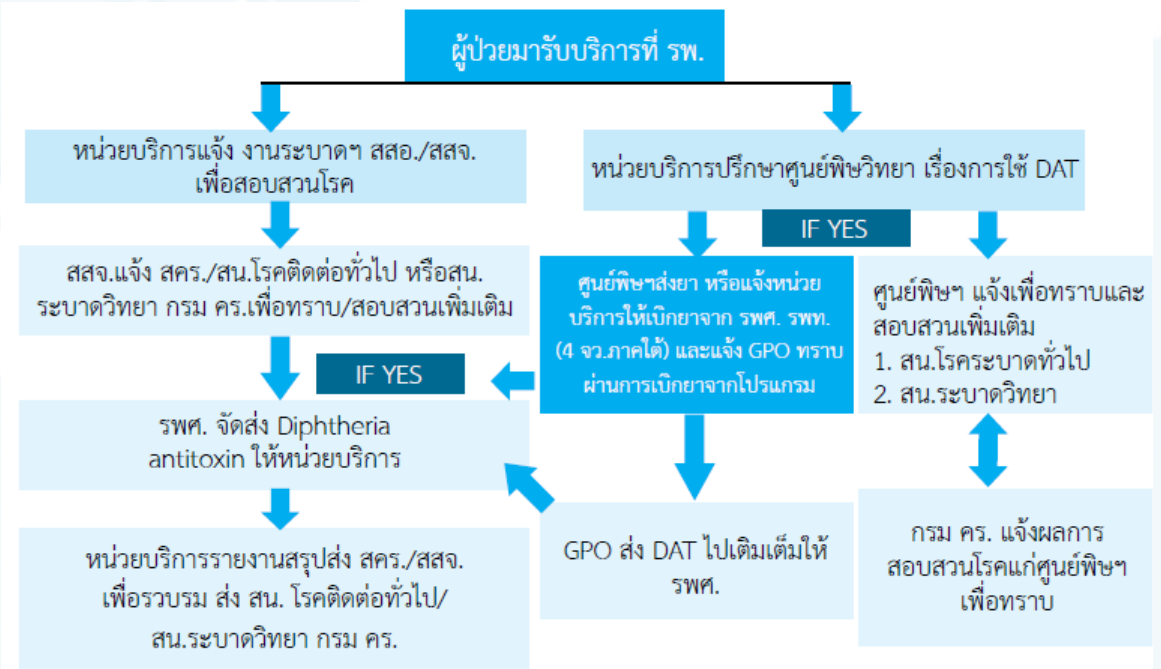
1. รายการยา บัญชี จ (2) จำนวน 26 รายการ
2. เงื่อนไขการใช้ยา

ลำดับ	รายการยา บัญชี จ (2)	ข้อบ่งใช้ตามเงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ
1	Botulinum toxin type A	1. โรคคอบิด (Cervical dystonia) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ 2. โรคใบหน้ากระตุกครึ่งซีก (Hemifacial spasm) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ 3. โรค Spasmodic Dysphonia
2	Leuprorelin acetate 11.25 mg	1. ภาวะที่เป็นหนุ่มสาวก่อนวัย Central (Gonadotrophin dependent) precocious puberty
3	Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)	1. โรคคาวาซากิระยะเฉียบพลัน (Acute phase of Kawasaki disease) 2. โรคภูมิคุ้มกับกพร่องปฐมภูมิ (Primary immunodeficiency diseases) 3. โรค Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) ชนิดรุนแรง 4. โรค Autoimmune hemolytic anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอนของมาตรฐานการรักษา และมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต 5. กลุ่มอาการ Guillain-Barre' syndrome ที่มีอาการรุนแรง 6. โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต (Myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis) 7. โรค Pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน 8. โรค Hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) 9. โรค Dermatomyositis (กรณี Secondary treatment) 10. Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy (CIDP)

ลำดับ	รายการยา บัญชี จ (2)	ข้อบ่งใช้ตามเงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ
4	Docetaxel	1. โรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นหรือระยะลุกลาม เฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจ 2. โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ระยะแพร่กระจาย 3. ใช้เป็น Second line drug ในโรคมะเร็งปอด ชนิด non-small cell ระยะลุกลาม 4. ใช้ร่วมกับ cyclophosphamide ในการรักษาเสริมสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่มีปัญหาโรคหัวใจ หรือ เคยได้รับยา doxorubicin แล้ว
5	Letrozole tablet 2.5 mg	โรคมะเร็งเต้านมที่มี Hormone receptor เป็นบวก
6	Liposomal amphotericin B	โรค Invasive fungal infections (ที่ไม่ใช่ Aspergillosis) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยา Amphotericin B
7	Bevacizumab (บันทึก 30 เข็ม= 1 vial)	1. โรคจุดภาพชัดจอตาเสื่อมเหตุสูงวัยแบบเปียกที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ใต้รอยบุ๋มจอตา (Wet form of subfoveal, juxtafoveal choroidal neovascularization (CNV) due-to aged related macular degeneration) (AMD) 2. โรคจุดภาพชัดจอตาบวมจากเบาหวาน (Diabetic Macular Edema: DME) 3. โรคหลอดเลือดดำที่จอตาอุดตันที่มีศูนย์กลางจอตาบวม (Retinal Vein Occlusion with Macular Edema: RVO)
8	Voriconazole	1. โรค Invasive aspergillosis 2. โรค Invasive fungal infection จากเชื้อ Fusarium spp., Scedosporium spp. (Pseudallescheria)
9	Thyrotropin alfa	โรค Well differentiated thyroid cancer
10	Ribavirin	ข้อบ่งใช้โรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง ทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย
11	Antithymocyte globulin ชนิด rabbit (ATG)	ภาวะไขกระดูกฝ่อ ชนิดรุนแรง (severe aplastic anaemia)
12	Linezolid	โรคติดเชื้อดื้อยากลุ่ม Methicillin resistant S. aureus (MRSA)
13	Imiglucerase	โรค Gaucher’s disease type 1

ลำดับ	รายการยา บัญชี จ (2)	ข้อบ่งใช้ตามเงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ
14	Trastuzumab 150 mg/vial, 440 mg/vial	สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่มี HER 2 recepter เป็นบวก
15	Imatinib mesilate 100 mg	1.โรค Chronic myelogenous leukemia (CML) ระยะ Chronic stable phase 2.โรค Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) ระยะลุกลามหรือมีการกระจาย 3. ในกรณีรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดลิมฟอยด์ ALL ที่มี Ph+
16	Nilotinib 200 mg tablet	ใช้เป็น Second line drug ในผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia (CML) ที่ไม่สามารถใช้ยา Imatinib ได้





ลำดับ	รายการยา บัญชี จ (2)	ข้อบ่งใช้ตามเงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ
17	Dasatinib 50 mg, 70 mg tablet	1.ใช้เป็น Third line drug ในผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia (CML) ที่ไม่สามารถใช้ยา Nilotinib ได้ 2. ในกรณีรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดลิมฟอยด์ ALL ที่มี Ph+
18	Micafungin sodium sterile pwdr 50 mg	โรคติดเชื้อ Candida ที่ดื้อยา Fluconazole หรือไม่สามารถใช้ยา Amphotericin B ได้
19	Raltegravir 400 mg tablet	1. ใช้เป็นยาในสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีลำดับที่ 3 (third-line antiretroviral regimen) ในกรณีผู้ป่วยมีเชื้อเอชไอวีดื้อยา โดยใช้ร่วมกับยา Darunavir เท่านั้น 2. ใช้ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ทารก (เริ่ม 19 ตค. 61) ***ชดเชยเป็นยาผ่านโปรแกรม NAP plus

ลำดับ	รายการยา บัญชี จ (2)	ข้อบ่งใช้ตามเงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ
20	Rituximab 100 mg/vial /pack 500 mg/vial /pack	1. โรค Non-Hodgkin lymphoma ชนิด diffuse large B-cell (DLBCL) ในเด็กและผู้ใหญ่
21	Triptorelin pamoate 11.25 mg	ภาวะ Central (Gonadotrophin dependent) precocious puberty
22	Erlotinib 150 mg tablet	โรคมะเร็งปอด ชนิด non small cell ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย
23	Octreotide acetate LAR Injection 20,30 mg	Acromegaly ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเนื้องอกหรือฉายแสงแล้ว ระดับ GH และ IGF สูง แพทย์ผู้สั่งใช้ยา สาขาอายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิสม
24	Sofosbuvir + Velpatasvir	ข้อบ่งใช้โรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง ทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย
25	Tocilizumab	รักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ ชนิด Systemic (Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis: SJIA ในเด็กอายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐาน
26	Ceftazidime/avibactam	รักษาผู้ป่วยติดเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae ที่ไวต่อยา Ceftazidime/avibactam ในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ Colistin

1.4) การจ่ายค่าใช้จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยเพื่อสั่งใช้ยาบัญชี จ(2) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.4.1 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2) ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็ง จ่ายให้หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับ 1,2,3 ตามรายการและอัตราดังนี้

(1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยา Trastuzumab ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น (ICD10=C50*) เป็นค่าตรวจวินิจฉัย FISH (fluorescence in situ hybridization) หรือ DISH (Dual –Color in situ hybridization) สำหรับการตรวจยืนยัน in situ hybridization จ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 10,000 บาทต่อเต้านม 1 ข้าง

(2) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยา Imatinib ในผู้ป่วยมะเร็ง Chronic myeloid leukemia (CML) (ICD10=C92*) เป็นค่าตรวจวินิจฉัย Gene mutation จ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 8,000 บาทต่อปีปฏิทิน (นับวันบริการ)

(3) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประกอบการสั่งใช้ยา Erlotinib ในผู้ป่วยมะเร็ง non-small-cell lung carcinoma (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย (ICD10=C34*) เป็นค่าตรวจวินิจฉัย

EGFR mutation จ่ายตามจริงไม่เกิน 10,000 บาท ต่อครั้ง (ผู้ป่วย 1 รายตรวจได้ไม่เกิน 2 ครั้ง)

1.4.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยา DDA – Pangenotypic (ยา Sofosbuvir + Velpatasvir และ ยา Ribavirin) ในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง (ICD10=B182) เป็นค่าตรวจวินิจฉัย

(1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ด้วยวิธี HCV Viral load (HCV RNA-Quantitative) ก่อนและหลังการรักษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,300 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี

(2) ค่าบริการตรวจพิสูจน์ว่ามีภาวะพังผืดตับในระดับที่มีความสำคัญ (significant fibrosis) ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี โดยตรวจด้วยวิธี APRI score/Fibrosis- 4 score 200 บาทต่อครั้ง หรือ Transient elastography(Fibro scan®) 2,000 บาทต่อครั้ง หรือ Fibro marker panal 2,000 บาทต่อครั้ง

1.4.3 วิธีการเบิกชดเชย : เบิกชดเชยผ่านระบบ e-Claim

<u>หมายเหตุ</u> :

สปสช. และสำนักงานประกันสังคมมีข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกันเพื่อพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานของข้อมูลและการบริหารจัดการสารสนเทศในระบบบริการสุขภาพร่วมกันเพื่อลดความซ้ำซ้อนและสร้างระบบที่มีมาตรฐานเดียวกันในการบริหารจัดการ อันจะนำไปสู่การมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในที่สุด จึงเป็นเหตุให้ทางสำนักงานประกันสังคมใช้ระบบการเบิกชดเชยยาบัญชี จ(2) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกันตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 ซึ่งรายการยาอาจแตกต่างกันตามประกาศแต่ละกองทุน

2. ยากำพร้า

2.1) ระบบการเบิกยา

สปสช. จะจ่ายชดเชยยากำพร้าในกลุ่มของยาต้านพิษและเซรุ่มป้องกันพิษงูในรูปแบบของการชดเชยเป็นยา 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 เมื่อทราบว่าจะเบิกยาจากแหล่งสำรองยาใดให้หน่วยบริการประสานไปยังผู้ประสานงานตามที่ระบุไว้บนเว็บไซต์ เพื่อให้แหล่งสำรองยาดังกล่าวจัดส่งยาให้ต่อไป

5) กรณีหน่วยบริการที่มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยาแก้พิษและหน่วยบริการเป็นแหล่งสำรองยานั้นให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการเบิกใช้ยาลงในโปรแกรมเบิกชดเชยยาของ สปสช. และสามารถนำยาไปใช้เพื่อการรักษาผู้ป่วยรายนั้นหากยาที่สำรองไว้ไม่เพียงพอให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการเบิกใช้ยาลงในโปรแกรมเบิกชดเชยยาของ สปสช.ตามจำนวนที่มีและประสานขอยาเพิ่มเติมโดยดำเนินการตาม ข้อ 1)

6) กรณีที่มีการร้องขอยาจากหน่วยบริการอื่นที่ไม่ใช่แหล่งสำรองยา หน่วยบริการที่เป็นแหล่งสำรองยาสามารถบริการจัดส่งยาไปยังหน่วยบริการที่ประสานขอยามาหรือนัดหมายให้หน่วยบริการที่มีความจำเป็นต้องใช้ยามารับยาตามช่องทางที่เหมาะสมและรวดเร็วและบันทึกข้อมูลการเบิกยาพร้อมข้อมูลการจัดส่งยาในโปรแกรมการบริหารจัดการยากำพร้าของ สปสช. เพื่อรับการชดเชยยาและค่าขนส่งต่อไปทั้งนี้เมื่อได้รับยาชดเชยแล้วให้หน่วยบริการลงรับยาในโปรแกรมเบิกชดเชยยาหัวข้อรับยาเข้าคลังตาม PO โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบเลขที่ PO ได้ตามใบนำส่งจากองค์การเภสัชกรรม

7) หลังจากที่หน่วยบริการให้บริการยาและกรอกข้อมูลเพื่อเบิกชดเชยยาจากระบบแล้วจะได้รับการติดต่อจากศูนย์พิษวิทยาเพื่อติดตามประเมินผลโครงการ ทั้งนี้ขอความร่วมมือหน่วยบริการให้ข้อมูลแก่ศูนย์พิษวิทยาเพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาระบบการบริหารจัดการยากำพร้าระดับประเทศต่อไป

8) กรณีมีการใช้ยา Diphtheria antitoxin inj หรือ Botulinum antitoxin inj ให้หน่วยบริการดำเนินการตามแนวทางการบริการจัดการยา Diphtheria antitoxin และ Botulinum antitoxin รายละเอียดดังแผนภาพ

แผนภาพ 1 การเบิกชดเชยยา Botulinum antitoxin

แผนภาพ 2 การเบิกชดเชยยา Diphtheria antitoxin

9) หน่วยบริการที่ไม่ได้เป็นแหล่งสำรองยาแต่อยู่ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงจะเกิดพิษสามารถขอสมัครเข้าเป็นหน่วยสำรองยาเพิ่มเติมได้โดยกรอกแบบฟอร์ม พร้อมแนบหนังสืออนุมัติให้เป็นผู้ดำเนินการเบิกจ่ายยาในโครงการเพิ่มการเข้าถึงยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษโดยหัวหน้าหน่วยงานหรือผู้รับมอบอำนาจ และส่งมาที่ระบบโปรแกรมของ สปสช. (รายชื่อผู้ติดต่อ แจ้งที่หน้าข่าวประชาสัมพันธ์) เพื่อดำเนินการเพิ่มแหล่งสำรองยาต่อไป

ทั้งนี้เมื่อหน่วยบริการได้รับยาสำรองแล้วให้หน่วยบริการลงรับยาดังกล่าวในโปรแกรมเบิกชดเชยยาหัวข้อรับยาเข้าคลังกรณี Initial stock ก่อนการเบิกใช้ยาตามขั้นตอนข้างต้นต่อไป

2.2) การจัดการยาหมดอายุ

การบริหารจัดการยากำพร้าและยาต้านพิษหมดอายุ แบ่งเป็น 2 กรณี ดังนี้

1) กรณียากำพร้าที่สปสช.ขอให้หน่วยบริการสำรองตามความเสี่ยงรายการยาประกอบด้วย

- 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.

กรณียาที่ส่งให้มียาและสารทำละลายในกล่องเดียวกันให้ลงวันหมดอายุโดยยึดตัวยาสำคัญเป็นหลัก ระบบจะแสดงสถานะยาใกล้หมดอายุเมื่ออายุยาเหลือน้อยกว่า 1 เดือน และส่งข้อมูลให้ สปสช. เพื่ออนุมัติตัดจ่ายยาทดแทนให้กับหน่วยบริการ

(2) เมื่อยาหมดอายุซึ่งจะหมดอายุพร้อมกันทั่วประเทศตามแผนการจัดซื้อ องค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งยารุ่นการผลิตใหม่ทดแทนให้หน่วยบริการก่อนยาเดิมหมดอายุตามรายการ

(3) หน่วยบริการสรุปรายการและจำนวนยาที่หมดอายุ ณ คลังยาในหน่วยบริการ เพื่อเตรียมการทำลายยาตามระเบียบพัสดุของหน่วยบริการและดำเนินการทำลายยาต่อไป

(4) ให้หน่วยบริการดำเนินการทำลายยาหมดอายุ และดำเนินการลงรับยารุ่นการผลิตใหม่เป็นยา initial ในโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าและยาต้านพิษของ สปสช.

(5) 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. กรณียาที่ส่งให้มียาและสารทำละลายในกล่องเดียวกันให้ลงวันหมดอายุโดยยึดตัวยาสำคัญเป็นหลักระบบจะแสดงสถานะยาใกล้หมดอายุเมื่ออายุยาเหลือน้อยกว่า 1 เดือนสำหรับยากำพร้าและเมื่ออายุยาเหลือน้อยกว่า 7 เดือน สำหรับเซรุ่มและส่งข้อมูลให้ สปสช.

(2) กรณียากำพร้าให้ สปสช.อนุมัติตัดจ่ายยาทดแทนให้กับหน่วยบริการโดยพิจารณาประสานปรับปริมาณการใช้ให้เหมาะสมกับปริมาณการใช้ในพื้นที่

(3) กรณีเซรุ่มต้านพิษงูให้ สปสช. ประสานปรับเกลี่ย และปรับปรุง stock ให้ตรงกับที่หน่วยบริการมีจริง เมื่อยาหมดอายุให้ สปสช. อนุมัติตัดจ่ายยาทดแทนให้กับหน่วยบริการโดยพิจารณาประสานปรับปริมาณการใช้ให้เหมาะสมกับปริมาณการใช้ในพื้นที่

(4) เมื่อยาหมดอายุซึ่งจะหมดอายุพร้อมกันทั่วประเทศตามแผนการจัดซื้อ องค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งยารุ่นการผลิตใหม่ทดแทนให้หน่วยบริการก่อนยาเดิมหมดอายุตามรายการ

(5) หน่วยบริการสรุปรายการและจำนวนยาที่หมดอายุ ณ คลังยาในหน่วยบริการ เพื่อเตรียมการทำลายยาตามระเบียบพัสดุของหน่วยบริการและดำเนินการทำลายยาต่อไป

6) ให้หน่วยบริการดำเนินการทำลายยาหมดอายุ และดำเนินการลงรับยารุ่นการผลิตใหม่เป็นยา initial ในโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าและยาต้านพิษของ สปสช.

(7) องค์การเภสัชกรรมสรุปรายการและจำนวนยาที่หมดอายุในคลังยา ณ องค์การเภสัชกรรมพร้อมแนบหนังสืออนุมัติทำลายยาในภาพรวมจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษรายงานต่อผู้อำนวยการเภสัชกรรมให้ดำเนินการทำลายตามระเบียบพัสดุต่อไป

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 หลังการใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือด (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/OPในหน่วยบริการ/OP ในจังหวัด) หรือสิทธิว่าง

3) จ่ายตามรายการ TMT ของยา Clopidogrel 75 mg

4) เบิกชดเชยผ่านระบบ e-Claim

<u>อัตราการจ่าย</u>

1) ผู้ป่วยนอก จ่ายเพิ่มอัตราราคา 3.00 บาท/เม็ด

2) ผู้ป่วยในจ่ายเพิ่มเติม จากระบบ DRGs ราคา 3.00 บาท/เม็ด

4. การเบิกชดเชยค่ายารักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย

<u>การดูแลรักษาโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)</u>

สำหรับผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่างเพื่อให้ผู้ป่วยฮีโมฟีเลียเข้าถึงบริการแฟคเตอร์เข้มข้นโดยเก็บไว้ที่บ้านและนำมารักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้นอย่างทันท่วงที สามารถลดการนอนโรงพยาบาล ลดภาวะทุพพลภาพลดการเสียชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการรับส่งต่อให้มีมาตรฐานและสนับสนุนการจัดเครือข่ายบริการโดยมีการบริหารจัดการดังนี้

1) <u>สิทธิประโยชน์</u>

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

1.2) ผู้มีสิทธิจะได้รับแฟคเตอร์เข้มข้นสำหรับการรักษาโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) รุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือกรณีผ่าตัดฉุกเฉินตามเงื่อนไขที่กำหนด โดยโรคหรือภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉินที่อยู่ในเงื่อนไขได้รับชดเชยค่าแฟคเตอร์เข้มข้นจำนวนหนึ่งได้แก่ อาการเลือดออกรุนแรงในอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น สมอง ปอด หัวใจ ช่องท้องและการผ่าตัดฉุกเฉินเช่นผ่าตัดสมอง ผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดไส้ติ่ง

1.3) ผู้มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียนกับหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ในโครงการที่อยู่ใกล้บ้านและสะดวกในการเข้ารับบริการโดยไม่ต้องใช้ใบส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 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) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

53) โรงพยาบาลบางละมุง

1.4) ผู้มีสิทธิต้องใช้สิทธิเข้ารับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ หน่วยบริการประจำเหมือนเดิมทุกประการรวมถึงการรักษาภาวะเลือดออกในภาวะฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินยกเว้นการตรวจรักษาต่อเนื่องตามนัดเพื่อรับแฟคเตอร์เข้มข้นเท่านั้นซึ่งจะต้องเข้ารับบริการที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียที่ผู้ป่วยลงทะเบียนไว้หรือหน่วยบริการเฉพาะโรคที่อยู่ใกล้ภูมิลำเนาผู้ป่วย

1.5) บริการที่ไม่ครอบคลุมในการจ่ายค่าบริการส่วนประกอบของเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย)

1.5.1) การรักษาภาวะเลือดออกอื่นๆที่ไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ข้างต้นและไม่ตรงตามแนวทางที่บัญชียาหลักแห่งชาติ 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 ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน วินิจฉัย บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

2.1.4) มีเครือข่ายหน่วยบริการรับส่งต่อและดูแลรักษาในทุกระดับพร้อมทั้งระบบสนับสนุนเครือข่ายด้านการจัดการการส่งต่อ ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และวิชาการอย่างต่อเนื่อง

2.2) ด้านบุคลากร

2.2.1) มีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและทีมบุคลากรที่สามารถให้การดูแลครบวงจรปฏิบัติงานประจำเต็มเวลาสามารถให้คำปรึกษาและบริการได้ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง ดังนี้ อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ 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. จะจ่ายค่าแฟคเตอร์เข้มข้นหรือชดเชยเป็นแฟคเตอร์เข้มข้นคืนให้หน่วยบริการโดยระบบชดเชยย้อนหลังในอัตราและเงื่อนไขที่กำหนด ทั้งนี้โรคหรือภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงขั้นพิการเสียชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉินที่อยู่ในเงื่อนไขได้รับชดเชยค่าแฟคเตอร์เข้มข้นหรือชดเชยเป็นแฟคเตอร์เข้มข้นจำนวนหนึ่ง ได้แก่อาการเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่มีเลือดออกบ่อยเช่นในข้อและกล้ามเนื้อ รวมทั้งอาการเลือดออกรุนแรงในอวัยวะ

สำคัญของร่างกายเช่น สมอง ปอด หัวใจ ช่องท้องและการผ่าตัดฉุกเฉินเช่นผ่าตัดสมอง ผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดไส้ติ่ง

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

4) <u>การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์</u>

4.1) เกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการแฟคเตอร์แก่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

4.1.1) กรณีรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early Bleeding Treatment) เป็นการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการแฟคเตอร์หรือชดเชยเป็นแฟคเตอร์เข้มข้นสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (ทั้ง HemophiliaA, Hemophilia B และ Type 3 von Willibrand's Disease) เพิ่มจากเงินชดเชยเหมาจ่ายรายหัวในระบบปกติตามจำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียนและรับบริการโดยจำแนกการจ่ายชดเชยตามเงื่อนไขอายุและระดับความรุนแรงของโรคในอัตรา ดังนี้ (ตารางที่ 1 และ 2)

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

<u>หมายเหตุ</u> :

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) เงื่อนไขการ<u>จ่ายชดเชยเป็นเงิน</u> สปสช. จะจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลการรักษาการให้บริการแฟคเตอร์ (แพทย์ผู้ทำการรักษาจะต้องจ่ายแฟคเตอร์ให้ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียในทุกกลุ่มอายุและทุกระดับอาการตามที่ระบุไว้ในแผนการรักษา) และการตรวจติดตามผู้ป่วย (Follow up) ในโปรแกรมระบบ DMIS กรณีการเบิกชดเชยเป็นเงิน เท่านั้นโดยหน่วยบริการต้องทำการบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยภายใน 30 วัน หลังเข้ารับบริการในแต่ละครั้งและ สปสช. จะดำเนินการตัดข้อมูลการให้บริการเพื่อประมวลผลข้อมูลทุกสิ้นเดือนและจะทำการจ่ายชดเชยภายในเดือนถัดๆ ไป สปสช. มีสิทธิขอตรวจประวัติการรักษาเพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลหลังการรักษา (Post audit) ในกรณีมีข้อขัดแย้งหรือข้อบ่งชี้ว่าการรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้

4.3) เงื่อนไขการจ่ายชดเชยเป็นยาแฟคเตอร์ VIII สปสช. จะจ่ายแฟคเตอร์ VIII ชดเชยการบริการทางการแพทย์เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลการรักษาการให้บริการแฟคเตอร์ (แพทย์ผู้ทำการรักษาจะต้องจ่ายแฟคเตอร์ VIII ให้ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียในทุกกลุ่มอายุและทุกระดับอาการตามที่ระบุไว้ในแผนการรักษา) และการตรวจติดตามผู้ป่วย (Follow up) ในโปรแกรมระบบ DMIS กรณีการเบิกชดเชยเป็นยา เท่านั้นโดยหน่วยบริการต้องทำการบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยภายใน 30 วัน หลังเข้ารับบริการในแต่ละครั้งและ สปสช. จะดำเนินการตัดข้อมูลการให้บริการเพื่อประมวลผลข้อมูลทุกสิ้นเดือนและจะทำการจ่ายชดเชยเป็นยาให้หน่วยบริการภายใน 5-7 วันทำการ (โดยหน่วยบริการจะต้องไม่บันทึกมูลค่าแฟคเตอร์ VIII ในโปรแกรมชดเชยเป็นเงินการบริการในระบบ DMIS ซ้ำซ้อนอีก) สปสช. มีสิทธิขอตรวจประวัติการรักษาเพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลหลังการรักษา (Post audit) ในกรณีมีข้อขัดแย้งหรือข้อบ่งชี้ว่าการรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้

5) บทบาทการจัดบริการ

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) ที่เริ่มมีอาการเลือดออกตลอดจนดูแลรักษากรณีมีอาการเลือดออกที่ไม่ใช่อาการเลือดออกรุนแรงมากที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือการผ่าตัดฉุกเฉินด้วยส่วนประกอบของเลือด (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 กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย เป็นการจ่ายเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง 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) กลุ่มอายุมากกว่า 6 ปี

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 โดยหน่วยบริการที่จัดบริการ ดำเนินการลงทะเบียนผู้ป่วย 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 deferaxirox มีอายุครบ 6 ปี ให้เปลี่ยนไปใช้ยา deferiprone แทน

4.1.2 กรณีเด็กอายุมากกว่า 6 ปี

การพิจารณาใช้เป็นยา deferaxirox 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 deferaxirox ตามจำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียน

กรอบการบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2565

1. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค และบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	
ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1) บริการยารักษาวัณโรค 1.1) ยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐาน 1.2) ยารักษาวัณโรคสูตรดื้อยา - ยารักษาวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB) - ยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB/XDR-TB)	ขอเบิกเป็นยา/เงินค่ายารักษาวัณโรค
2) บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 2.1) บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 2.2) บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	- จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ - ขอเบิกเป็นยา/เงินค่ายารักษาการติดเชื้อระยะแฝง
3) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค 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
บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค แบบเชิงรุกในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง 1.ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด 2.ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานดูแลคนไร้ที่พึ่ง 3.ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4.ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้(HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน 5.ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ มีโรคร่วมเบาหวาน 6.ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง 7.บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่าง	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานบริการ (ผ่านระบบiSeamless)

ทำการแจ้งภายใน 15 และทำเบิกการจ่ายภายใน 30 วัน ดังนั้นหน่วยบริการต้องเตรียมเอกสารหรือหลักฐานการจ่ายสจากหน่วยบริการ หรือผู้ป่วย เพิ่มเติม

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

6) บทบาทของหน่วยงาน

6.1 สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต

1) แต่งตั้งและประชุมหารือการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง จัดระบบความเชื่อมโยงบริการ ตั้งแต่ การตรวจคัดกรอง การตรวจยืนยัน การวินิจฉัยโรค การรักษา การจัดหาเลือดที่เหมาะสมและปลอดภัย

2) สร้างความเข้าใจการดำเนินงานของหน่วยบริการทุกระดับ

3) สนับสนุนระบบการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับบุคลากรทางการแพทย์ ระบบ

การส่งต่อผู้ป่วยภายในเครือข่าย

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 ประเมินจากผลการตรวจ Hematocrit, hemoglobin, serum ferritin

2. การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก การบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค การบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2565

1) หลักการและเหตุผล

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญทั้งยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน เป็นสาเหตุของการป่วยและการเสียชีวิตในหลายประเทศทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย สาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมามีปัญหาใหม่ทั่วโลกคือการไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องหรือไม่มีคุณภาพ การอพยพย้ายถิ่นและแรงงานเคลื่อนย้าย การแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์ ที่ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกจัดประเทศไทยเป็นประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าวัณโรคยังเป็นปัญหาสุขภาพที่น่าเป็นห่วงของประเทศไทย นอกจากนั้นยังมีปัญหาวัณโรคดื้อยาจากการกินยาไม่ต่อเนื่องอีกด้วย

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สปสช. จึงจัดให้มีการบริหารจัดการดูแลรักษาวัณโรคอย่างครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการค้นหาและเข้าถึงการรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมีผลลัพธ์การรักษาที่ดี ส่งผลให้อัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตลดลงรวมถึงสนับสนุนให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพในระบบการดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค

2) วัตถุประสงค์

2.1 ลดอัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

2.2 เพิ่มความครอบคลุมในการค้นหาและการเข้าถึงบริการดูแลรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

3.3 สนับสนุนการจัดบริการการดูแลรักษาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB) และวัณโรค ดื้อยาหลาย

ขนานชนิดรุนแรงมาก (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) และยารักษาวัณโรค ดื้อยาหลายขนาน (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

บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค แบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง 7 กลุ่ม ได้แก่

1) ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด

2) ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง

3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

4) ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C มากกว่า หรือเท่ากับ 7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน

5) ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ มีโรคร่วมเบาหวาน

6) ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง

7) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่าง

<u>หมายเหตุ</u>: กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง อ้างอิงจาก การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา (Systematic screening for active TB and drug-resistant TB) พิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561 โดย กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

5) กรอบการบริหารจัดการงบประมาณ

สปสช. สนับสนุนงบประมาณสำหรับสนับสนุนระบบบริการดูแลรักษาวัณโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยแบ่งเป็นหมวดดังแสดงในแผนภูมิ

แผนภูมิแสดงกรอบการบริหารจัดการงบบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2565

กรอบการบริหารจัดการ

บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค เป็นไปตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 (National

Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand 2018: NTP 2018) และที่ปรับปรุงเพิ่มเติม

6) บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคและบริการอื่น ๆ 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) และยารักษาวัณโรค ดื้อยาหลายขนาน (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 จะต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพที่ผ่านการขึ้นทะเบียน หรือประเมินศักยภาพตามที่ สปสช.กำหนด โดยแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

1. หน่วยบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคพื้นฐาน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐานดังนี้

1.1 เป็นหน่วยบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2 มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาวัณโรค

1.3 มีการตรวจชันสูตร ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยมีระบบการเตรียมผู้ป่วยให้เก็บเสมหะ นำส่งตรวจได้อย่างถูกต้อง มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานได้เอง โดยเฉพาะ AFB, CBC, UA และ FBS

1.4 มีห้องตรวจผู้ป่วยนอก และห้องปฏิบัติการที่มีการแยกพื้นที่การใช้งานอย่างชัดเจน มีเครื่องมือ อุปกรณ์ในการเก็บสิ่งส่งตรวจ ระบบบริการ การตรวจหรือส่งตรวจได้มาตรฐาน

2. หน่วยบริการรักษาการติดเชื้อวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB/XDR-TB Treatment Center) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐานดังนี้

1) เป็นหน่วยบริการ ที่ผ่านการประเมินศักยภาพเป็นหน่วยดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคพื้นฐาน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้รับอนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภา สาขาด้านอายุรแพทย์ หรือกุมารแพทย์ ที่ผ่านการฝึกอบรมเรื่องการรักษาการติดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานปฏิบัติงานที่คลินิกวัณโรคเป็นประจำ

3) กรณีดูแลรักษาผู้ป่วย Pre-XDR และ XDR-TB นั้นหน่วยบริการจะต้องผ่าน

ความเห็นชอบของที่ปรึกษาคณะผู้เชี่ยวชาญวัณโรคดื้อยาระดับเขต ตามแนวทางการบริหารจัดการวัณโรคดื้อยาที่กองวัณโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

<u>หมายเหตุ</u> :

1) *หน่วยบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคพื้นฐาน ไม่สามารถเบิกชดเชยยารักษาวัณโรคแนวที่ 2 (Second line drug) ได้ <u>ยกเว้น</u> ยา Levofloxacin*

2) *กรณีหน่วยบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคพื้นฐาน ส่งผู้ป่วยวัณโรคไปรับการรักษาที่หน่วยบริการรักษาการติดเชื้อวัณโรคดื้อยา สปสช. จะชดเชยบริการตามสิทธิประโยชน์ให้แก่หน่วยบริการรักษาการติดเชื้อวัณโรคดื้อยา สำหรับการเบิกชดเชยส่วนบริการอื่นนอกเหนือจากที่ระบุ ให้หน่วยบริการประจำของผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ*

3) *เกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคพื้นฐานและหน่วยบริการดูแลรักษาวัณโรคดื้อยาให้เป็นไปตามที่ สปสช กำหนด*

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 <u>http://tbdatahub.nhso.go.th</u>

6.2 บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

6.2.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

1) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) เป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่อายุ ≤18 และยังไม่ป่วยเป็นวัณโรค

6.2.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

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

1) บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง โดยกลุ่มเป้าหมายคือผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วย วัณโรคปอดที่อายุ ≤ 18 ปี ที่ไม่ป่วยเป็นวัณโรค โดยชดเชยค่าบริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ด้วยการทดสอบปฏิกิริยาทุเบอร์คุลิน (Tuberculin Skin Test: TST) จำนวนไม่เกิน 1 ครั้ง

2) บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอายุ≤18 ปี ที่เข้าเกณฑ์การรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

6.2.3 การรักษาด้วยยารักษาวัณโรค

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

ทั้งนี้ สปสช.ชดเชยเป็นยา หรือเงินค่ายารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงแก่หน่วยบริการ ตามจำนวนที่ให้บริการจริงแก่ผู้ป่วย โดยหน่วยบริการบันทึกผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub

6.2.4 การเบิกชดเชย

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

ตารางการเบิกชดเชยบริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง		
ค่าทดสอบปฏิกิริยาทุเบอร์คุลิน (Tuberculin Skin Test: TST)	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าทดสอบปฏิกิริยาทุเบอร์คุลิน (TST) ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	40 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ)
บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง		
ยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	หน่วยบริการเบิกชดเชยยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูล 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 กลุ่มผู้ต้องขัง และผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด จะได้รับบริการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก Chest X-ray (CXR) หากพบผลผิดปกติ ให้ตรวจหาเชื้อวัณโรคโดยวิธีอณูชีววิทยา (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)	o กรณีผล CXR ผิดปกติ ตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยวิธี Molecular assay ไม่เกิน 1 ครั้ง / คน / ปีงบประมาณ
	o 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/XDR-TB)	ไม่เกิน 6 ครั้ง ต่อ Course การรักษา
▪ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ชนิดรุนแรงมาก (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

2.2) **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 <u>เทคนิค Solid media</u> เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยอีกครั้ง และหากเพาะเลี้ยงเชื้อขึ้น Mycobacterium Tuberculosis (MTB) สามารถส่งตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) <u>ด้วยเทคนิค Solid media</u> ได้

ตารางเกณฑ์การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (First line drugs)

กลุ่มผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา	**การตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา**	
	Culture & DST	Molecular assay
ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่		
▪ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (New)	AFB + or -	ไม่เข้าเกณฑ์ส่งตรวจ
ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน		
▪ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติเคยรักษาครบหรือรักษาหายแล้ว แต่ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Relapse)	AFB + or -	AFB + or -
▪ ผู้ป่วยที่ขาดยาเกิน 2 เดือนติดต่อกัน เมื่อกลับมารักษาซ้ำยังพบเชื้อในเสมหะ (Loss to Follow-up)	AFB +	AFB +

กลุ่มผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา	การตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา	
	Culture & DST	Molecular assay
▪ ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยได้รับการรักษาหลายครั้งและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 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

<u>หมายเหตุ</u>:

1) *กรณีหน่วยบริการส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธีการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) แล้วจะไม่สามารถตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay ได้อีก*

2) *การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) และการตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay จะทำได้<u>เฉพาะเทคนิค Solid media</u> เท่านั้น*

3) 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 การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค ด้วยเทคนิค 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) เป็นหน่วยบริการ หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) เป็นหน่วยงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ ตามมาตรา ISO 15189 หรือมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ของสภาเทคนิคการแพทย์ (Laboratory Accreditation) หรือมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (MOPH Standard) ตามรายการทางห้องปฏิบัติการที่หน่วยบริการจัดบริการ และใบรับรองมาตรฐาน จะต้องมีอายุการรับรองไม่น้อยกว่า 180 วัน ในวันที่ยื่นเอกสารการขอขึ้นทะเบียนแก่ สปสช.

6.3.4 การเบิกชดเชย

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

ตารางการเบิกชดเชยการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค

รายการ	อัตราค่าชดเชย
การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง	

รายการ	อัตราค่าชดเชย
ค่าตรวจ CXR	100 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ)
การตรวจเพื่อวินิจฉัยและตรวจหาเชื้อดื้อยา	
1. วินิจฉัยวัณโรค/วัณโรคดื้อยา First - line drugs	ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ
1.1 TB-LAMP วินิจฉัยวัณโรค/ ตรวจหาเชื้อ MTB	200 บาท /ครั้ง
1.2 Real-time PCR (Xpert MTB/RIF)	จ่ายรวม 500 บาท /ครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	400 บาท /ครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว)	100 บาท /ครั้ง
1.3 Real-time PCR MTB/MDR (Anyplex)	จ่ายรวม 600 บาท /ครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	400 บาท /ครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH+ Rifampicin (2 ชนิด)	200 บาท /ครั้ง
1.4 Line Probe Assay (LPA)	จ่ายรวม 600 บาท /ครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	400 บาท /ครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH+ Rifampicin (2 ชนิด)	200 บาท /ครั้ง
2. วินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs	ไม่เกิน 1 ครั้ง /คน/ ปีงบประมาณ
2.1 Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ	700 บาท /ครั้ง
2.2 Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)	
กรณีที่ รพ. ที่ยังไม่พร้อมด้านศักยภาพในการตรวจ Molecular Assay	
1. ตรวจด้วยวิธี AFB	20 บาท/ครั้ง ,ไม่เกิน 3 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ
2. ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture	ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ ปีงบประมาณ
2.1 เทคนิค Solid Media	200 บาท/ตัวอย่าง
2.2 เทคนิค Liquid Media	300 บาท/ตัวอย่าง
การตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	
ค่าทดสอบปฏิกิริยาทุเบอร์คูลิน (Tuberculin Skin Test: TST)	40 บาท/ครั้ง, ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ
การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรค	
ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture	

รายการ	อัตราค่าชดเชย
1. เทคนิค Solid Media	200 บาท/ตัวอย่าง
2. เทคนิค Liquid Media	300 บาท/ตัวอย่าง

<u>หมายเหตุ</u>:

1) อัตราการชดเชยบริการต่อครั้ง หมายความถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผล

2) สปสช.จะชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในกรณีที่หน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการผ่านการประเมินตามแนวทางการประเมินหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรคของ สปสช.

3) กรณีหน่วยบริการส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (First line drug) ด้วยวิธีการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อ วัณโรค (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 บันทึกข้อมูลและกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

6.4.3 การเบิกชดเชย

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

ตารางการเบิกชดเชยบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม		

บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ มารับการรักษาและติดตาม	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	20 บาท/ครั้ง

7. บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

สนับสนุนบริการที่เกี่ยวข้องกับการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และนำเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาแต่เนิ่นๆ โดยการค้นหาวัณโรคในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อวัณโรค และการค้นหาแบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อวัณโรค ในปีงบประมาณ 2565 เน้นดำเนินการค้นหาแบบเข้มข้นโดยคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้ต้องขังและกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด

7.1 บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเข้มข้น ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

7.1.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

1) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) เป็นประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค 7 กลุ่ม ได้แก่

2.1 ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด

2.2 ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง

2.3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.4 ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C มากกว่า หรือเท่ากับ 7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน

2.5 ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ มีโรคร่วมเบาหวาน

2.6 ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง

2.7 บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง

ทั้งนี้ประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อวัณโรค ใน 7 กลุ่มเสี่ยง อ้างอิงจากการคัดกรองเพื่อค้นหา วัณโรคและวัณโรคดื้อยา (Systematic screening for active TB and drug-resistant TB) พิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561 โดยกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

7.1.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

1) บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก Chest-X-ray (CXR)

2) บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) กรณีผล CXR ผิดปกติ

3) ตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา First line drug เลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้

3.1) TB-LAMP หรือ

3.2) Real-time PCR MTB/MDR หรือ

3.3) Line Probe Assay (LPA)

<u>หมายเหตุ</u>: การตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา First - line drugs ด้วยวิธี Real - time

PCR MTB/MDR ได้แก่ เทคนิค X-pert MTB/RIF และ Any plex

3.4) กรณีที่พบผลตรวจ TB-LAMP เป็นผู้ป่วยวัณโรค ให้ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว) หรือ INH+ Rifampicin (2 ชนิด) เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา First- line drugs

3.5) กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2.2.1 และ 2.2.2 ให้ตรวจด้วย AFB และ/หรือ ตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)

4) บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) เลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง จากรายการดังนี้

4.1) SL- LPA (Second - line Line probe Assays) หรือ

4.2) Real-time PCR MTB/XDR

โดยกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยงดังกล่าว จะได้รับบริการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก Chest X - ray (CXR) หากพบผลผิดปกติ ให้ตรวจหาเชื้อวัณโรคโดยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) กรณีที่พบเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR TB) ให้ตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs เพื่อพิจารณาสูตรรักษาวัณโรคดื้อยาที่เหมาะสมต่อไป

5) บริการให้คำปรึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

7.1.3 การเบิกชดเชย

หน่วยบริการรายงานผลการให้บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเข้มข้น ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง โดยบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub เว็บไซต์ http://tbdatahub.nhso.go.th

9. ตารางแสดงรายละเอียดการเบิกชดเชยตามสิทธิประโยชน์การบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
บริการยารักษาวัณโรค		
ยารักษาวัณโรค	หน่วยบริการเบิกชดเชยยารักษาวัณโรคได้ตามที่จำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	ชดเชยเป็นยาหรือเงินค่ายารักษาวัณโรค
บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง		

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
ค่าทดสอบปฏิกิริยาทุเบอร์คุลิน (Tuberculin Skin Test: TST)	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าทดสอบปฏิกิริยาทุเบอร์คุลิน (TST) ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	40 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ)
บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง		
ยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	หน่วยบริการเบิกชดเชยยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงได้ตามที่จำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	ชดเชยเป็นยาหรือเงินค่ายารักษาวัณโรคระยะแฝง
บริการตรวจค้นหาและตรวจคัดกรองวัณโรคแบบเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อวัณโรค		
ค่าตรวจ CXR	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ CXR ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	100 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง /คน/ปีงบประมาณ)
การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อคัดกรอง วินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา		
กรณีที่ หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจ Molecular assay		
1) **ค่าตรวจหาเชื้อวัณโรคและวัณโรคดื้อยา first line drug**		

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
1.1) **ค่าตรวจ TB-LAMP** - วินิจฉัย/ ตรวจหาเชื้อ MTB	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Molecular assay ได้กรณีที่พบผลตรวจ CXR ผิดปกติ โดยบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	200 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง /คน/ปีงบประมาณ)
1.2) **ค่าตรวจ Real-time PCR (X-pert MTB/RIF)**		รวมอัตราจ่าย 500 บาท /ครั้ง
- วินิจฉัยโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB		400 บาท/ครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin ชนิดเดียว		100 บาท/ครั้ง
1.3) **ค่าตรวจ Real-time PCR MTB/MDR (Anyplex)**		รวมอัตราจ่าย 600 บาท /ครั้ง
- วินิจฉัยโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB		400 บาท/ครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (ตรวจ 2 ชนิด)		200 บาท/ครั้ง
1.4) **ค่าตรวจ Line Probe Assay(LPA)**		รวมอัตราจ่าย 600 บาท /ครั้ง
- วินิจฉัยโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB		400 บาท/ครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (ตรวจ 2 ชนิด)		200 บาท/ครั้ง
การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (Second line drug)		
- ตรวจ Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าบริการ โดยบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	700 บาท/ครั้ง
- ตรวจ Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)		
กรณีที่ หน่วยบริการที่ยังไม่พร้อมด้านศักยภาพในการตรวจ Molecular assay		

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
1) ค่าตรวจ AFB (เฉพาะเสมหะ)	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ AFB และ Culture ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริงโดยบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	20 บาท/ตัวอย่าง (ไม่เกิน 3 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ)
2) ค่าตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture		ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปีงบประมาณ
2.1 เทคนิค Solid Media		200 บาท/ตัวอย่าง
2.2 เทคนิค Liquid Media		300 บาท/ตัวอย่าง
การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อการติดตามการรักษา		
1) ค่าตรวจ AFB (เฉพาะเสมหะ)	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ AFB และ CXR ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	20 บาท/ตัวอย่าง (ไม่เกิน 3 ตัวอย่าง/ครั้ง)
2) ค่าตรวจ CXR		100 บาท/ครั้ง
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม		
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตามได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	20 บาท/ครั้ง

10. การชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

10.1 หลักเกณฑ์การชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

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

10.2 ระยะเวลาการส่งข้อมูล

หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลบริการได้ภายใน 90 วันหลังให้บริการ กรณีหน่วยบริการที่ตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการเองไม่ได้ต้องส่งไปตรวจที่ห้องปฏิบัติการของหน่วยบริการอื่น สปสช. จะนับจากวันที่ส่งตรวจและหากเป็นกรณีส่งเพาะเชื้อสามารถส่งข้อมูลได้ภายใน 120 วัน ทั้งนี้หากส่งข้อมูลเกินเวลาที่กำหนดแต่ไม่เกิน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการ สปสช. จะประมวลผลข้อมูลการจ่ายชดเชยในรอบเดือนถัดไป

3. บริการแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในกลุ่มโรคเป้าหมายตามที่กำหนด เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการ ที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับค่ายา Opioid ค่าออกซิเจน การดูแลแผล กิจกรรมบริการ และ การดำเนินการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามหลักเกณฑ์แนวทางที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย

1. การจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในระยะเวลา 6 เดือน ประกอบด้วย การให้ออกซิเจน การดูแลแผล การให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น การให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งการประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อมีการปรับการรักษา ตาม Advance care plan ตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่บ้านจนถึงเสียชีวิต ในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน 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

ระยะเวลา ที่ดูแลผู้ป่วย	ค่าบริการ รายเดือน (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

หมายเหตุ

* *จ่ายทุกเดือน และหยุดจ่ายเมื่อครบ 6 เดือน*

** *จ่ายครั้งเดียวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต*

เงื่อนไขการจ่าย

1) ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามรายการข้อมูลการวินิจฉัยและรหัสโรคตามรายการที่ สปสช. และกรมการแพทย์ ร่วมกันกำหนด (รายละเอียดตามภาคผนวก 14)

1. ต้องเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยหน่วยบริการต้องมีการบันทึกข้อมูลรหัสการวินิจฉัย Z51.5

2. หน่วยบริการต้องมีการจัดทำ Advance care plan และกรอกข้อมูลรหัส Z71.8

3. หน่วยบริการต้องกรอกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทุกครั้ง และต้องบันทึกข้อมูลกิจกรรมบริการ เช่น การให้ยา Opioid การให้ออกซิเจน การดูแลแผล ฯลฯ ตามการให้บริการจริง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา Opioid

4. การนับวันให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เริ่มนับตั้งแต่วันที่หน่วยบริการไปให้บริการผู้ป่วยที่บ้านวันแรก

เงื่อนไขหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน โดยต้องมีแพทย์และทีมบุคลากรที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ตามแนวทางที่กรมการแพทย์และ Service Plan สาขาการดูแลแบบประคับประคองฯ กำหนด

2. กรณีการให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น

ค่าบริการสาธารณสุขกรณีการให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น สำหรับบริการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่บ้าน

ขอบเขตบริการ

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะท้าย ทั้งบริการผู้ป่วยรายใหม่ และรายเก่า

2. เป็นการให้บริการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

เงื่อนไขหน่วยบริการ

1) หน่วยบริการที่สามารถขอรับการชดเชยค่ายากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นได้ ต้องมีศักยภาพ ดังนี้

1.1) เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2) เป็นหน่วยบริการที่ได้รับใบอนุญาตครอบครอง และจำหน่ายยาเสพติดประเภทที่ 2 หรือประเภทที่ 5

2) เป็นหน่วยบริการที่มีรายการยา Palliative care essential drugs list กลุ่ม Opioid ชนิดออกฤทธิ์ยาวที่กำหนดตาม “แนวทางการบริหารระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข” ครบทั้ง 3 กลุ่ม ดังนี้

2.1) มอร์ฟีนรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์ทันทีอย่างน้อย 2 รายการ คือ Morphine syrup และ Morphine tablet immediate release

2.2) มอร์ฟีนรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์ยาวอย่างน้อย 1 รายการ คือ Morphine tablet

sustained release และ/หรือ Morphine capsule sustained release

2.3) ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (opioids) รูปแบบดูดซึมผ่านผิวหนังอย่างน้อย 1 รายการ คือ Fentanyl patch

3) หน่วยบริการต้องมีแพทย์ประจำหรือแพทย์เจ้าของคนไข้ หรือ แพทย์ part time ที่สามารถสั่งจ่ายยาตามข้อ 2) ได้ โดยการสั่งจ่ายควรครอบคลุมอย่างน้อย 1 เดือน

เงื่อนไขการจ่าย

2) จ่ายให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดหายากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นให้แก่ผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง โดยการจ่ายยาแต่ละครั้งต้องครอบคลุมการใช้อย่างน้อย 1 เดือน

2.1) การให้บริการ หน่วยบริการมีรหัสการวินิจฉัยโรคมะเร็งตามระบบ ICD-10 ที่เข้าเกณฑ์การให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น สำหรับบริการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่บ้าน (รายละเอียดตามภาคผนวก 15) เป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับ ประคองที่บ้าน โดยต้องบันทึก รหัสการวินิจฉัยโรค Z51.5 ร่วมกับรหัสการวินิจฉัยโรคตามที่กำหนด

2.2) ต้องมีรหัสยา TMT ของยากลุ่ม Opioid โดยหน่วยบริการจัดทำบัญชีรายการยาของหน่วยบริการ (Drug catalogue) ตามแนวทางดำเนินการในระบบปกติ

ทั้งนี้ กรณีตรวจสอบพบว่าผู้ป่วยที่รับยา ไม่ได้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลที่บ้าน สปสช.จะดำเนินการเรียกคืนเงินในส่วนนี้ต่อไป

อัตราการจ่าย

จ่ายเพิ่มเติมจากการจ่ายค่าบริการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบบเหมาจ่ายในอัตรา 750 บาท/คน/เดือน เป็นรายเดือนทุกเดือนจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต

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 2565

(1.2.1.1) กรณีหน่วยบริการที่รักษาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านเอง กำหนดให้วันลงทะเบียนเป็นวันเดียวกับวันที่จำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล

(1.2.1.2) กรณีมีการส่งต่อผู้ป่วยให้หน่วยบริการอื่นดูแล กำหนดให้หน่วยบริการที่รับส่งต่อเป็นผู้ส่งข้อมูลลงทะเบียนผู้ป่วยโดยระบุวันลงทะเบียนเป็นวันเดียวกับวันที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านครั้งแรก

1.2.2) กรณีผู้ป่วยที่หน่วยบริการดูแลต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2564 และเป็นไปตามหลักเกณฑ์แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการของปีงบประมาณ 2565 ให้หน่วยบริการบันทึกวันที่ลงทะเบียนในหน้า F1 ครั้งแรก คือวันที่ 1 ตุลาคม 2564

1.3) กรณีที่มีหน่วยบริการส่งข้อมูลบริการมากกว่า 1 แห่งในผู้ป่วยรายเดียวกันและเป็นบริการดูแลที่บ้านในเดือนเดียวกัน สปสช.จะพิจารณาจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการแรกที่ส่งข้อมูลถูกต้องครบถ้วน

1.4) กรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 3 วันหลังจากการลงทะเบียนถือว่าไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการการดูแลแบบประคับประคอง จะไม่ได้รับค่าบริการตามที่กำหนด

2) หน่วยบริการต้องส่งข้อมูลที่สำคัญสำหรับการเบิกจ่ายค่าชดเชยกรณีค่าบริการดูแลที่บ้านและกรณีการให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น ตามที่กำหนดข้างต้น

4. การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก (Rare diseases)

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

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก พ.ศ. 2564 ได้กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้ คือ

<u>ขอบเขตและเงื่อนไขการให้บริการ</u>

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 type1	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

ลำดับ	ชื่อโรค	ICD 10	ORPHA	ลำดับ	ชื่อโรค	ICD 10	ORPHA
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

<u>กลุ่มเป้าหมาย</u>

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

หน่วยบริการที่จะให้บริการและได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ได้แก่

1) หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

2) กำหนดให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการดูแล ผู้ป่วยโรคหายาก คือ หน่วยบริการที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหายาก เป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามแนวทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3) กำหนดให้ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก และหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอื่นที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเป็นเครือข่ายในการดูแล โดยมีศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก เป็นศูนย์กลางในการดูแลรักษา รับส่งต่อ และให้คำปรึกษาแก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอื่น

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 ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก และแจ้งความจำนงค์เข้าร่วมให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

การจัดระบบบริการ

1) หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นที่ตรวจรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น หากสงสัยว่า เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules) แพทย์ผู้รักษาสามารถปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามเครือข่ายบริการที่กำหนด

2) หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น เก็บตัวอย่าง specimen ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจ

3) หากผลการตรวจวินิจฉัย พบว่าอยู่ในกลุ่มโรคหายากตามที่กำหนด แพทย์ผู้ดูแลในหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามเครือข่ายที่กำหนด

4) ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ลงทะเบียนผู้ป่วยมาในโปรแกรมระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายากที่สปสช.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 2 พิษณุโลก

ศูนย์โรคหายาก	แพทย์ดูแลผู้ป่วยเด็ก	แพทย์ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่	เครือข่ายให้คำปรึกษา/ส่งต่อ
รพ.พระมงกุฎเกล้า	- พ.อ.รศ.นพ.บุญชัย บุญวัฒน์ - พ.ต.นพ.ทิม เพชรทอง	- พ.อ.ผศ.นพ.กิตติ บูรณวุฒิ	เขต 12 สงขลา
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

<u>หมายเหตุ</u> :

1) *หน่วยบริการในเขต 13 กรุงเทพมหานคร สามารถขอรับคำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากได้ทุกแห่ง ที่ตั้งในเขตกรุงเทพมหานคร*

2) *กรณีแพทย์ผู้รักษาและ/หรือผู้ป่วยสะดวกที่รับการรักษาและติดตามกับศูนย์โรคหายากที่ไม่เป็นตามตาราง สามารถทำได้ แต่ทั้งนี้ต้องเป็นการดูแลรักษาต่อเนื่องกับศูนย์โรคหายากนั้น หากจะมีการโอนผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องที่ศูนย์อื่นในเวลาต่อมาก็สามารถทำได้เช่นกัน*

แนวทางปฏิบัติในการให้บริการและการขอรับค่าใช้จ่าย สำหรับหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นที่ตรวจรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น

หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นที่ตรวจรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น หากสงสัยว่า เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules) ให้ปฏิบัติดังนี้ คือ

1) แพทย์ผู้รักษาหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามเครือข่ายบริการที่กำหนด

2) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก จะเป็นผู้พิจารณา ในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3) หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น เก็บตัวอย่าง specimen ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจ

4) หากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก พบว่าผลการตรวจวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรคหายากตามที่กำหนด จะแจ้งให้แพทย์ผู้ดูแลในหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

5) การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น การตรวจรักษา และการส่งต่อผู้ป่วย ให้เบิกจ่ายตามระบบปกติ ตามแต่ละกรณี

<u>หมายเหตุ</u> การตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับการวินิจฉัยโรคหายาก ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก จะเป็นผู้ขอรับค่าใช้จ่ายมายัง สปสช.โดยตรง

แนวทางปฏิบัติในการให้บริการและการขอรับค่าใช้จ่าย สำหรับศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

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

2) เมื่อพบว่า ผลการตรวจวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรคหายากตามที่กำหนด จะแจ้งให้แพทย์ผู้ดูแลในหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นส่งต่อผู้ป่วยมารักษายังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

3) การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ค่าตรวจวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงตามเงื่อนไข และค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก จะเป็นผู้ขอรับค่าใช้จ่ายมายัง สปสช. โดยตรงตามอัตราและเงื่อนไขดังนี้

<u>อัตราและเงื่อนไขการการขอรับค่าใช้จ่าย</u>

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 ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหายากในปีแรกสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ นับตั้งแต่ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหายาก เป็นการจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่เป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ที่มีการลงทะเบียนและให้การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการตรวจยืนยัน การรักษาพยาบาลรวมกรณีภาวะแทรกซ้อนและการติดตามผล การรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคหายาก ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ดังนี้

กลุ่ม	โรค	อัตราจ่ายต่อคนต่อปี (บาท)
กลุ่ม A	• Other Organic aciduria (acidemia)	300,000
	• Propionic acidemia	300,000

กลุ่ม	โรค	อัตราจ่ายต่อคนต่อปี (บาท)
	• 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

2.1.1 งวดการจ่ายค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายากให้แก่หน่วยบริการที่เป็นศูนย์การดูแล

ผู้ป่วยโรคหายาก แบ่งเป็น 2 งวด

<u>งวดที่ 1</u> จ่ายร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายในแต่ละกลุ่มโรค โดยมีเงื่อนไขการจ่าย ดังนี้

- ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจยืนยันว่าเป็นโรคหายากที่กำหนด
- มีการลงทะเบียนในโปรแกรมระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามที่สปสช. กำหนด

<u>งวดที่ 2</u> จ่ายร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายในแต่ละกลุ่มโรค โดยมีเงื่อนไขการจ่าย ดังนี้

- รายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดและหรือการติดตามเมื่อจำหน่ายออกจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก
- ระยะเวลาการจ่าย หลังจากวันลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคหายาก 90 วัน

2.1.2 ในกรณีที่ผู้มีสิทธิเสียชีวิตหรือเปลี่ยนสิทธิการรักษาภายใน 90 วันนับจากวันลงทะเบียน ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากจะได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราร้อยละ 50 ของอัตราเหมาจ่ายในแต่ละกลุ่มโรค แต่หากเสียชีวิตหรือเปลี่ยนสิทธิการรักษาหลังจากวันลงทะเบียนเกิน 90 วัน ศูนย์การดูแลผู้ป่วยจะได้รับค่าใช้จ่ายเต็มจำนวน โดยการนับรอบการจ่ายค่าใช้จ่ายต่อปี จะนับตามรอบปีนับจากวันลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคหายาก

2.2 การรักษาพยาบาลหรือการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายเดิม อัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตราแต่ละกลุ่มโรค ได้แก่

กลุ่ม	โรค	อัตราจ่ายต่อคนต่อปี (บาท)
กลุ่ม A	• Other Organic aciduria (acidemia)	200,000
	• Propionic acidemia	200,000
	• Methylmalonic acidemia	200,000
	• Cobalamine defect	200,000
	• Isovaleric acidemia	200,000
	• Glutaric acidemia type 1	200,000
	• Maple syrup urine disease (MSUD)	200,000
	• Urea cycle disorders, unspecified enzyme defect	200,000
	• Ornithine transcarbamylase (OTC) deficiency	200,000
	• NAGS deficiency	200,000

กลุ่ม	โรค	อัตราจ่ายต่อคนต่อปี (บาท)
	• Citrullinemia type 1	200,000
	• Argininosuccinic aciduria (ASS deficiency)	200,000
	• Arginase deficiency (argininemia)	200,000
	• Phenylketonuria	200,000
	• Other specified disorders of amino acid metabolism	200,000
	• NICCD (Neonatal intrahepatic cholestasis caused by citrin deficiency)	200,000
	• Citrullinemia type 2	200,000
	• Tyrosinemia type 1	200,000
กลุ่ม B	• Disorders of Fatty acid oxidation and ketogenesis	33,000
	• Disorders of Carnitine cycle and Carnitine transport	33,000
	• Systemic primary carnitine deficiency	33,000
	• Tetrahydrobiopterin (BH4) deficiency	33,000
	• Multiple carboxylase deficiency: Biotinidase deficiency	33,000
	• Multiple carboxylase deficiency: Holocarboxylase deficiency	33,000

2.2.1 งวดการจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลหรือการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายเดิมให้แก่หน่วยบริการที่เป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก แบ่งเป็น 2 งวด ดังนี้

<u>งวดที่ 1</u> จ่ายร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายในแต่ละกลุ่มโรค โดยมีเงื่อนไขการจ่าย ดังนี้

- รายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดและหรือการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

<u>งวดที่ 2</u> จ่ายร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายในแต่ละกลุ่มโรค โดยมีเงื่อนไขการจ่าย ดังนี้

- รายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดและหรือการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- ระยะเวลาการจ่าย หลังจากเบิกงวดที่ 1 ไม่น้อยกว่า 90 วัน

2.2.2 ในกรณีที่ผู้มีสิทธิเสียชีวิตหรือเปลี่ยนสิทธิการรักษาภายใน 90 วัน นับจาก

บทที่ 4

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ขอบเขตบริการ

เป็นค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ให้กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้ป่วย คนพิการ (รหัสสิทธิย่อย 74) ผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อย่างต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน รวมถึงคนพิการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรคนพิการ องค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง และชุมชนในการพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน และให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่กลุ่มเป้าหมายร่วมกัน

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 18.73 บาทต่อผู้มีสิทธิ

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด (ไม่เกิน 5 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

1. จ่ายให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด ที่มีความพร้อมตามประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562
2. อัตราจ่ายให้เป็นความเห็นชอบร่วมกันสองฝ่าย
3. ครอบคลุมบริการ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการตามรายการที่ สปสช.กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัดดำเนินการ ค่าฝึกทักษะการทำความคุ้มเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ให้บริการในชุมชน และอื่นๆ ตามหน้าที่ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด

จ่ายตามผลงานบริการ (ส่วนที่เหลือ ไม่น้อยกว่า 13.73 บาท ต่อผู้มีสิทธิ)

บริหารจัดการระดับประเทศ ครอบคลุมบริการ

1. ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ (ไม่ซ้ำกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด)
2. ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) กรณีสมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) หรือ การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) เฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้มเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว และบริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ จ่ายตามผลงานบริการตามรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับหน่วยบริการ
3. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่นๆ จ่ายตามระบบ Point system with celling ของรายการบริการ (Fee schedule) ให้กับหน่วยบริการ
4. กรณีพื้นที่ที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด ให้เพิ่มครอบคลุมบริการค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ตามรายการที่ สปสช.กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัดดำเนินการ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้มเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว และค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ให้บริการในชุมชน

ข. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับจังหวัดที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด

ประกอบด้วยการให้บริการ 5 กรณีดังนี้

1. กรณีค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นคนพิการ (รหัสสิทธิย่อย 74)
2. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ
3. สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามจริงไม่เกินอัตราที่ สำนักงานกำหนด รายการตามประกาศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค (รายละเอียดตามภาคผนวก 16)

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย โดย

1. หน่วยบริการในพื้นที่ สำนักงานเขต 1-12 บันทึกข้อมูลผลงานบริการผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Disability Portal)

2. หน่วยบริการในพื้นที่ สำนักงานเขต 13 บันทึกข้อมูล ดังนี้

2.1 วันที่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564 บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม OPBKK

2.2 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim

การตรวจสอบข้อมูลการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

1. หน่วยบริการในพื้นที่ สำนักงานเขต 1-12 ตรวจสอบข้อมูลรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายผ่านระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)
2. หน่วยบริการในพื้นที่ สำนักงานเขต 13 ตรวจสอบข้อมูลรายงานการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

2.1 ข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564 ตรวจสอบข้อมูลผ่านโปรแกรม OPBKK

2.2 ข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ตรวจสอบข้อมูลผ่านระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)

2. กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (Intermediate care : IMC) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือกรณีสมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) หรือการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังนี้

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่า Barthel Score หรือ ADL น้อยกว่า 15 หรือ ค่า Barthel Score หรือ ADL เท่ากับหรือมากกว่า 15 แต่มี Multiple impairment ร่วมด้วย

กลุ่มเป้าหมาย	รหัส ICD 10
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	รหัส I60 - I64
สมองบาดเจ็บ (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

2. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย ได้แก่ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป และ หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด ที่สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (Intermediate care : IMC)
3. สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด มีรายการดังนี้

ประเภท การให้บริการ	รหัส บริการ	อัตราจ่าย ชดเชย	จำนวนครั้ง	หมายเหตุ
1. กายภาพบำบัด	H9339.1	450	ให้บริการไม่เกิน 20 ครั้ง กรณีหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด เมื่อให้บริการครบจำนวนครั้งที่กำหนดให้ส่งต่อตามระบบปกติ	โดย 3 กิจกรรมเป็นการจัดบริการแบบผู้ป่วยนอก หรือ ในชุมชน ภายในระยะเวลา 6 เดือนจากวันจำหน่ายผู้ป่วยใน และครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด กรณีการรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการให้นับจำนวนครั้งต่อเนื่อง
2. กิจกรรมบำบัด	H9383.1	150	รวมให้บริการ ไม่เกิน 10 ครั้ง	
3. แก้ไขการพูด	H9375.1	150		

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Disability Portal)

การตรวจสอบข้อมูลการจ่ายค่าใช้จ่าย

สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการผ่านระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)

3. กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการมองเห็น

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการมองเห็น เพื่อการสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility : O&M) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ เป็นคนพิการทางการมองเห็น (DF1) อายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ทั้งที่เป็นคนพิการตั้งแต่กำเนิดหรือภายหลัง กรณีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เน้นผู้ที่สามารถเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันได้

2. หน่วยบริการที่ให้บริการมีคุณสมบัติ ดังนี้

2.1 ผ่านการรับรองตามมาตรฐานพื้นฐานการให้บริการและมีครูฝึกทักษะ O&M ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน (O&M Instructor) จำนวนไม่น้อยกว่า 200 ชั่วโมง หรือประมาณ 6 ถึง 8 สัปดาห์จากวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดเพิ่มเติม

2.2 จัดให้มีบริการหรือส่งต่อการตรวจสุขภาพตา เพื่อประเมินความสามารถในการมองเห็น

3. สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการสาธารณสุขตามรายการและอัตรา ดังนี้

3.1 รูปแบบการให้บริการ ให้จัดบริการได้เป็น 2 รูปแบบ

3.1.1 กรณีการจัดบริการรายกลุ่ม ๆ ละไม่เกิน 15 คน อัตราส่วนของครูฝึก 1 คนต่อผู้เข้ารับบริการ 5 คน ระยะเวลาการฝึกอบรมรายกลุ่ม เฉลี่ย 120 ชั่วโมงต่อคน โดยให้บริการวันละไม่เกิน 6 ชั่วโมง สัปดาห์ละไม่เกิน 6 วัน

3.1.2 กรณีการจัดบริการรายบุคคล หากผู้รับบริการรายนั้นไม่พร้อมเข้ารับบริการรายกลุ่ม สามารถจัดส่งครูฝึกไปให้บริการที่บ้านได้ ระยะเวลาการฝึกอบรม 80 ถึง 120 ชั่วโมง

3.2 เหมาจ่ายในอัตรา 9,000 บาทต่อคน (1 คนเข้ารับบริการได้เพียงครั้งเดียวเท่านั้น)

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Disability Portal)

การตรวจสอบข้อมูลการจ่ายค่าใช้จ่าย

สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการผ่านระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)

4. กรณีบริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ ทางร่างกายและการเคลื่อนไหว (Independent Living : IL) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีคุณลักษณะดังนี้

1.1 คนพิการที่จดทะเบียนคนพิการประเภท 3 (พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว)

1.2 ไม่มีปัญหาทางการรับรู้ (cognitive function) ปัญหาทางการสื่อสารหรือมีความพิการซ้ำซ้อน เช่น พิการทางสติปัญญา พิการทางการมองเห็น พิการทางการได้ยิน หรือพิการด้านอื่นร่วม

2. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ที่เป็นศูนย์บริการคนพิการทั่วไป โดยมีหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ดังนี้

2.1. มีบุคลากรผู้ให้บริการ IL ผ่านการอบรมในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน (IL Instructor) และได้รับใบประกาศนียบัตรการรับรองจากวิทยาลัยราชสุดาหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

2.2. ให้บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระตามมาตรฐานที่กรมการแพทย์ให้การรับรอง ซึ่งมีระยะเวลาในการดำเนินงาน 8 สัปดาห์ ต่อผู้รับบริการ 1 คน

3. สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการสาธารณสุข โดยแบ่งจ่ายชดเชย 2 ครั้ง จำนวน 11,000 บาท ต่อการให้บริการ 1 ราย ตามอัตรา ดังนี้

3.1 ครั้งที่ 1 เมื่อหน่วยบริการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ ตกลงบริการ การให้ปรึกษาฉันเพื่อน กำหนด Achieve goal ร่วมกัน หน่วยบริการลงทะเบียนและบันทึก Achieve goal ในระบบ Disability portal พร้อมทั้งเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เหมาจ่ายในอัตรา 6,000 บาท

3.2 ครั้งที่ 2 เมื่อหน่วยบริการดำเนินการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระครบตามกำหนด บันทึกผลการดำเนินงาน และAchieve goal ในระบบ Disability portal พร้อมทั้งเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เหมาจ่ายในอัตรา 5,000 บาท

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Disability Portal)

การตรวจสอบข้อมูลการจ่ายค่าใช้จ่าย

สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการผ่านระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)

5. กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่น ๆ

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1. การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่น ๆ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1.1 เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

1.2 หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ หรือเป็นไปตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

1.3 หน่วยบริการมีบุคลากรสาขาวิชาชีพตามกิจกรรมที่ขอรับค่าใช้จ่าย

2. สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการแพทย์อื่นๆ โดยกรณี กายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด สามารถให้บริการที่บ้านหรือในชุมชนได้ ทั้งนี้จ่ายชดเชยตามระบบ Point system with ceiling ของรายการบริการ (Fee schedule) โดยจ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนดให้กับหน่วยบริการตามรายการ ดังนี้

ลำดับ	รายการ	อัตราชดเชย			
		รายบุคคล		รายกลุ่ม	
		รหัส	(บาท/วัน)	รหัส	(บาท/คน/วัน)
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	-	-

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย โดย

1. หน่วยบริการในพื้นที่ สำนักงานเขต 1-12 บันทึกข้อมูลผลงานบริการผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Disability Portal)
2. หน่วยบริการในพื้นที่ สำนักงานเขต 13 บันทึกข้อมูล ดังนี้
   2.1 วันที่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564 บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม OPBKK
   2.2 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim

การตรวจสอบข้อมูลการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

1. หน่วยบริการในพื้นที่ สำนักงานเขต 1-12 ตรวจสอบข้อมูลรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายผ่านระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)
2. หน่วยบริการในพื้นที่ สำนักงานเขต 13 ตรวจสอบข้อมูลรายงานการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้
   2.1 ข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564 ตรวจสอบข้อมูลผ่านโปรแกรม OPBKK
   2.2 ข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ตรวจสอบข้อมูลผ่านระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)

ข. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับจังหวัดที่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรงบประมาณเพื่อสมทบให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดำเนินการงานฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย รายการ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการฟื้นฟูสรรมถภาพและการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการในกองทุนฟื้นฟูระดับจังหวัด กำหนดบริการตามรายการและอัตราดังนี้

1. หน่วยบริการที่จัดบริการมีสิทธิรับค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสรรถภาพให้แก่ผู้มีสิทธิในชุมชน

ตามรายการและอัตราดังนี้

1. บริการกายภาพบำบัด อัตรารายบุคคล 150 บาทต่อวัน
2. บริการกิจกรรมบำบัด
   - 2.1 อัตรารายบุคคล 150 บาทต่อวัน
   - 2.2 อัตรารายกลุ่ม 75 บาทต่อคนต่อวัน

2. การฝึกใช้อุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการมองเห็นด้านการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility : O&M)

กิจกรรมและอัตราเช่นเดียวกับ ข้อ ก. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับจังหวัดที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด กรณีบริการ O&M ที่กล่าวข้างต้น

3. หน่วยบริการที่จัดบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

ตามรายการดังนี้

ลำดับ	รหัสอุปกรณ์	รายการอุปกรณ์	ราคากลาง (บาท)
1	8706	ไม้ค้ำยันรักแร้ แบบอลูมิเนียม	650
2	8707	ไม้เท้าอลูมิเนียม แบบสามขา	600
3	8708	ไม้เท้า สำหรับคนตาบอดพับได้ด้วยสายยืดหยุ่นชนิดมีด้าม	500
4	8711	ไม้ค้ำยันรักแร้ แบบไม้	350
5	8901	รถนั่งคนพิการ ชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้	6,600
6	8902	รถนั่งคนพิการ ชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้	4,400
7	8903	เบาะรองนั่ง สำหรับคนพิการ	800
8	8904	รถสามล้อโยกมาตรฐาน สำหรับคนพิการ	6,000
9	9001	แผ่นรองตัว สำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม	1,000

ทั้งนี้ รายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการรายการอื่น ๆ นอกเหนือจากรายการดังกล่าวข้างต้น สำนักงานจ่ายชดเชยค่าบริการให้กับหน่วยบริการตามรายการและอัตราที่กำหนดเช่นเดียวกับจังหวัดที่ไม่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด

องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด สามารถตรวจสอบข้อมูลผลงานบริการได้ที่โปรแกรมระบบบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด (http://www.pfr.nhso.go.th/pfr)

บทที่ 5

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข บริการการแพทย์แผนไทย

วัตถุประสงค์/ขอบเขตบริการ/เป้าหมาย

1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพ ของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ
3. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รายใหม่ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง

วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับบริการการแพทย์แผนไทย ได้รับจำนวน 19.00 บาทต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิ 47.5470 ล้านคน โดยเป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากงบค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวประเภทบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป สำหรับบริการแพทย์แผนไทย รวมบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รายใหม่ ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถทางการแพทย์ในระยะกลาง และการใช้น้ำมันกัญชาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พาร์กินสัน ไมเกรน และสารสกัดกัญชาในผู้ป่วยโรคลมชัก และมะเร็งระยะท้าย โดยมีหลักเกณฑ์การจ่าย ดังต่อไปนี้

1. บริการการแพทย์แผนไทย

1.1 จ่ายให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทย หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านแพทย์แผนไทย ในปีงบประมาณ 2565

1.2 จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย บริการนวด บริการประคบ บริการนวดและประคบ บริการอบสมุนไพร การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย และการใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยเป็นผลงานบริการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 – พฤษภาคม 2565 แบ่งจ่าย 2 งวด คือ

งวดที่ 1 ผลงานบริการตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2564 - มกราคม 2565
โดยตัดข้อมูล ณ กุมภาพันธ์ 2565

งวดที่ 2 ผลงานบริการตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ 2565 - พฤษภาคม 2565
โดยตัดข้อมูล ณ มิถุนายน 2565

1.3 เงื่อนไขการจ่ายตามผลงานบริการการแพทย์แผนไทย แต่ละรายการ ประกอบด้วย

รายการบริการ	เงื่อนไข
1. บริการนวด	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
2. บริการประคบ	
3. บริการนวดและประคบ	
4. บริการอบสมุนไพร	

รายการบริการ	เงื่อนไข
	5. การให้บริการประเภทบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง **หมายเหตุ** - บริการนวด/ประคบ/นวดและประคบ ภายในวันเดียวกัน หน่วยบริการจะได้รับการจ่ายเพียงรายการใดหนึ่งเท่านั้น
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด ตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย	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	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

1.4 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
	154-78-20	การประคบด้วยสมุนไพรที่ใบหน้า

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	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
	724-78-21	การประคบความร้อนที่แขน

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	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
	873-78-22	การประคบความเย็นที่หัวเข่า

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	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

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
อบสมุนไพร	900-77-15	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการเข้ากระโจมที่ทั่วร่างกาย
	900-77-16	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการอบไอน้ำสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย
	900-78-00	การอบไอน้ำสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย
	900-78-02	การเข้ากระโจมที่ทั่วร่างกาย

1.5 การส่งข้อมูลและรายงานผลงานบริการ

ก. การส่งข้อมูลการให้บริการ

1. หน่วยบริการ ในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 ให้ส่งข้อมูลการให้บริการตามโครงสร้างมาตรฐานด้านแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) คือ แฟ้ม PERSON, แฟ้ม SERVICE, แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, แฟ้ม DRUG_OPD, แฟ้ม PROCEDURE_OPD มายัง สปสช.ทุกเดือนหรือทุกวัน ผ่านระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP individual records http://op.nhso.go.th/op/)
2. หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 13 กทม. ส่งข้อมูลส่งข้อมูลการให้บริการดังนี้
   2.1 วันที่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564 บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม OPBKK
   2.2 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim

ข. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต กำกับติดตามการส่งข้อมูลบริการการแพทย์แผนไทย โดยหน่วยบริการบันทึกข้อมูลบุคลากรในระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ (CPP) ได้ที่ http://cpp.nhso.go.th/CPP/authen/ ให้เป็นปัจจุบัน

2. บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มหลอดเลือดสมอง (Stroke) รายใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2565 ได้กำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มหลอดเลือดสมอง (Stroke) รายใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง จำนวนไม่เกิน 1.61 บาทต่อผู้มีสิทธิ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ดังนี้

1. วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มการเข้าถึง บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รายใหม่ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง

2. กลุ่มเป้าหมาย

ได้แก่ ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ภายหลังที่พ้นระยะวิกฤติ มีอาการ และสัญญาณชีพคงที่ (Post stroke) ที่จำเป็นต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง (Intermediate Care; IMC)

3. คุณสมบัติของหน่วยบริการ

1. เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ขึ้นทะเบียนศักยภาพการให้บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูรายใหม่ ร่วมกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง (Intermediate care : IMC) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเพิ่มเติมศักยภาพบริการฝังเข็ม	การประเมิน
■ มีระบบบริการอื่น ๆ รวมถึงบริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า ควบคู่กับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง (IMC)	
การจัดบริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า ก. บริการฝังเข็ม ข. บริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า	มีระบบบริการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสอง
การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง (IMC) 1. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง 2. บริการกายภาพบำบัด	มีระบบบริการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสอง
■ มีแพทย์หรือบุคลากรวิชาชีพที่สอดคล้องกับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน 1. แพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝังเข็ม 3 เดือน ที่รับรองโดยกระทรวงสาธารณสุขและหรือแพทย์แผนจีนขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน	มีบุคลากรผู้ให้บริการสาขาวิชาชีพใดสาขาวิชาชีพหนึ่งหรือทั้งสอง
2. แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและหรือนักกายภาพบำบัด	มีบุคลากรผู้ให้บริการสาขาวิชาชีพใดสาขาวิชาชีพหนึ่งหรือทั้งสอง

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเพิ่มเติมศักยภาพบริการฝังเข็ม	การประเมิน
▪ มีสถานที่ อุปกรณ์ และเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน สำหรับบริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้า สอดคล้องกับมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน (Professional Standards for the Art of Healing in Traditional Chinese Medicine) ตามรายการที่กำหนดในแบบรับรองศักยภาพ/ความพร้อมการให้บริการฝังเข็ม ร่วมกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง (Intermediate care; IMC) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564	มีครบทุกข้อ

ทั้งนี้ หากหน่วยบริการมีการจัดบริการ โดยไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินขึ้นทะเบียนการจัดบริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูรายใหม่ ควบคู่กับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง (IMC) จะไม่มีสิทธิได้รับค่าบริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าเพิ่มเติมและไม่รับพิจารณาการขออุทธรณ์

2. มีบุคลากรที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

2.1 แพทย์ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาเวชกรรมที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝังเข็ม 3 เดือนที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง หรือ

2.2 แพทย์แผนจีนที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน

4. หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1. แนวทางการจัดบริการ โดยให้บริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูรายใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง (IMC) ทั้งแบบผู้ป่วยใน (IP) ผู้ป่วยนอก (OP) และในชุมชน ตั้งแต่ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติและมีอาการ และสัญญาณชีพคงที่ รวมระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน

2. หน่วยบริการต้องจัดระบบบริการฝังเข็ม โดยบูรณาการร่วมกับระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกลาง (Intermediate care; IMC) โดยอาจมีรูปแบบบริการ เช่น

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

รูปแบบที่ 2 เป็นบริการฝังเข็มร่วมกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ในหน่วยบริการที่มี Intermediate ward หรือ Intermediate bed ซึ่งรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่

3. แนวทางการให้บริการฝังเข็มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูรายใหม่ ควรให้บริการอย่างน้อย 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 10 ครั้ง และประเมินซ้ำเมื่อครบ 10 ครั้ง เพื่อพิจารณารักษาต่อ

อีก 10 ครั้ง รวมเป็น 20 ครั้ง โดยต้องมีการประเมินและบันทึกค่า Barthel index (BI) ร่วมด้วยทุกครั้งที่ให้บริการ ทั้งนี้ อาจฝังเข็มห่างขึ้นตามดุลยพินิจของแพทย์ โดยให้เป็นไปตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด

5. อัตราชดเชยค่าบริการ

5.1 จ่ายตามผลงานหรือรายการบริการ (Free schedule) ในอัตราครั้งละ 150 บาท ไม่เกิน 20 ครั้ง หรือ ไม่เกิน 180 วัน (6 เดือน) นับจากวันที่ผู้ป่วยได้รับบริการฝังเข็มครั้งแรก โดยอัตราค่าบริการดังกล่าวเหมาจ่ายรวมค่าเข็ม ค่ากระตุ้นไฟฟ้า และค่าบริการทางการแพทย์แล้ว

5.2 จ่ายตามมาตรฐานบริการ ในอัตรา 1,000 บาท เมื่อหน่วยบริการสามารถให้บริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าผู้ป่วยรายเดิมครบ 20 ครั้งในหน่วยบริการเดียวกัน ทั้งนี้จะต้องมีการประเมินและบันทึกค่า Barthel index (BI) ร่วมด้วยทุกครั้งที่ให้บริการ โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด หรือบุคลากรวิชาชีพสาขาอื่นๆ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการประเมินค่า Barthel Index (BI)

6. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย และการประมวลผลออกรายงานจ่ายชดเชย

6.1 หน่วยบริการ บันทึกข้อมูลผลงานการให้บริการและผลการประเมินค่า BI (BI0-BI20) ทุกครั้งผ่านระบบ e-Claim ซึ่ง สปสช. จะประมวลผลจ่ายตามวันที่จัดส่งข้อมูล (Send date) ภายใต้รหัสหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ (HCODE) โดยจะจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นรายกิจกรรมทุกสิ้นเดือน

6.2 สำหรับการจัดบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในชุมชน ผู้ให้บริการต้องบันทึกผลงานบริการแบบ OP visit ในโรงพยาบาล

6.3 ผู้ให้บริการต้องบันทึกรหัสวินิจโรคหลัก (ICD-10) ให้เป็นไปตามมาตรฐานการให้รหัสสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I64) ร่วมกับรหัสวินิจฉัยโรคแพทย์แผนจีน (ICD-10-TM) ได้แก่ U78110 – U78117 ดังแสดงในตาราง คู่กันทุกครั้งที่ให้บริการ

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	ค่าฝังเข็ม พร้อมการกระตุ้นจุดฝังเข็มด้วยเครื่องกระตุ้น เฉพาะกรณีการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต	9991801	Electro acupuncture therapy	ฝังเข็ม + เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า
		9021801	Subcutaneous electro-needling	ฝังเข็ม + เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า
		9031801	Muscle electro-needling	ฝังเข็ม + เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า

6.4 ผู้ให้บริการต้องบันทึกรหัสหัตการการแพทย์แผนจีน ICD-10-TM รหัสใดรหัสหนึ่ง ดังแสดงในตาราง คู่กันทุกครั้งที่ให้บริการ

6.5 ผู้ให้บริการต้องประเมินและบันทึกค่า Barthel index (BI 0 – BI 20) ร่วมด้วยทุกครั้งที่ให้บริการ

6.6 ผู้ให้บริการต้องจัดเก็บเอกสารที่จำเป็นเพื่อการตรวจสอบ กำกับ ติดตาม และประเมินผล

3. กรณีการใช้ยาน้ำมันกัญชาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พาร์กินสัน และไมเกรน และการใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยโรคลมชักและมะเร็งระยะท้าย

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการใช้ยาน้ำมันกัญชา ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พาร์กินสัน และไมเกรน และการใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยโรคลมชักและมะเร็งระยะท้าย พ.ศ. 2564 ได้กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการใช้ยาน้ำมันกัญชา ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พาร์กินสัน และไมเกรน และการใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยโรคลมชักและมะเร็งระยะท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข จะต้องให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิ ตามเงื่อนไขดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย

ได้แก่ ผู้มีสิทธิ ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและมีการใช้น้ำมันกัญชาหรือสารสกัดกัญชา ดังนี้

1.1 กรณีการใช้ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากช่อดอกซึ่งยามี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) 2.0 mg/ml ได้แก่

1.1.1 ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (กษัย)

1.1.2 ผู้ป่วยโรคไมเกรน (ลมปะกัง)

1.1.3 ป่วยโรคพาร์กินสัน

1.2 กรณีการใช้ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากราก ลำต้น กิ่ง ก้าน ใบ ดอก และเมล็ด ได้แก่

1.2.1 ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (กษัย)

1.2.2 ผู้ป่วยโรคไมเกรน (ลมปะกัง)

1.3 กรณีการใช้สารสกัดกัญชา

1.3.1 ผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก

1.3.2 ผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้าย

2. หน่วยบริการ

ได้แก่ หน่วยบริการที่มีใบอนุญาตให้จำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 (กัญชา) โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

2.1 การใช้ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากช่อดอก ซึ่งยามี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) 2.0 mg/ml ต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม เป็นผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ โดยผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าวต้องผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง และ ต้องผ่านการอบรมการใช้น้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา) จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามเงื่อนไขของโครงการที่ขออนุมัติไว้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

2.2 กรณีการใช้ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากราก ลำต้น กิ่ง ก้าน ใบ ดอก และเมล็ด ต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย หรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เป็นผู้ทำหน้าที่สั่งใช้ โดยผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าวต้องผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง และ ต้องผ่านการอบรมแนวทางการใช้ยาน้ำมันกัญชาทั้ง 5 จาก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ตามเงื่อนไขของโครงการที่ขออนุมัติไว้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

2.3 กรณีการใช้สารสกัดกัญชา ต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพการเวชกรรม ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง รวมถึงได้รับการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ให้เป็นผู้สั่งใช้สารสกัดกัญชา

กรณีการใช้สารสกัดกัญชารักษาโรคลมชักที่รักษายากในผู้ป่วยเด็ก ให้อยู่ภายใต้การดำเนินการของกุมารแพทย์ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา และตามเงื่อนไขของโครงการที่ขออนุมัติไว้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

3. หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

3.1. การใช้น้ำมันกัญชาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พาร์กินสัน และไมเกรน

การใช้ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากช่อดอก ซึ่งยามี delta-9tetrahydrocannabinol (THC) 2.0 mg/ml

ข้อบ่งชี้ เป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง (ทุกชนิด) หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า

เป็นไมเกรน หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นพาร์กินสัน เพื่อบรรเทาอาการ ดังนี้

- ปวด และ/หรือ
- นอนไม่หลับ และ/หรือ
- เบื่ออาหาร

อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายสำนักงานสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการแก่หน่วยบริการ โดยเหมาจ่ายตามอัตราดังนี้

ชนิดยา	ขนาด (ml)	อัตราจ่าย (บาท/ขวด)	ปริมาณการใช้ยา (ขวด/คน/เดือน)
ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากช่อดอก ซึ่งยามี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) 2.0 mg/ml	10 ml.	172	1-2

3.2 การใช้ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากราก ลำต้น กิ่ง ก้าน ใบ ดอก และเมล็ด

ข้อบ่งชี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง (ทุกชนิด) หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไมเกรน เพื่อบรรเทาอาการ ดังนี้

- ปวดเรื้อรัง
- นอนไม่หลับ

อัตราการจ่ายค่าใช้จ่าย สำนักงานสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการแก่หน่วยบริการ โดยเหมาจ่ายตามอัตราดังนี้

ชนิดยา	ขนาด (ml)	อัตราจ่าย (บาท/ขวด)	ปริมาณการใช้ยา (ขวด/คน/เดือน)
ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากราก ลำต้น กิ่ง ก้าน ใบ ดอก และเมล็ด	5 ml.	150	2-4

3.3 การใช้ยาน้ำมันสารสกัดกัญชา

ข้อบ่งชี้

- ผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก ผู้สั่งใช้ยาต้องเป็นกุมารแพทย์อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา และได้รับการอบรมหลักสูตรการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขให้การรับรอง กรณีการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก ได้แก่ Dravet Syndrome และ Lennox-Gastaut Syndrome และ/หรือโรคลมชักที่ดื้อต่อยารักษาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป
- ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

อัตราการจ่ายค่าใช้จ่าย สำนักงานสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการแก่หน่วยบริการ โดยเหมาจ่ายตามอัตราดังนี้

ชนิดยา	ขนาด (ml)	อัตราจ่าย (บาท/ขวด)	ปริมาณการใช้ยา (ขวด/คน/เดือน)	หมายเหตุ
ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ไม่เกิน 0.5 mg/drop	5 ml.	500	2	ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) ในอัตราส่วน 1:1	5 ml.	900	2	
ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี Cannabidiol (CBD)100 mg/ml และมี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ในอัตราส่วนที่ CBD:THC มากกว่าหรือเท่ากับ 20:1	10 ml.	2,000	6	ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก
	30 ml.	6,000	2	

<u>หมายเหตุ</u>

1. กรณียากลุ่มบัญชี 3 ได้แก่

1.1. ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากช่อดอก ซึ่งยามี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) 2.0 mg/ml

1.2. ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากราก ลำต้น กิ่ง ก้าน ใบ ดอก และเมล็ด

1.3. ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี Cannabidiol (CBD)100 mg/ml และมี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ในอัตราส่วนที่ CBD:THC มากกว่าหรือเท่ากับ 20:1

รายการยา รูปแบบ และเงื่อนไขการใช้ต้องดำเนินการ ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติและโครงการที่ขออนุมัติไว้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

2. หน่วยบริการสามารถยื่นอุทธรณ์ต่อสำนักงานได้เป็นรายกรณี หากให้บริการมากกว่าที่กำหนด

3. กรณีที่หน่วยบริการได้รับการจ่ายหรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายการใดรายการหนึ่งจากหน่วยงานอื่นไม่สามารถนำข้อมูลมาเรียกเก็บกับสำนักงานได้

4. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย และการประมวลผลออกรายงานจ่ายชดเชย

4.1 หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมการเบิกชดเชยยา หัวข้อยากัญชา ซึ่งเป็นโปรแกรมที่บริหารจัดการร่วมกันระหว่างสานักงานคณะกรรมการอาหารและยากับสำนักงาน สำหรับข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนดจะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

4.2 สำนักงานจะทำการตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามวันที่มีการบันทึกและส่งข้อมูล (Sent date) เป็นรายเดือน หลังจากนั้นจะรายงานผลการรับส่งข้อมูล (REP) ให้หน่วยบริการตรวจสอบผ่านระบบ Seamless for DMIS

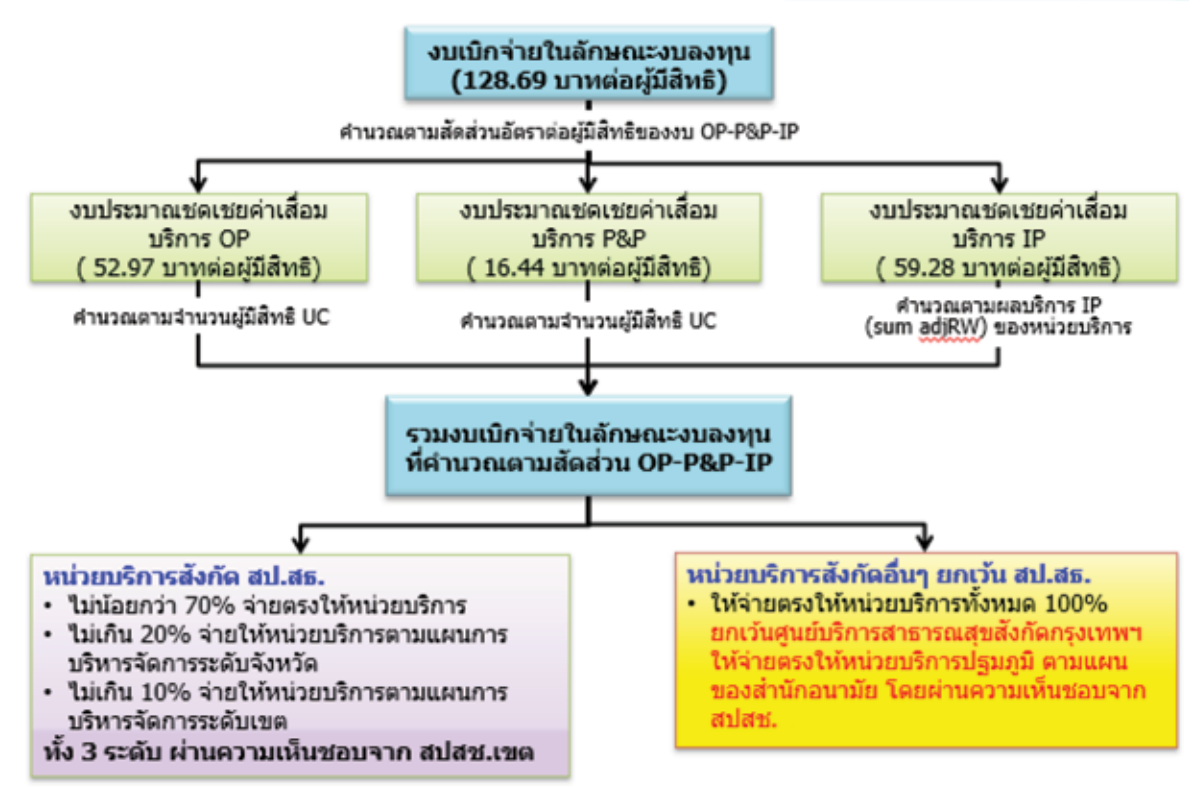
บทที่ 6

ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

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

แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ได้รับจำนวน 128.69 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 47.5470 ล้านคน



1. หน่วยบริการที่มีสิทธิรับเงิน

1.1 เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ทั้งนี้ สำหรับหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรค และหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ที่ขึ้นทะเบียนใหม่ระหว่างปีงบประมาณ 2565 จะไม่ได้รับจัดสรรเงิน

1.2 กรณีที่มีหน่วยบริการลาออก และมีการโอนย้ายประชากรระหว่างกันในปีงบประมาณ 2565 ให้โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ให้กับหน่วยบริการที่รับดูแลประชากรจริงตามสัดส่วนที่ให้บริการ

1.3 หน่วยบริการที่ไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขจนครบปีงบประมาณของสัญญาการให้บริการสาธารณสุขจะถูกเรียกคืนเงินตามสัดส่วนที่อยู่ไม่ครบปีงบประมาณ

2. การแบ่งสัดส่วนเงินสำหรับคำนวณจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

เป็นการจ่ายชดเชยค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการสำหรับบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยในและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยสัดส่วนเงินอัตราต่อหัวผู้มีสิทธิของแต่ละประเภทบริการ ในปี 2565 แล้วนำอัตราที่ได้คูณกับเป้าหมายจำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 47.5470 ล้านคน ผลของการแบ่งสัดส่วนเงินของแต่ละประเภทบริการ มีดังนี้

2.1 สัดส่วนบริการผู้ป่วยนอก 52.97 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ

2.2 สัดส่วนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 16.44 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ

2.3 สัดส่วนบริการผู้ป่วยใน 59.28 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ

3. หลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน

3.1 สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนให้กับหน่วยบริการประจำ โดยแยกวงเงินเป็น 2 กลุ่มตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2564 คือ

3.1.1 กลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2564 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2565 หรือกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการ สปสช.จะปรับการจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องภายใต้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน 1 เมษายน 2564

3.1.2 กลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ ที่เหลือ ใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 พฤศจิกายน 2564 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

3.2 สำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้ตามจำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ตามระบบ DRGs (adjRW) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ โดยให้ใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยในที่ส่งมาในแต่ละเดือนของปีงบประมาณ 2564 จำนวน 6 เดือน (ตุลาคม 2563 – มีนาคม 2564) ด้วยอัตราต่อ 1 adjRW ที่เท่ากันทุกหน่วยบริการ ทั้งนี้ข้อมูลผลงานผู้ป่วยใน (adjRW) ที่ใช้ในการคำนวณ เป็นข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยในทั่วไป ซึ่งไม่รวมถึงข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในที่มีการชดเชยเพิ่มเติมพิเศษจากการชดเชยผู้ป่วยในทั่วไป ไม่รวมถึงข้อมูลผู้ป่วยในของหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรค 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 เพื่อส่งให้ สสจ.ทราบและพิจารณาเบื้องต้นก่อนส่งให้ สปสช.เขต เพื่ออนุมัติ

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

4.2.1.3 เงินที่จัดสรรให้ระดับเขตของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้คณะกรรมการ

เขตสุขภาพ จัดทำแผนฯ จัดสรรให้กับ รพช./รพ.สต. และส่งให้ สปสช.เขต เพื่อ อนุมัติ

4.2.2 สำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นๆ ที่เหลือ ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการ ให้จัดสรรตรงให้หน่วยบริการทั้งหมด โดยหน่วยบริการจัดทำแผนฯ ดังนี้

4.2.2.1 หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 หน่วยบริการจัดทำแผนฯ และส่งให้ สปสช.เขต อนุมัติ

4.2.2.2 หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 13 หน่วยบริการจัดทำแผนฯ ส่งให้ สปสช.อนุมัติ ยกเว้น กรณีศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร ให้จ่ายตามแผนของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร และส่งให้ สปสช.อนุมัติ

4.2.2.3 หน่วยบริการในสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ จัดสรรเป็นภาพรวมให้กับกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้จัดทำแผนฯ และส่งให้ สปสช.อนุมัติ

4.2.3 กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงรายการแผนสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่เขต 1-12 ให้หน่วยบริการแจ้ง สปสช.เขต เพื่อพิจารณาอนุมัติ สำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร กรมแพทย์ทหารเรือ 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 / สัญญาให้บริการสาธารณสุข ที่เป็นรูปแบบที่ใช้ในปัจจุบัน 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 ยื่นต่อ สปสช.เขต (สำหรับเขต 1-12) หรือส่วนกลาง (สำหรับเขต 13) เพื่อพิจารณา

5.2.2 สปสช.เขตหรือส่วนกลาง จัดเก็บหนังสือแสดงความจำนง ต้นฉบับไว้ และคืนคู่ฉบับให้หน่วยบริการ

5.2.3 สปสช.เขตหรือส่วนกลาง ส่งหนังสือแสดงความจำนงฉบับจริง และรายละเอียดแผนบริหารเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ให้สปสช. เพื่อใช้เป็นหลักฐานประกอบการโอนเงินให้หน่วยบริการต่อไป

5.3 กรณีหน่วยบริการที่เข้าใหม่ กรณีเป็นภาครัฐนอกสังกัด สธ.ต้องจัดทำข้อตกลงให้บริการสาธารณสุข หรือสัญญาให้บริการสาธารณสุขกรณีเป็นภาคเอกชน พร้อมทั้งแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีคู่ฝากของหน่วยบริการที่เป็นบัญชีของธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร จำนวน 2 ชุด ส่งไปที่สปสช. เขต ยกเว้น หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ให้แจ้งมาที่ สปสช.

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 7

บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการมีเป้าประสงค์ให้ประชาชนมั่นใจว่าจะได้รับบริการ ที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และหน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

การจัดสรรงบจ่ายตามคุณภาพผลงานบริการนี้ เป็นการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการโดยนำไปบูรณาการไปกับการจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันสูง เพื่อจ่ายตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) รายละเอียดตามบทที่ 12 การบริหารค่าใช้จ่ายบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระดับเขต

บทที่ 8

การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว สำหรับหน่วยบริการภาครัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการบริหารจัดการ

1. มีการกันเงินไว้ปรับเกลี่ย ไม่เกินร้อยละ 10 ของประมาณการรายรับที่หน่วยบริการสังกัด สป.สธ.จะได้รับปีงบประมาณ 2565 สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัด และสำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

2. การคำนวณจัดสรรแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ และค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน ใช้จำนวนประชากรผู้มีสิทธิ ณ 1 เมษายน 2564

3. การคำนวณการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มประเภทหน่วยบริการและจำนวนเตียง

4. ปรับลดค่าแรงระดับหน่วยบริการ โดยใช้ตัวเลขการเบิกจ่ายงบบุคลากรจากระบบของกรมบัญชีกลางและระบบ GFMIS แยกรายการค่าใช้จ่ายบุคคลภาครัฐในระบบประกันสุขภาพด้วยข้อมูลบัญชีถือจ่ายเงินเดือน เป็นตัวเลขอ้างอิงระดับจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปรับเกลี่ยกระจายเป็นราย CUP ด้วยข้อมูลงบบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงจากกระทรวงสาธารณสุข

5. มีการประกันรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปีงบประมาณ 2565 เป็นไปตามแนวทางและเงื่อนไข ที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

6. ให้เขตสุขภาพสามารถปรับการจัดสรรเงินที่ได้ โดยผ่านความเห็นชอบของคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต (คณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต)

หลักเกณฑ์การคำนวณวงเงิน และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป

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

1.1) เงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ คำนวณวงเงินแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิให้กับหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราเหมาจ่ายในระดับจังหวัดที่คำนวณมาจากหลักเกณฑ์กลางทั้งประเทศ โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2564 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2565 หรือกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการ สปสช.จะปรับการจ่ายแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ตามที่ สปสช.เขตแจ้ง ภายใต้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2564

1.2) เงินค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)

1.1.1 คำนวณวงเงินแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิให้กับหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราเหมาจ่ายในระดับจังหวัดที่คำนวณมาจากหลักเกณฑ์กลางทั้งประเทศ โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2564 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2565 หรือกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการ สปสช.จะปรับการจ่ายแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ตามที่ สปสช.เขตแจ้ง ภายใต้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2564

1.1.2 คำนวณวงเงินตามผลงานบริการเป็นรายหน่วยบริการประจำหรือสถานบริการ ด้วยหลักเกณฑ์กลางทั้งประเทศ โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2564

2) ประมาณการรายรับเงินค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (adjRW) โดยประมาณการผลงาน adjRW ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2565 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) กรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกเขตประมาณการเงินรายรับที่อัตราที่ 9,600 บาทต่อ adjRW

3) กันเงินไว้ปรับเกลี่ย ไม่เกินร้อยละ 10 ของประมาณการรายรับที่หน่วยบริการสังกัด สป.สธ.จะได้รับ ปีงบประมาณ 2565 สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัด และสำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

4) คำนวณจัดสรรภายใต้เงื่อนไขของ สป.สธ.

4.1) คำนวนแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน โดยคำนึงถึงต้นทุนในการจัดบริการที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ตามปัจจัย Economy of scale เพื่อให้ค่าน้ำหนักของแต่ละขั้นการจัดสรร โดยใช้จำนวนประชากร UC ณ 1 เมษายน 2564

4.2) คำนวณการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) กำหนดการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักอัตราการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในที่ใช้บริการในเขต (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มประเภทหน่วยบริการและจำนวนเตียง

5) การคำนวณประกันรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปีงบประมาณ 2565 หลังคำนวณการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) และการจ่ายเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนัก (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการและปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) จะปรับประมาณการรายรับให้ได้ตามที่กำหนด โดยใช้เงินที่กันไว้สำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ตามแนวทางและเงื่อนไข ที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ดังนี้

5.1) สำหรับหน่วยบริการทุกแห่ง ประกันรายรับไม่น้อยกว่าร้อยละ 92 ของรายรับภาพรวมขั้นต่ำ ปีงบประมาณ 2564 ยกเว้นหน่วยบริการในเขตนำร่องการปฏิรูปเขตสุขภาพ ประกอบด้วย เขต 1 เชียงใหม่ เขต 4 สระบุรี เขต 9 นครราชสีมา และเขต 12 สงขลา ให้สามารถประกันรายรับได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 87 ของรายรับภาพรวมขั้นต่ำ ปีงบประมาณ 2564

5.2) สำหรับหน่วยบริการกลุ่ม รพช.ที่มีจำนวนประชากร UC น้อยกว่า 30,000 คน ประกันรายรับไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 ของ Minimum operating Expense (MOE) ของการให้บริการผู้ป่วยสิทธิ UC และเพิ่มรายการ Fixed cost ที่ต้องจ่ายให้ รพ.สต.ภายใต้ CUP เพิ่มเติม

5.3) สำหรับหน่วยบริการเป้าหมายที่ช่วยเหลือเป็นการเฉพาะที่มีความเสี่ยงทางด้านการเงิน (ป้องกันความเสี่ยงระดับประเทศ)

6) เงินกันสำหรับบริหารจัดการระดับเขต/จังหวัด หน่วยบริการจะได้รับการปรับเกลี่ยเงินโดยคณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต

2. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน กรณีสิทธิอื่นๆ (PP NON UC)

ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (กรณีสิทธิอื่นๆ ที่ไม่ใช่สิทธิ UC) คำนวณวงเงินตามจำนวนประชากรสิทธิอื่นๆ ระดับจังหวัด เนื่องจากประชากรสิทธิอื่นๆ ไม่มีการลงทะเบียนกับหน่วยบริการ โดยให้ปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนทุกสังกัด ตามความจำเป็นและความเหมาะสมในการให้บริการ ดังนี้

1) โดยคำนึงถึงสัดส่วนของผู้ประกันตนของกองทุนประกันสังคมและสัดส่วนตามทะเบียนราษฎร์ของสวัสดิการข้าราชการร่วมกับหน่วยบริการรัฐและเอกชนในพื้นที่ ทั้งนี้อาจจะนำผลงานบริการกลุ่มสิทธิอื่นประกอบการพิจารณาร่วมด้วย ภายใต้เงื่อนไขที่ผู้รับบริการสามารถใช้บริการในหน่วยบริการสังกัด UC ได้โดยไม่มีการเรียกเก็บเงิน

2) การปรับเกลี่ย ให้ สปสช.เขต หารือกับผู้แทน สธ.ระดับเขตหรือจังหวัด หรืออาจจะหารือร่วมกับผู้แทนกองทุนสิทธิที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาคประชาชน เพื่อดำเนินการปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการ และผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

3. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

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

4.กำหนดการโอนเงินให้หน่วยบริการ

รายการ	งวดการโอนเงิน
1. ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	งวดที่ 1: สปสช.จะโอนเงินร้อยละ 50 ของตัวเลขรายรับปี 2565 ไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2564 งวดที่ 2: สปสช.จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 2565 ไม่เกินวันที่ 31 มกราคม 2565
2. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน	งวดที่ 1: สปสช.จะโอนเงินร้อยละ 50 ของตัวเลขรายรับปี 2565 ไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2564 งวดที่ 2 : สปสช.จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 2565 ไม่เกินวันที่ 31 มกราคม 2565
3. ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป	สปสช.จะโอนเงินตามผลงานการให้บริการที่ส่งมาในแต่ละเดือน โดยโอนเงินตามปฏิทินการออก Statement ปีงบประมาณ 2565
4. เงินกันสำหรับบริหารจัดการระดับเขต/จังหวัด	โอนไม่เกิน 31 ตุลาคม 2564

รายการ	งวดการโอนเงิน
5.ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานกรณีสิทธิอื่นๆ (PP NON UC)	โอนไม่เกิน 31 ตุลาคม 2564
6.ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัยและพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	โอนไม่เกิน 31 ตุลาคม 2564

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 (รายละเอียดตามภาคผนวก 17) 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 พิจารณาจัดสรรเงินส่วนที่เหลือให้กับหน่วยบริการประจำในจังหวัดโดยประสานแจ้งมาที่ สปสช.เขตในพื้นที่ เพื่อตรวจสอบและแจ้งให้ สปสช.โอนเงินให้กับหน่วยบริการต่อไป

บทที่ 9

การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว สำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชน

ปีงบประมาณ 2565 หน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชน จะได้รับการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว ดังนี้

1. ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2565

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

3. งบบริการผู้ป่วยในทั่วไป จัดสรรตามผลงานการให้บริการที่ส่งมาในแต่ละเดือน ในปีงบประมาณ 2565 ด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายภายในเขต

เงื่อนไข หลักเกณฑ์ และอัตราการจ่ายค่าใช้จ่าย

1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในพื้นที่เขต 1-12 มีหลักเกณฑ์ในการจัดสรร ดังนี้

1.1 งบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จะจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการประจำตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2565 คูณด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณในระดับจังหวัดเฉลี่ยต่อเดือน

1.2 งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)

1.2.1 จัดสรรแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2565 คูณด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณในระดับจังหวัดเฉลี่ยต่อเดือน

1.2.2 จัดสรรตามผลงานบริการโดยใช้ข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2564 ในการคำนวณจัดสรร

1.2.3 จ่ายชดเชยตามรายการบริการ (Fee Schedule) ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

1.3 งบบริการผู้ป่วยในทั่วไป โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือนให้หน่วยบริการที่รักษาด้วยราคากลางที่กำหนด 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 กลุ่มภาครัฐอื่น ๆ ที่เหลือ (ยกเว้น Uhosnet) จะปรับลดค่าแรงจากรายรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P Basic Services) ในสัดส่วนร้อยละ 32 ของรายรับ และปรับลดค่าแรงสำหรับบริการผู้ป่วยในเฉพาะบริการภายในเขตในสัดส่วนร้อยละ 28 ของรายรับ

หมายเหตุ : สำหรับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในพื้นที่เขต 13 กรุงเทพมหานคร เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2565

2. การโอนเงินให้กับหน่วยบริการ

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

ผลงาน	กำหนดการโอนเงิน OP/PP	กำหนดการโอนเงิน IP
ตุลาคม 2564	15 พฤศจิกายน 2564	โอนเงินตามปฏิทินการออก Statement ปีงบประมาณ 2565
พฤศจิกายน 2564	15 ธันวาคม 2564	
ธันวาคม 2564	17 มกราคม 2565	
มกราคม 2565	15 กุมภาพันธ์ 2565	
กุมภาพันธ์ 2565	15 มีนาคม 2565	
มีนาคม 2565	18 เมษายน 2565	
เมษายน 2565	16 พฤษภาคม 2565	
พฤษภาคม 2565	15 มิถุนายน 2565	
มิถุนายน 2565	15 กรกฎาคม 2565	
กรกฎาคม 2565	16 สิงหาคม 2565	
สิงหาคม 2565	15 กันยายน 2565	
กันยายน 2565	14 ตุลาคม 2565	

หมายเหตุ: สำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร เงินค่าบริการผู้ป่วยนอก และเงินค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การโอนเงินจะเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

บทที่ 10

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ด้านเอชไอวี/เอดส์ (HIV/AIDS)

ขอบเขตการบริการ

งบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 2 หมวด คือ งบบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง และงบบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีแนวคิดการบริหารจัดการในลักษณะภาพรวมระดับประเทศและระดับเขต ซึ่งชดเชยหรือสนับสนุนงบประมาณให้แก่หน่วยบริการเพิ่มเติม (Additional Payment) แยกจากระบบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ตามปริมาณงานในแต่ละหน่วยบริการ

กรอบการบริหารจัดการค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ปีงบประมาณ 2565 สปสช. ได้รับจัดสรรงบประมาณบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยแบ่งออกเป็น 2 หมวด ดังแสดงในภาพที่ 1

กรอบบริหารงบกองทุนบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

1. บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มเป้าหมาย/ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1) การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยาลดไขมัน	สนับสนุนในรูปแบบของยาจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
2) การตรวจขับสูดทางห้องปฏิบัติการ	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
3) การให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวี (HIV)	
3.1) ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี(HIV)	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
3.2) บริการให้คำปรึกษาฯ	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
3.3) ถุงยางอนามัย	สนับสนุนในรูปแบบของยาจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
4) สนับสนุนค่าบริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	
4.1) บริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
4.2) ถุงยางอนามัย	สนับสนุนในรูปแบบของถุงยางจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
5) ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี (Hep C)	หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่ สปสช. กำหนด

2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

1) บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
2) บริการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (งานศูนย์องค์รวม)
3) บริการยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP)

ภาพที่ 1 แสดงกรอบการบริหารงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ 2565

ก. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีให้บริการด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและยาลดไขมัน บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บริการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing: VCT) การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี Hepatitis C Virus : HCV และถุงยางอนามัย ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามแนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการสาธารณสุข

1. **ผู้รับบริการ** แยกตามการให้บริการดังนี้

1.1. กรณีบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและยาลดไขมัน บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2. กรณีการให้บริการปรึกษา และการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ สำหรับประชาชนไทยทุกคน

2. **หน่วยบริการที่ให้บริการ**

หน่วยบริการที่ให้บริการ เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านการประเมินศักยภาพการให้บริการด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การให้บริการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ และการบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการและอัตราการจ่าย

ให้สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่าย หรือสนับสนุนยา และเวชภัณฑ์ ตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามรายการและอัตรา ดังนี้

ลำดับ	รายการจ่าย ชดเชย	จำนวนครั้ง บริการ	ราคา (บาท)
บริการด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส			
1.	ยาต้านไวรัสเอชไอวีและยาลดไขมัน	ตามการให้บริการจริง	ชดเชยเป็นยา
2.	ถุงยางอนามัย	ตามงบประมาณ	ชดเชยเป็นถุงยางอนามัย
3.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ DNA PCR	ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี	1,000 บาทต่อครั้ง
4.	ค่าบริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษา	ไม่เกิน 12 ครั้งต่อปี	20 บาทต่อครั้ง
5.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC , FBS , Cr , Chol , TG , SGPT/ALT	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	25 บาทต่อรายการ
6.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ CD4	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	400 บาทต่อครั้ง
7.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Viral Load ตรวจเพิ่มได้กรณี ดังนี้ - ผู้ป่วยเปลี่ยนสูตรยาเนื่องจากผลข้างเคียงของยา - หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในทารกที่อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ - ตรวจ VL Base line ก่อนเริ่มยาด้วย ABC หรือ Dual therapy ด้วยยา DTG+3TC	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	1,350 บาทต่อครั้ง
8.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ HIV Drug Resistance กรณี VL ≥ 1,000 copies/ml - Commercial - In-House	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี	 6,000 บาทต่อครั้ง 5,500 บาทต่อครั้ง
9.	ค่าวัสดุอุปกรณ์เจาะ/เก็บเลือดและค่าขนส่ง - กรณีการส่งตรวจ CD4 และ VL - กรณีการส่งตรวจ DR		 20 บาทต่อครั้ง 100 บาทต่อครั้ง
บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี			
10.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti HCV - Rapid Test - เครื่องอัตโนมัติ	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี	 70 บาทต่อครั้ง 300 บาทต่อครั้ง

ลำดับ	รายการจ่าย ชดเชย	จำนวนครั้ง บริการ	ราคา (บาท)
11.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ด้วยวิธี HCV viral load (HCV RNA – Quantitative) ก่อนการรักษา	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี	2,300 บาทต่อครั้ง
12.	ค่าบริการตรวจพิสูจน์ว่ามีภาวะพังผืดตับในระดับที่มีความสำคัญ (significant fibrosis) - APRI score หรือ Fibrosis- 4 score หรือ - Transient elastography(Fibro scan®)หรือ - Fibro marker panal	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี	 200 บาทต่อครั้ง 2,000 บาทต่อครั้ง 2,000 บาทต่อครั้ง
บริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับผู้รับบริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี			
13.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรองโรคซิฟิลิส (Syphilis)	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี	100 บาทต่อครั้ง
14.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรองโรคหนองใน (Gonorrhea)	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี	100 บาทต่อครั้ง
15.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรองโรคหนองในเทียม (Chlamydia)	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี	100 บาทต่อครั้ง
16.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนัก (Anus smear) และหรือการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear)	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี	250 บาทต่อครั้ง
บริการ ให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ			
17.	ค่าบริการให้คำปรึกษากรณี VCT	ไม่เกิน 6 ครั้งต่อปี	7 บาทต่อครั้ง
18.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti-HIV	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	140 บาทต่อการรู้ผล
19.	ถุงยางอนามัย	ตามงบประมาณ	ชดเชยเป็นถุงยางอนามัย
บริการกรณี การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP)			
20.	ค่าจัดบริการให้คำปรึกษาครั้งแรก (Initial PrEP Counseling and education) เฉพาะรายที่กินยา		80 บาทต่อคน

ลำดับ	รายการจ่าย ชดเชย	จำนวนครั้ง บริการ	ราคา (บาท)
21.	ค่าบริการให้คำปรึกษา (Counseling) สำหรับผู้ที่รับยา	ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี	20 บาทต่อครั้ง
22.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti-HIV	ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปี	140 บาทต่อการรู้ผล
23.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำงานของไต (Creatinine clearance : CrCl)	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	40 บาทต่อครั้ง
24.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Surface antigen : HBsAg) - วิธี ELISA หรือ - วิธี PHA	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี	 130 บาทต่อครั้ง 70 บาทต่อครั้ง
25.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs : Sexually Transmitted Infections) สำหรับโรค ซิฟิลิส (Syphilis) หนองใน (Gonorrhea) หนองในเทียม (Chlamydia) จ่ายแบบเหมาจ่าย	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	240 บาทต่อครั้ง
26.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการหาการตั้งครรภ์ (Pregnancy test for women)	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	70 บาทต่อครั้ง
บริการกรณี การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หลังการสัมผัสเชื้อ (HIV Post-Exposure Prophylaxis : HIV PEP) ให้มีผลการเบิกค่าใช้จ่ายตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565			
27.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti-HIV	ไม่เกิน 5 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	140 บาทต่อการรู้ผล
28.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC , CrCL, SGPT/ALT	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	25 บาทต่อครั้ง
29.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Viral Load เฉพาะรายที่มีอาการบ่งชี้ภาวะติดเชื้อโดยเฉียบพลัน	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	1,350 บาทต่อครั้ง
30.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Surface antigen : HBsAg) - วิธี ELISA หรือ - วิธี PHA	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	130 บาทต่อครั้ง 70 บาทต่อครั้ง

ลำดับ	รายการจ่าย ชดเชย	จำนวนครั้ง บริการ	ราคา (บาท)
31.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hepatitis B virus (HBs)	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	150 บาทต่อครั้ง
32.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti HCV - Rapid Test - เครื่องอัตโนมัติ	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	70 บาทต่อครั้ง 300 บาทต่อครั้ง
33.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs : Sexually Transmitted Infections) สำหรับโรค ซิฟิลิส (Syphilis) หนองใน (Gonorrhea) หนองในเทียม (Chlamydia) จ่ายแบบเหมาจ่าย	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	240 บาทต่อครั้ง
34.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการหาการตั้งครรภ์ (Pregnancy test for women)	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	70 บาทต่อครั้ง

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program : NAP

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1. การขอรับการสนับสนุน**ยา**ภายในระยะเวลา 90 วัน นับตั้งแต่วันที่ให้บริการ กรณีหน่วยบริการส่งข้อมูลล่าช้ากว่าวันที่กำหนด ให้หน่วยบริการทำหนังสือแจ้งสำนักงานเพื่อพิจารณาจ่ายยาตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

2. สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ

ข. บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการสาธารณสุข

เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีให้บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย การสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี บริการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. **ผู้รับบริการ** คือ ประชาชนไทยทุกคน และเป็นกลุ่มประชากรหลักในการดำเนินงานด้านเอชไอวี เอดส์ ดังนี้
   1.1. กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM : Males who have sex with males)
   1.2. กลุ่มสตรีข้ามเพศ (TG : Transgender)
   1.3. กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW : Female sex workers)
   1.4. กลุ่มพนักงานบริการชาย (MSW : Male sex workers)
   1.5. กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID : People who inject drugs)
2. **หน่วยบริการ** หรือองค์กร ที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย กรณีให้บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีดังนี้
   2.1. หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป

2.2. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม ที่เป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

2.3. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่เป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

2.4. องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร และดำเนินการตามการสัญญาหรือข้อตกลงดำเนินการตามโครงการเพื่อให้บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ร่วมกับสำนักงานเขต

3. รายการและอัตราการจ่าย

3.1 รายการการให้บริการ ให้สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการสาธารณสุข กรณีให้บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

3.1.1. การให้บริการเชิงรุกนอกสถานพยาบาล ในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อค้นหาและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Reached) และเชิญชวนให้กลุ่มเป้าหมายให้เข้ารับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การให้ความรู้ คำปรึกษา สร้างทัศนคติและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเอดส์ สร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการรับรู้สถานะผลเลือดของตนเองตั้งแต่เนิ่น ๆ

3.1.2. การเข้าสู่ระบบบริการ (Recruited) โดยส่งต่อกลุ่มเป้าหมายจากผู้ให้บริการเชิงรุก เครือข่ายเพื่อนหรือผ่านการนัดหมายทางสื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์หรือเข้าสู่ระบบบริการด้วยตนเองไปที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการเค ลื่อนที่ได้แก่ บริการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเอชไอวี (pre-test counseling) โดยอาจตรวจหรือยังไม่ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี บริการให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3.1.3. การให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Tested) โดยให้จัดหน่วยบริการตรวจเอชไอวีในชุมชนซึ่งอาจจัดกิจกรรมรณรงค์ร่วมด้วย และมีการประสานการดำเนินงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการเชิงรุก

3.1.4. การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เข้ารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Treated) จัดการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และให้ข้อมูลความรู้เรื่องประโยชน์ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่เนิ่น ๆ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ติดเชื้อฯ จะมารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส หลังจากการวินิจฉัยโดยเร็ว

3.1.5. การติดตามดูแลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลักคงอยู่ระบบการรักษาและการป้องกัน (Retained) ใน 2 กรณีดังนี้

3.1.5.1 การติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่เริ่มรับยา หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการรักษา ให้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง (Retain positive) โดยการประสานงานระหว่างหน่วยบริการและผู้ให้บริการเชิงรุก ด้วยเงื่อนไขของการรักษาความลับของผู้ป่วย ดำเนินการโดยหน่วยบริการ

3.1.5.2 การจัดระบบกระตุ้นให้ผู้ที่ผลตรวจเอชไอวีเป็นลบมารับบริการคำปรึกษา ถุงยางอนามัยหรือยา PrEP หรือการตรวจเอชไอวีสม่ำเสมอ และชวนคู่มาตรวจเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ควรมีระยะห่างของการตรวจไม่น้อยกว่า 30 วัน (Retain negative) ดำเนินการโดยองค์กรชุมชนหรือหน่วยบริการ

3.2 อัตราการจ่าย

3.2.1 กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย(MSM) กลุ่มสตรีข้ามเพศ (TG) กลุ่มพนักงานหญิงบริการ(FSW) และกลุ่มพนักงานชายบริการ (MSW) จ่ายแบบเหมาจ่ายตามกิจกรรม รายละไม่เกิน 1,800 บาท

3.2.2 กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด(PWID) จ่ายแบบเหมาจ่ายตามกิจกรรมรายละไม่เกิน 4,000 บาท

กิจกรรม	อัตราค่าบริการ(บาท)/ราย	
	กลุ่ม MSM,TG, FSW,MSW	กลุ่ม PWID
- Reached & Recruited	800.-	1,800.-
- Recruited to Tested	550.-	1,200.-
- Retained	450.-	1,000.-
รวมบริการเชิงรุก	1,800.-	4,000.-

3.3 วิธีการจ่าย

สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือนหรือกรณีดำเนินการตามสัญญาหรือข้อตกลง ดำเนินการตามโครงการจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไขในสัญญาหรือข้อตกลง

ค. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ (งานศูนย์องค์รวม)

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

เพื่อเป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ (งานศูนย์องค์รวม) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. **ผู้รับบริการ** เป็นประชาชนไทยทุกคน โดยเป็นกลุ่มเป้าหมายดังนี้

1.1. คู่ หรือครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ หรือผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ เช่น หญิงตั้งครรภ์และคู่ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์

1.2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการรายใหม่ หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ ที่ลงทะเบียนเป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม

2. **หน่วยบริการหรือองค์กรที่ให้บริการและมีสิทธิค่าใช้จ่ายคือ** คือ หน่วยบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร

3. **รายการและอัตราจ่าย**

3.1 คู่หรือครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ หรือผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น หญิงตั้งครรภ์และคู่ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา รายละไม่เกิน 450 บาท

โดยการจัดบริการให้ความรู้ การปรึกษา การให้คำแนะนำรายบุคคลหรือแบบกลุ่มในคลินิกฝากครรภ์ คลินิกวัณโรค คลินิกยาต้านไวรัส และในชุมชน ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

3.1.1 สร้างความเข้าใจเรื่องการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี การประเมินความเสี่ยงของตนเองและคู่ต่อการติดเชื้อเอชไอวี

3.1.2 ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ถุงยางอนามัย PrEP PEP

3.1.3 ส่งเสริมเข้าถึงการตรวจเลือดโดยสมัครใจที่สะดวกรู้ผลในวันเดียว

3.1.4 การส่งเสริมสนับสนุนให้ได้รับการตรวจหาเชื้ออย่างสม่ำเสมอ ปีละ 2 ครั้ง

3.1.5 ให้คำแนะนำเรื่องการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามมาตรฐานให้เร็วเพื่อควบคุมปริมาณไวรัสตามแนวทาง “ตรวจไม่พบเชื้อเอชไอวีในเลือด = ไม่ส่งผ่านเชื้อ”

3.1.6 การให้ความรู้ ในการป้องกันและรักษาโรคฉวยโอกาส

3.1.7 ความรู้ในการเข้ารับบริการ การตรวจเลือด การคัดกรองโรคฉวยโอกาสและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

3.2 ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการรายใหม่ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ ที่ลงทะเบียนเป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา รายละไม่เกิน 600 บาท ตามกิจกรรมดังนี้

3.2.1 การบริการให้ความรู้ การปรึกษา การให้คำแนะนำรายบุคคลหรือแบบกลุ่ม ดังนี้

(1) ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อฯได้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ตามมาตรฐานให้เร็วที่สุด

(2) สร้างความเข้าใจเรื่องการรักษาด้วยยาต้านฯเพื่อลดปริมาณเชื้อเอชไอวีตามแนวทาง "ตรวจไม่พบเชื้อเอชไอวีในเลือด = ไม่ส่งผ่านเชื้อ" (Undetectable=Untransmittable) และทำให้ผู้ติดเชื้อฯสามารถใช้ชีวิตได้ไม่ต่างจากคนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

(3) สร้างความเข้าใจและติดตามเรื่องผลข้างเคียงของยาต้านฯ เช่น ไขมันสูง ความดัน เบาหวาน ฯลฯ สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อได้ปรับเปลี่ยนสูตรยาตามมาตรฐาน

(4) ส่งเสริมการเข้าถึง การตรวจคัดกรอง การป้องกัน การรักษา โรคฉวยโอกาส โรคร่วม การติดเชื้อร่วมเช่น ไวรัสตับอักเสบ บี ซี และการวางแผนครอบครัว

(5) ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเข้าใจ มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และติดตามให้รับรักษาอย่างต่อเนื่อง

(6) สร้างความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับเอชไอวี ลดการตีตราตัวเอง

(7) สร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ และสวัสดิการต่างๆ

3.2.2 การติดตามสนับสนุนการคงอยู่ในระบบบริการ ตามกิจกรรม ดังนี้

(1) การติดตามให้สมาชิกได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

(2) ส่งเสริมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมให้กับสมาชิกผู้ติดเชื้อและคู่

3.2.3 บริการติดตามเยี่ยมบ้าน

(1) ผู้ที่เริ่มยาต้านไวรัส หรือปรับเปลี่ยนสูตรยา

(2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ป่วยเป็นวัณโรคร่วมด้วยหรือผู้มีปัญหาสุขภาพที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

(3) ผู้ที่มีปัญหาการอยู่ร่วมกับชุมชนหรือมีปัญหาด้านการละเมิดสิทธิมนุษยชน

4. วิธีการจ่าย

สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามเงื่อนไขในสัญญาหรือข้อตกลงดำเนินการตามโครงการ

บทที่ 11

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

ขอบเขตบริการ

เป็นค่าใช้จ่ายชดเชยบริการให้กับหน่วยบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสุดท้าย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมค่าใช้จ่าย ค่ายา ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ บริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) การปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (Kidney Transplantation : KT) ค่ายากดภูมิหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation Immunosuppressive drug : KTI) และบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis : APD) หากไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายเรื่องเครื่องอัตโนมัติที่จะทำให้ราคาค่าบริการเพิ่มขึ้น โดยในปี 2565 มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพบริการล้างไต เพิ่มความสะดวกกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังให้สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไหนก็ได้ เพิ่มจำนวนหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไต

1. การบริการสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) และ การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis : APD) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและสมควรได้รับการบำบัดทดแทนไต และได้รับการลงทะเบียนในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD)

2. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินศักยภาพบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) และหรือล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)

3. สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สนับสนุน เครื่องล้างไตอัตโนมัติ (APD) ยา และเวชภัณฑ์ ตามแผนการจัดซื้อยา

3.1 สนับสนุน เครื่องล้างไตอัตโนมัติ (APD) น้ำยาล้างไต ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง และเวชภัณฑ์

3.1.1 น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ดังนี้

, 3.1.1.1 น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) 4 ถุงต่อวัน

3.1.1.2 น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) 2 ถุงต่อวัน

กรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้น้ำยาเกินกว่าที่กำหนด ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม DMIS ได้ครั้งละไม่เกิน 90 วัน

3.1.2 ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยใช้ระดับ Hematocrit (Hct) ต่ำสุดของผู้รับบริการอย่างน้อยทุก 8 สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา ดังนี้

ตารางแสดง บัญชีรายการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (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 : รายการยาอาจมีการเปลี่ยนแปลงในระหว่างปีตามสถานการณ์ทางตลาด และคุณสมบัติของยาที่มีผลต่อจัดหา

3.1.3 สาย Tenckhoff catheter ให้แก่ผู้รับบริการรายใหม่และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน

3.1.4 สำนักงานจัดหาเครื่องล้างไตอัตโนมัต (APD) ให้กับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์จำเป็นต้องล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)

3.2 ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อเดือน ดังนี้

3.2.1 การตรวจประเมินสภาพร่างกาย การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา รวมทั้งค่าบริการติดตามเยี่ยมบ้าน

3.2.2 ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด ได้แก่ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)ตรวจการทำงานของไต (BUN,Creatinine,Electrolyte) ตรวจความพอเพียงของการล้างไตผ่านทางช่องท้องและหรือการตรวจประสิทธิภาพของเยื่อบุช่องท้อง การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ

3.2.3 การบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบผู้ป่วยนอก หรือค่ายาพื้นฐานและยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องโดยตรง

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD) มายังสำนักงาน

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1. สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ดังนี้

1.1 ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ในระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)

1.2 ข้อมูลการได้รับชดเชยยา หรือ Erythropoietin Usage Report (EUR) ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD)

2. หน่วยบริการสามารถทำเรื่องขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายโดยระบุสาเหตุและลงนามโดยผู้บริหารหน่วยบริการ

2. การบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและสมควรได้รับการบำบัดทดแทนไตและได้รับการลงทะเบียนในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD)

2. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

3. สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สนับสนุนยา ตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามรายการและอัตรา ดังนี้

3.1 ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,500 บาทต่อครั้ง จำนวนไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก)

3.2 ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีผู้รับบริการที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 4,000 บาทต่อครั้ง จำนวนไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก)

3.3 ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีผู้รับบริการติดเชื้อโควิด 19

3.3.1 ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,500 บาทต่อครั้ง

3.3.2 ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) สำหรับบุคลากรที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จ่ายตามจริงไม่เกินชุดละ 500 บาท ไม่เกิน 2 ชุด ต่อผู้ป่วย

3.3.3 ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย จากหน่วยบริการที่ไม่มีศักยภาพในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดย สปสช.จะจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่จัดให้มีพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย และมีระบบการขจัดเชื้อเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

3.3.4 ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย อัตราจ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน

3.3.5 ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,400 บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

3.4 ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวนไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) และครอบคลุมการบริการ ดังนี้

3.4.1 ค่าอุปกรณ์ ได้แก่ Dialyzer, Blood line, AVF needle, Bicarbonate dialysate, Anticoagulant

3.4.2 ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่แพทย์สั่งระหว่างการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ Glucose, Analgesic, Antihistamine Tranquillizer drug น้ำเกลือ และ ยาลดความดัน

3.4.3 ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวเนื่องกับการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, Electrolytes, Calcium, Phosphate, Albumin, KT/V, URR, HBsAg, HBsAb, Anti HCV, EKG และ Chest X-ray และ ค่าตรวจประสิทธิภาพของเส้นฟอกเลือด

3.5 การทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องทำไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ยกเว้น กรณีการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก หรือกรณีผู้รับบริการอาการไม่คงที่ กรณีพบว่ามีภาวะฉุกเฉิน : Cardiac Arrest หรือมีค่า hemodynamic unstable สามารถให้หน่วย HD เบิกค่ายา ค่าหัตถการเบื้องต้นที่หน่วยใช้ ก่อนนำส่งผู้ป่วย

3.6 หน่วยบริการสามารถยื่นอุทธรณ์ต่อสำนักงานได้เป็นรายกรณี หากให้บริการมากกว่าจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์

3.7 สนับสนุนยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยใช้ระดับ Hematocrit (Hct) ต่ำสุดของผู้รับบริการอย่างน้อยทุก 4 สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยาแก่ผู้รับบริการ ดังนี้

ตารางแสดง บัญชีรายการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (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 : รายการยาอาจมีการเปลี่ยนแปลงในระหว่างปีตามสถานการณ์ทางตลาด และคุณสมบัติของยาที่มีผลต่อจัดหา

3.8 ค่าบริการสำหรับทำ Vascular access จำนวน 1 ครั้งต่อชนิดต่อปีงบประมาณ ดังนี้

3.8.1 Tunnel cuffed catheter มีข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำ AVF หรือ AVG จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา 12,000 บาท รวมค่าสาย และค่าใส่สาย

3.8.2 Arteriovenous Fistula (AVF) มีข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องทำ AVF ใหม่ จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา 8,000 บาท รวมค่าผ่าตัด ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องปฏิบัติการ

3.8.3 Arteriovenous Graft (AVG) มีข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องทำ AVG ใหม่ โดยเริ่มทำ AVF เป็นอันดับแรก หรือไม่สามารถทำ AVF ได้ จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา 8,000 บาท รวมค่าผ่าตัด ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องปฏิบัติการแต่ไม่รวมค่า graft (ค่า graft ไม่เกิน 14,000 บาท)

3.8.4 Temporary double lumen catheter มีข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่รอใช้ AVF หรอื AVG จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา 5,000 บาท รวมค่าสายและค่าใส่สาย

3.9 กรณีเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นนอกเหนือจากการทำ HD หน่วยบริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามแต่ละกรณีตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน

3.10 หน่วยบริการสามารถบันทึกส่งตัวผู้ป่วยทำ HD ระหว่างหน่วยบริการ ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD) การส่งตัว มี 3 แบบ ได้แก่

1. โอนย้าย คือการส่งตัวชนิดถาวร
2. ชั่วคราว คือการส่งตัวเป็นระยะเวลา 7 วัน
3. ร่วมดูแล คือการส่งตัวที่สามารถเบิกจ่ายได้ทั้ง 2 หน่วย

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD) ยกเว้นกรณี Vascular Access บันทึกผ่านระบบโปรแกรมอีเคลม (e-Claim) มายังสำนักงาน

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1. สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ดังนี้

1.1 ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)

1.2 ข้อมูลการได้รับชดเชยยา หรือ Erythropoietin Usage Report (EUR) ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD)

1.3 ค่าบริการสำหรับทำ Vascular access ในโปรแกรมอีเคลม (e-Claim)

2. หน่วยบริการสามารถทำเรื่องขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายโดยระบุสาเหตุและลงนามโดยผู้บริหารหน่วยบริการ

3. การปลูกถ่ายไต และยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายไต

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี บริการปลูกถ่ายไต และยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายไต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและสมควรได้รับการบำบัดทดแทนไตตามแนวทางมาตราฐานวิชาชีพ และได้รับการลงทะเบียนในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD)

2. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไตโดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

3. สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตราตามแผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)

3.1 ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต และยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายไต ตามรายการและอัตรา ดังนี้

ตารางแสดง รายละเอียดการสนับสนุนค่าบริการปลูกถ่ายไต

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 - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้รับบริจาค 1 ราย	40,000
1.1.1.2 ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor) ระหว่างเข้ารับการผ่าตัด	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	32,800
1.1.2 ผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)		
1.1.2.1 ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor) (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยโดยผ่านหน่วยบริการที่ผ่าตัด	- ค่าดูแล Donor - ค่าผ่าตัด - ค่าน้ำยาถนอมอวัยวะ - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	40,000 ต่อไต 1 ข้าง
1.2 สำหรับเตรียมผู้รับบริจาค (Recipient)		
1.2.1 ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคที่มีชีวิต		
1.2.1.1 ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	31,300

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
1.2.1.2 ค่าส่งตรวจ Panel reactive antibody	- 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
1.2.2 ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคสมองตาย		
1.2.2.1 ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	31,300
1.2.2.2 ค่าส่งตรวจ Panel reactive antibody	- ค่าตรวจ PRA จ่ายตามจริง ไม่เกิน 8,700 บาทต่อรายต่อปี	8,700
2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด		
2.1 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-I สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Cyclosporine + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	143,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
Protocol-II สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	148,000
Protocol-III สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab + Cyclosporine + Mycophenolate ไม่รวมComplication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่ายา Basiliximab X 2 dose หรือ anti-thymocyte globulin 3-7 dose + การป้องกันการติดเชื้อ CMV 1 เดือนและการติดตามการติดเชื้อ 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 ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่ายา Basiliximab X 2 dose หรือ anti-thymocyte globulin 3-7 dose + การป้องกันการติดเชื้อ CMV 1 เดือนและการติดตามการติดเชื้อ CMV 5 ครั้ง - ค่ายา Tacrolimus และMycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	292,000
2.2 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด หรือ หลังผ่าตัด กรณีมีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol ACR-A (Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Acute Cellular Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	- ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy - ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่ายา Methylprednisolone - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อโดยตรง - ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่ม Protocol DGF-B)	23,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
Protocol ACR-B (Refractory Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Acute Cellular Rejectionเกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	- ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy - ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่ายา Methylprednisolone - ค่ายา Anti-thymocyte globulin - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่ม Protocol DGF-B)	493,000
Protocol AMR-A (Antibody Mediated Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Antibody Mediated Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	- ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy - ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ 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

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
Protocol AMR-B (Refractory Antibody Mediated Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Antibody Mediated Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	- ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy - ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ 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 - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่าสาย Double lumen catheter - ค่าทำ Acute hemodialysis	56,000
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 - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่าสาย Double lumen catheter - ค่าทำ Acute hemodialysis - ไม่รวมค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน Protocol ACR-A และ ACR-B)	40,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
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 - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ 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 สำนักงานเบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบ DRG และ เบิกค่าอุปกรณ์ (Balloon + Stent) ในระบบของสำนักงาน รายการอุปกรณ์ รหัส 4801 – 4804

3.2 ค่าใช้จ่ายเป็นค่ายากดภูมิภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยครอบคลุมการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันด้วย โดยค่าบริการแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต ดังนี้

3.2.1 หลังผ่าตัด 1 - 6 เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 30,000 บาทต่อเดือน

3.2.2 หลังผ่าตัด 7 - 12 เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 25,000 บาทต่อเดือน

3.2.3 หลังผ่าตัด 13 - 24 เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 20,000 บาทต่อเดือน

3.2.4 หลังผ่าตัด 25 เดือนขึ้นไป จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 15,000 บาทต่อเดือน

3.3 กรณีที่มีภาวะสลัดไต และมีการลงทะเบียนล้างไตผ่านทางช่องท้องหรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้ว หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายไม่เกิน 6 เดือน

3.4 กรณีที่มีโรคแทรกซ้อน หรือโรคเดิม ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเรียกเก็บขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

3.5 กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด ในช่วงเวลาประมาณ 21 วัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้รับบริการก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่าย ระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD)

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1. สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ได้ที่ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)

2. หน่วยบริการสามารถทำเรื่องขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายโดยระบุสาเหตุและลงนามโดยผู้บริหารหน่วยบริการ

บทที่ 12

การบริหารค่าใช้จ่ายบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง แบ่งเป็น 2 ประเภทบริการ ได้แก่

1. บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
2. บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ส่วนที่ 1 บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

เป็นเงินจ่ายเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นเบาหวาน ซึ่งจะช่วยชะลอไม่ให้เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ก. วัตถุประสงค์

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานเพื่อลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อน
3. ส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบบ Chronic Care Model: CCM) การบริหารจัดการโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District health

board) และระบบบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (Primary care cluster) รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ข. แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ระดับ

1. การบริหารจัดการในส่วนกลาง

1.1 ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และบริการดูแลกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (GDM) ในระหว่างตั้งครรภ์ และการตรวจหลังคลอดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

1. เป็นการให้บริการแก่ที่ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเภทผู้ป่วยนอก
2. มีรหัสโรคและข้อมูลที่จำเป็น ดังนี้

2.1. บริการกรณีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (T1DM) รหัส ICD10 โรคหลักหรือโรครองคือ E10 เบาหวานชนิดที่ 1 ทุกอายุ หรือ P70.2 Neonatal DM หรือ E89.1 Postprocedural hypo-insulinemia ที่วินิจฉัยเป็นเบาหวานก่อนอายุ 30 ปี

2.2 บริการดูแลกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (GDM) ในระหว่างตั้งครรภ์ รหัส ICD10 โรคหลัก หรือโรครอง คือ O24.4 Diabetes mellitus arising in pregnancy หรือ O24.9 Diabetes mellitus in pregnancy, unspecified และข้อมูลประจำเดือนครั้งสุดท้าย (last menstrual period, LMP)

2.3 บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (Pregestational DM) ตั้งครรภ์ รหัส ICD10 โรคหลัก หรือโรครอง คือ O24.0 Pre-existing diabetes mellitus, insulin-dependent ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และตั้งครรภ์ O24.1 Pre-existing diabetes mellitus, non-insulin-dependent หรือ O24.3 Pre-existing diabetes mellitus, unspecified และข้อมูลประจำเดือนครั้งสุดท้าย (last menstrual period, LMP)

3. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย ดังนี้

3.1 กรณีบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่ขึ้นทะเบียนรักษาเบาหวานชนิดที่ 1 และจัดบริการดังนี้

3.1.1 มีการสอนและประเมินศักยภาพการดูแลตนเองให้ผู้รับบริการ

3.1.2 ให้การดูแลรักษาผู้รับบริการตาม คู่มือพัฒนาระบบและเครือข่าย Thailand Type1DM Network and Registry สำหรับ เครือข่ายบริบาลและการลงทะเบียนเบาหวานชนิดที่ 1 และเบาหวานวินิจฉัยก่อนอายุ 30 ปี ประเทศไทย Thai Type 1 Diabetes and Diabetes diagnosed before Age 30 years Registry, Care and Network (T1DDAR CN) ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการตรวจระดับ ketone ด้วย ketostrip

3.1.3 ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี ได้แก่ HbA1c , Microalbuminuria , Lipid profile , ตรวจตาและตรวจเท้าเบาหวาน

3.2 บริการดูแลกรณีตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (GDM) ในระหว่างตั้งครรภ์และการตรวจหลังคลอด เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการสำหรับกลุ่มหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ (GDM) (รายละเอียดตามภาคผนวก 18) และจัดบริการดังนี้

3.2.1 มีการสอนทักษะการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเอง การประเมินผลเลือดและการดูแลตนเองให้กับผู้รับบริการ

3.2.2 ตรวจน้ำตาล

3.2.3 ตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อทดสอบความทนทานต่อน้ำตาล (Oral Glucose Tolerance Test : OGTT) หลังคลอดภายในระยะเวลา 1-3 เดือน เป็นการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลก่อนดื่มสารละลายน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม ที่ศูนย์ (0) นาที และหลังดื่มสารละลายน้ำตาลกลูโคสเมื่อครบ 2 ชั่วโมง และให้บันทึกผลการทดสอบเป็นปกติ หรือ prediabetes (กลุ่ม Impaired fasting plasma glucose หรือ impaired glucose tolerance test) หรือ เป็นเบาหวาน

3.3 บริการดูแลกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (Pregestational DM) เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการสำหรับกลุ่มหญิงที่เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (PDM) (รายละเอีดตามภาคผนวก 18) และจัดบริการดังนี้

3.3.1 มีการสอนทักษะการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเอง การประเมินผลเลือดและการดูแลตนเองให้กับผู้รับบริการ

3.3.2 การตรวจ HbA1c

3.3.3 ตรวจน้ำตาล

<u>อัตราการจ่าย</u>

1. กรณีบริการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (T1DM)

1.1 ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เหมาจ่าย 1 ครั้ง ตามเดือนที่เข้ารับบริการ ในอัตราดังนี้

1.1.1 เดือนตุลาคม 2564	เหมาจ่ายอัตรา 7,636 บาทต่อราย
1.1.2 เดือนพฤศจิกายน 2564	เหมาจ่ายอัตรา 6,636 บาทต่อราย
1.1.3 เดือนธันวาคม 2564	เหมาจ่ายอัตรา 5,636 บาทต่อราย
1.1.4 เดือนมกราคม 2565	เหมาจ่ายอัตรา 4,636 บาทต่อราย
1.1.5 เดือนกุมภาพันธ์ 2565	เหมาจ่ายอัตรา 3,636 บาทต่อราย
1.1.6 เดือนมีนาคม 2565	เหมาจ่ายอัตรา 2,636 บาทต่อราย

สำหรับบริการระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 30 กันยายน 2565 สปสช.จะสนับสนุนแถบทดสอบน้ำตาล ตามแนวทางปฏิบัติในคู่มือพัฒนาระบบและเครือข่าย Thailand Type1DM Network and Registry สำหรับเครือข่ายบริบาลและการลงทะเบียนเบาหวานชนิดที่ 1 และเบาหวานวินิจฉัยก่อนอายุ 30 ปี ประเทศไทย Thai Type 1

Diabetes and Diabetes diagnosed before Age 30 years Registry, Care and Network (T1DDAR CN) ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

1.2 ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในช่วงระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 30 กันยายน 2565 เหมาจ่ายอัตรา 1,636 บาท ต่อราย และ สปสช.จะสนับสนุนแถบทดสอบน้ำตาล ตามแนวทางปฏิบัติในคู่มือพัฒนาระบบและเครือข่าย Thailand Type1DM Network and Registry สำหรับเครือข่ายบริบาลและการลงทะเบียนเบาหวานชนิดที่ 1 และ เบาหวานวินิจฉัยก่อนอายุ 30 ปี ประเทศไทย Thai Type 1 Diabetes and Diabetes diagnosed before Age 30 years Registry, Care and Network (T1DDAR CN) ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

2. กรณีการให้บริการแก่ผู้รับบริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (GDM) ในระหว่างตั้งครรภ์ ดังนี้

2.1 การดูแลหญิงหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (GDM) ในระหว่างตั้งครรภ์เหมาจ่าย 1 ครั้ง ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานและเข้ารับบริการ ในอัตรา ดังนี้

2.1.1 เดือนตุลาคม 2564	เหมาจ่ายอัตรา 4,700 บาทต่อราย
2.1.2 เดือนพฤศจิกายน 2564	เหมาจ่ายอัตรา 4,700 บาทต่อราย
2.1.3 เดือนธันวาคม 2564	เหมาจ่ายอัตรา 4,700 บาทต่อราย
2.1.4 เดือนมกราคม 2565	เหมาจ่ายอัตรา 3,700 บาทต่อราย
2.1.5 เดือนกุมภาพันธ์ 2565	เหมาจ่ายอัตรา 2,700 บาทต่อราย
2.1.6 เดือนมีนาคม 2565	เหมาจ่ายอัตรา 1,700 บาทต่อราย

กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ได้การวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และได้รับแถบทดสอบน้ำตาล ก่อนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ให้หน่วยบริการขอทบทวนมายัง สปสช.เป็นรายกรณี

สำหรับบริการในระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 30 กันยายน 2565 สปสช.จะสนับสนุนแถบทดสอบน้ำตาล

2.2 ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานและเข้ารับบริการ ในช่วงระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 30 กันยายน 2565 เหมาจ่ายอัตรา 700 บาท ต่อราย และสปสช.จะสนับสนุนแถบทดสอบน้ำตาล

3. กรณีการให้บริการแก่ผู้รับบริการหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (Pregestational DM) เป็นการจ่ายแบบเหมาจ่าย ดังนี้

3.1 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ระหว่างการตั้งครรภ์ เหมาจ่าย 1 ครั้ง ตามเดือนที่เข้ารับบริการ ในอัตรา ดังนี้

3.1.1 เดือนตุลาคม 2564	เหมาจ่ายอัตรา 11,600 บาทต่อราย
3.1.2 เดือนพฤศจิกายน 2564	เหมาจ่ายอัตรา 9,850 บาทต่อราย
3.1.3 เดือนธันวาคม 2564	เหมาจ่ายอัตรา 8,100 บาทต่อราย

3.1.4 เดือนมกราคม 2565 เหมาจ่ายอัตรา 6,350 บาทต่อราย

3.1.5 เดือนกุมภาพันธ์ 2565 เหมาจ่ายอัตรา 4,600 บาทต่อราย

3.1.6 เดือนมีนาคม 2565 เหมาจ่ายอัตรา 2,850 บาทต่อราย

สำหรับบริการในระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 30 กันยายน 2565 สปสช. จะสนับสนุนแถบทดสอบน้ำตาล

3.2 ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ระหว่างการตั้งครรภ์ ในช่วงระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 30 กันยายน 2565 เหมาจ่ายอัตรา 1,100 บาท ต่อราย และ สปสช.จะสนับสนุนแถบทดสอบน้ำตาล

<u>วิธีการขอรับค่าใช้จ่าย</u>

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ตามรูปแบบที่กำหนด

2. การบริหารจัดการระดับเขต

2.1 จัดสรรเป็น Global budget ระดับเขต ตามจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีข้อมูลลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) โดยใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจากฐานข้อมูล OP individual, e-Claim ที่เป็นปัจจุบัน

2.2 เกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย จาก Global budget ระดับเขต จ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้แก่หน่วยบริการประจำ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนในเขตพื้นที่ 13 กรุงเทพมหานคร ให้จ่ายแก่หน่วยปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการประจำได้ด้วย ตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) โดยใช้ข้อมูลผลงานจากฐานข้อมูล OP individual, e-claim ไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ 2564 และไตรมาส 1 และ 2 และ 3 ของปีงบประมาณ 2565 โดยเป็นตัวชี้วัด 5 ตัว ตามที่ส่วนกลางกำหนด และ สปสช.เขตสามารถเพิ่มเติมตัวชี้วัดได้อีกไม่เกิน 3 ตัว ตามบริบทของพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลที่ สปสช.สามารถบริหารจัดการได้เอง สำหรับรายการตัวชี้วัด 5 ตัวส่วนกลาง ได้แก่

1) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรอง HbA1c ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ

2) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ

3) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ

4) อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ

5) อัตราผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

ทั้งนี้ การบริหารการจ่ายจัดสรรงบบริการเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้หน่วยบริการในสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

ค. การกำกับติดตาม และประเมินผล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะมีการดำเนินงานกำกับติดตามและประเมินผล โดยหน่วยบริการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด จากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ ได้แก่ ข้อมูลบริการจากฐานข้อมูล OP/PP และ IP Individual record หรือฐานข้อมูลอื่นที่ สปสช.กำหนด

ส่วนที่ 2 การบริหารค่าใช้จ่ายการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ขอบเขตบริการ

เป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการ สาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังตาม สปสช. กำหนด ที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดต่อเนื่อง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ได้รับบริการต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชนอย่างมีคุณภาพ
2. ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ/การรับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย

การจัดบริการดูแลต่อเนื่องในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรค 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 ดังนี้

1. หน่วยบริการที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยง ได้แก่ หน่วยบริการรับส่งต่อ หน่วยบริการประจำ ที่มีจิตแพทย์/หรือมีแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ทำหน้าที่ในการเป็นพี่เลี้ยง ร่วมให้บริการ ให้คำปรึกษา กำกับ ติดตาม นิเทศงาน และสนับสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพแพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน

2. หน่วยบริการที่ให้บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน ได้แก่ หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการรับส่งต่อ ที่จัดบริการตามเขตหรือพื้นที่ที่รับผิดชอบ มีบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชนอย่างมีคุณภาพ โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย

การคำนวณและจัดสรรเป้าหมาย

1. การคำนวณเป้าหมาย ใช้ฐานข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ที่มีรหัสการวินิจฉัย โรค F20 – F29 ออกจากโรงพยาบาล (ข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในช่วงวันที่ 1 เมษายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564)

2. สปสช. ส่วนกลาง จัดสรรเป้าหมายให้ สปสช.เขต เพื่อให้ สปสช.เขต ดำเนินการจัดสรรเป้าหมายให้หน่วยบริการ ภายในวันที่ 30 กันยายน 2564 โดยพิจารณาจัดสรรเป้าหมายตามสัดส่วนของผลงานบริการปีที่ผ่านมา ประกอบกับข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ชุมชน/พื้นที่นั้น เพื่อลงทะเบียนผู้ป่วย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 กลุ่มเป้าหมายต้องเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการลงทะเบียนและติดตามเยี่ยมในปีที่ผ่านมา

2.2 กรณีผู้ป่วยรายเดิมที่ได้รับการลงทะเบียนและได้รับการติดตามเยี่ยมในปีที่ผ่านมาหากมีความจำเป็นต้องติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างใกล้ชิด (High risk) สามารถยื่นอุทธรณ์ข้อมูลในระบบ Care transition เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องได้ แต่การยื่นอุทธรณ์ข้อมูลดังกล่าวเป้าหมายในภาพรวม ต้องไม่เกินร้อยละ 5 ของจำนวนผู้ป่วยเป้าหมายทั้งหมดภายในปีงบประมาณ

ทั้งนี้ สปสช.เขต ต้องจัดทำรายงานสรุปผลการจัดสรรเป้าหมายและเครือข่ายบริการส่งกลับมายัง สปสช. ส่วนกลาง ภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2564

การจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ

1. กรอบการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการ

1.1 จัดสรรเงินให้หน่วยบริการที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยง แบบเหมาจ่ายบริการในอัตรา 1,000 บาทต่อราย โดยจ่ายตามจำนวนการลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบพื้นที่/ชุมชนนั้น

1.2 จัดสรรเงินให้หน่วยบริการประจำ แบบเหมาจ่ายบริการในอัตรา 5,000 บาทต่อราย โดยจ่ายให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนการลงทะเบียน ของหน่วยบริการรับส่งต่อ หรือหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบพื้นที่/ชุมชนนั้น

2. แนวทางการจ่ายเงินให้หน่วยบริการ

จ่ายค่าใช้จ่ายให้กับหน่วยบริการ ตามการลงทะเบียนผู้ป่วย ตามจำนวนเป้าหมายที่ สปสช. เขต จัดสรรให้หน่วยบริการ และหน่วยบริการได้ดำเนินการบันทึกข้อมูลในระบบ Care transition ภายในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2564 โดย สปสช.ส่วนกลาง จะดำเนินการประมวลผลจ่ายเงินในอัตราเหมาจ่าย ให้แล้วเสร็จภายในเดือนมกราคม 2565

กรณีตรวจพบความผิดพลาดจากการบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ หน่วยบริการสามารถยื่นอุทธรณ์เพื่อแก้ไขข้อมูลดังกล่าวในระบบ Care transition ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2565 และ สปสช.ส่วนกลาง จะดำเนินการประมวลผลจ่ายให้หน่วยบริการภายในเดือนมีนาคม 2565

การบันทึกข้อมูล

1. กรณีหน่วยบริการจัดบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการจะต้องบันทึกข้อมูลในระบบ Care transition ที่บริหารจัดการโดยโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2. กรณีหน่วยบริการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในหน่วยบริการ (OP/IP) ให้หน่วยบริการบันทึก และส่งข้อมูลผ่าน 43 แฟ้ม ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

บทที่ 13

ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการ ในพื้นที่กันดาร 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 กลไกการปรับเกลี่ยค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้ดำเนินการโดยคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ระดับเขต (คณะทำงาน 5x5) โดยการมีส่วนร่วมจากระดับจังหวัด และให้เสนอคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาภายในเดือนสิงหาคม 2564

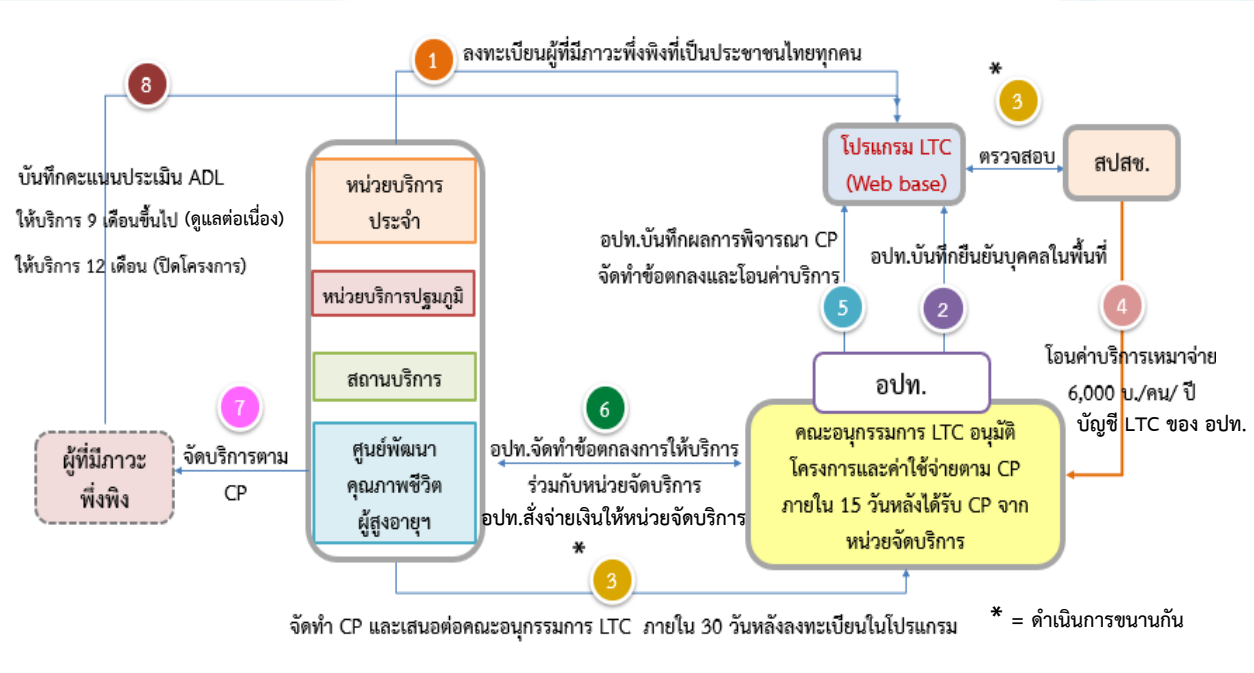
บทที่ 14

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ค่าบริการ LTC) เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นประชาชนไทยทุกคน มีเป้าหมายให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ที่บ้านหรือในชุมชนเป็นการดูแลต่อเนื่องจนครบ 12 เดือน โดยหน่วยบริการ สถานบริการหรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงบริการทางสังคมและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ โดยรายละเอียดกรอบแนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการฯ เป็นไปตามคู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565 สำหรับคู่มือแนวปฏิบัติในการขอรับงบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2565 จะกล่าวถึง ขั้นตอนการโอนค่าบริการ LTC จาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดังนี้

สปสช.ได้ปรับปรุงขั้นตอนการบริหารจัดการค่าบริการ LTC ให้มีประสิทธิภาพ โดยได้นำโปรแกรม LTC มาใช้สำหรับเสนอรายชื่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (คะแนนประเมิน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11) ที่เป็นคนไทยทุกคนเพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการตรวจสอบสถานะของการมีชีวิต และข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปที่จำเป็น เพื่อการสนับสนุนค่าบริการ LTC ให้กับ อปท. รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดูแลในระยะยาวในพื้นที่ โดยการดำเนินงานเป็นไปตามแผนผังขั้นตอนการดำเนินงาน และได้อธิบายขั้นตอนการบันทึกโปรแกรม การประมวลผล และตรวจสอบข้อมูลเพื่อโอนงบค่าบริการ LTC ดังนี้

แผนผังที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงาน LTC



ตารางที่ 1 ขั้นตอนการบันทึกโปรแกรม LTC (http://ltc.nhso.go.th/ltc/#/public) เพื่อขอรับงบค่าบริการ LTC

ลำดับที่	ขั้นตอนการดำเนินงาน
1 การคัดกรองค้นหา	1.1 กรณีเป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงรายใหม่ หน่วยจัดบริการ (หน่วยบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต/สถานบริการ) โดยทีมหมอครอบครัว ร่วมกับ อปท. สำรวจและประเมินค้นหาผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนนประเมิน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 แบ่งเป็น 4 กลุ่มตามประกาศ สปสช.) หลังจากนั้นให้หน่วยจัดบริการบันทึกรายชื่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในโปรแกรม LTC หากเป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงที่เคยเสนอรายชื่อไว้เกิน 1 ปีแล้ว ให้บันทึกเป็นรายชื่อใหม่ 1.2 กรณีเป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงรายเก่า (อยู่ในระหว่างการดูแลตาม CP) ให้ดำเนินการตามข้อ 5.1 หรือ 5.2

ลำดับที่	ขั้นตอนการดำเนินงาน
2 การยืนยันบุคคลของ อปท.	อปท. ตรวจสอบข้อมูลที่หน่วยจัดบริการบันทึกในโปรแกรม LTC และทำการยืนยันการเป็นบุคคลในพื้นที่ รวมทั้งบันทึกการขอรับงบหรือไม่ขอรับงบ บุคคลที่ท้องถิ่นบันทึกขอรับงบโปรแกรมฯ จะประมวลผลและตรวจสอบข้อมูลเพื่อการโอนค่าบริการฯ ตามเงื่อนไข ดังนี้ - เป็นคนไทย ที่มีคะแนนประเมิน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 ทุกสิทธิ ทุกกลุ่มวัย - สถานะมีชีวิต - อปท. ยืนยันว่าเป็นบุคคลในพื้นที่ - ผลการบันทึกโปรแกรมฯ มีสถานะ “ขอรับงบ” - มีเลขที่คู่สัญญา (vender) ของ อปท. ในระบบเบิกจ่ายกับ สปสช.
3 การเสนอ Care plan	หลังเสนอรายชื่อในโปรแกรม LTC ทั้ง กรณี 1.1 หรือ 1.2 ให้หน่วยจัดบริการจัดทำโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ และแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan : CP) ให้ครอบคลุมทั้งกลุ่มเป้าหมายรายใหม่และรายเก่า (ดูแลต่อเนื่อง) เสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (คณะอนุกรรมการ LTC)
4 การพิจารณา Care Plan	ให้คณะอนุกรรมการ LTC พิจารณาอนุมัติโครงการฯ รวมทั้งค่าใช้จ่ายตาม CP ภายใน 15 วัน หลังได้รับ CP จากหน่วยจัดบริการ จากนั้นให้ อปท. นำผลการพิจารณาไปบันทึกในโปรแกรมฯ เพื่อจัดทำข้อตกลง ออกฎีกา และสั่งจ่ายเงินให้หน่วยจัดบริการ
5 การรายงานผลการดูแล 9 เดือน และ 12 เดือน	5.1 เมื่อหน่วยจัดบริการให้บริการดูแลตาม CP ครบ 9 เดือนแล้ว ให้ประเมิน ADL ของผู้ที่ได้รับการดูแล แล้วบันทึกผลในโปรแกรม LTC ดังนี้ 5.1.1 กรณีผลการประเมินมีคะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ให้ อปท. ตรวจสอบเพื่อยืนยันการเป็นบุคคลในพื้นที่ หาก อปท. ต้องการรับงบจาก สปสช. เพื่อดูแลต่อเนื่องให้ระบุสถานะ “ขอรับงบ” กรณีไม่รับงบให้ระบุสถานะ “ไม่ขอรับงบ” 5.1.2 กรณีผลการประเมินมีคะแนน ADL มากกว่า 11 คะแนน ให้บันทึกผลในโปรแกรม LTC และดูแลต่อไปจนครบ 12 เดือน หากภายหลัง (ช่วงก่อนครบ12 เดือน) ผู้มีภาวะพึ่งพิงมีผลการประเมิน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ให้หน่วยจัดบริการแก้ไขคะแนน ADL ในโปรแกรม LTC ที่เคยบันทึกไว้แล้ว และให้ อปท. ดำเนินการตามข้อ 5.1.1 5.2 เมื่อหน่วยจัดบริการให้บริการดูแลตาม CP ครบ 12 เดือน ให้หน่วยจัดบริการประเมิน ADL ของผู้ที่ได้รับการดูแลและบันทึกผลในโปรแกรม LTC และรายงานผลต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อทราบผลการดำเนินงานและสรุปปิดโครงการ
<u>หมายเหตุ</u> เข้าใช้งานโปรแกรม LTC ที่ <u>http://ltc.nhso.go.th/ltc/#/public</u>	

ตารางที่ 2 ขั้นตอนการประมวลผลและตรวจสอบข้อมูลเพื่อโอนงบค่าบริการฯ

ลำดับที่	ขั้นตอนการดำเนินงาน
1	หลังจากที่หน่วยจัดบริการเสนอรายชื่อ และ อปท.ยืนยันกลุ่มเป้าหมายแล้ว โปรแกรมฯจะประมวลผลและตรวจสอบข้อมูลเพื่อการโอนค่าบริการฯ ตามเงื่อนไขที่ได้อธิบายไว้แล้ว ตามขั้นตอนการบันทึกโปรแกรม LTC ในลำดับที่ 2
2	โปรแกรม LTC ตรวจสอบยอดเงินโอนกับยอดเงินในบัญชี "กองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ระบุชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง" ของ อปท. หากพบว่ามีเงินคงเหลือมากกว่า 2 เท่าของเงินที่จะโอน ให้ สปสช.เขต ตรวจสอบข้อมูลในโปรแกรมฯ และประสานงานกับ อปท. เพื่อให้ สปสช.เขต ยืนยันการโอนในแต่ละงวดผ่านโปรแกรมฯ ภายใน 5 วัน (นับจากวันที่ 1 ของทุกเดือน)
3	สปสช. ส่วนกลางนำข้อมูลที่ สปสช.เขตยืนยันการโอนไปตรวจสอบสถานะการมีชีวิต และโอนเงินค่าบริการ LTC ให้กับ อปท. เหมาจ่าย 6,000 บาท/คน/ปี โดยแบ่งการโอนงบเป็นรายงวด จำนวน 12 งวด (รายละเอียดตามตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 กำหนดวันโอนค่าบริการ LTC ให้กับกองทุนฯท้องถิ่น (เหมาจ่าย 6,000 บาทต่อคนต่อปี)

งวดที่	กำหนดวันตัดข้อมูล (ประมวลผล ณ วันที่ 1 ของทุกเดือน)	กำหนดวันโอนเงิน	หมายเหตุ
1	ตัดข้อมูล ณ วันที่ 30 ก.ย.2564	ภายในเดือน ต.ค. 2564	รวมคนที่ Care plan ครบ 9 เดือน (สถานะขอรับงบ) ในเดือน ก.ค. และ ส.ค. 2564
2	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ต.ค. 2564	ภายในเดือน พ.ย. 2564	
3	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 30 พ.ย. 2564	ภายในเดือน ธ.ค. 2564	
4	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ธ.ค. 2564	ภายในเดือน ม.ค. 2565	
5	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ม.ค.2565	ภายในเดือน ก.พ. 2565	
6	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 28 ก.พ. 2565	ภายในเดือน มี.ค. 2565	
7	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 มี.ค. 2565	ภายในเดือน เม.ย. 2565	
8	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 30 เม.ย. 2565	ภายในเดือน พ.ค. 2565	
9	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 พ.ค. 2565	ภายในเดือน มิ.ย. 2565	
10	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 30 มิ.ย. 2565	ภายในเดือน ก.ค. 2565	

งวดที่	กำหนดวันตัดข้อมูล (ประมวลผล ณ วันที่ 1 ของทุกเดือน)	กำหนดวันโอนเงิน	หมายเหตุ
11	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ก.ค. 2565	ภายในเดือน ส.ค. 2565	PID ที่ CP ครบ 9 เดือน (มีสถานะขอรับงบ) ในงวด ก.ค. ส.ค. 2565 จะนำไปจ่ายในงวดแรก (ต.ค. 2565) ในปีงบประมาณ 2566
12	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ส.ค. 2565	ภายในเดือน ก.ย. 2565	

การกำกับติดตามผลการดำเนินงาน

สปสช. ส่วนกลาง และ สปสช. เขต ติดตามการเข้าบันทึกข้อมูลผ่านระบบดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ทางเว็บไซต์ http://ltc.nhso.go.th/ltc/#/login ที่ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน เพื่อใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งติดตามรายงานสรุปผลการประเมินกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง https://tobt.nhso.go.th/obt/ltc_self_evaluation_report

บทที่ 15

แนวทางบริหารจัดการ หลักเกณฑ์ และเงื่อนไข การจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2565

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ เป็นการสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ข้อ ช. (5) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” และตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น ทั้งในหน่วยบริการ/เครือข่ายหน่วยบริการและในชุมชนทั้งในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานครจากหน่วยบริการที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการให้สอดคล้องกับนโยบายการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และลดความแออัดในหน่วยบริการภายใต้สถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัส 2019

1. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

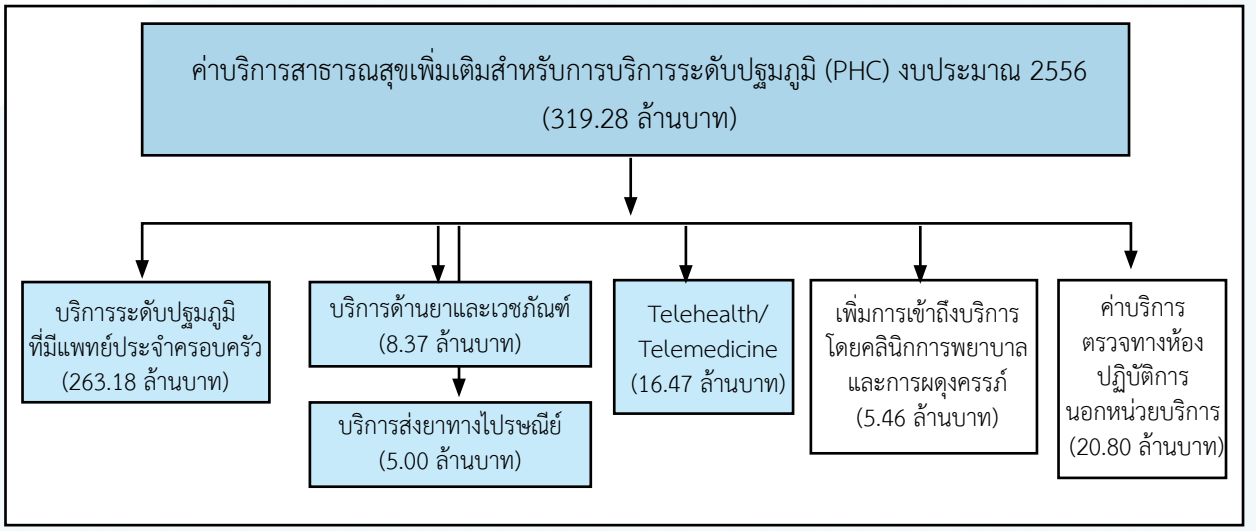
1) เพิ่มการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิที่จำเป็นสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ ทั่วถึงและเป็นธรรม

2) สนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พัฒนาศักยภาพและคุณภาพบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3) เพื่อสนับสนุนการจัดบริการให้สอดคล้องกับนโยบายรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และลดความแออัดในหน่วยบริการ

2. วงเงินที่ได้รับจัดสรร

ในปีงบประมาณ 2565 วงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน **319.28 ล้านบาท** ซึ่งครอบคลุมทั้งบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัวทั้งในและนอกเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 263.18 ล้านบาท บริการด้านยาและเวชภัณฑ์ จำนวน 8.37 ล้านบาท บริการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 5.00 ล้านบาท บริการ Telehealth/Telemedicine จำนวน 16.47 ล้านบาท บริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน 5.46 ล้านบาท และบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการหรือในชุมชน จำนวน 20.80 ล้านบาท



3. แนวทางการบริหารจัดการ เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ดังนี้

3.1 **วงเงินที่ได้รับ รวม 263.18 ล้านบาท**

3.2 **แนวทางการบริหารจัดการ :** จ่ายเป็นค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการประจำ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำและผ่านเกณฑ์ศักยภาพบริการและผลลัพธ์คุณภาพบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน โดยมีเงื่อนไข หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

3.2.1 จ่ายตามเกณฑ์ศักยภาพบริการ ไม่เกิน 131.09 ล้านบาท (ร้อยละ 50) แบ่งการจ่ายเป็น 2 งวด คือ

งวดที่ 1 จ่ายให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แห่งละไม่เกิน 60,000 บาท ภายในไตรมาสที่ 2 โดยหน่วยบริการมีศักยภาพบริการ 3 ด้าน ดังนี้

(1) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข ตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

(2) มีระบบข้อมูลรายชื่อแพทย์คู่กับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และประกาศให้ประชาชนรับทราบ โดยมีการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างประชาชนและแพทย์

(3) มีทะเบียนประชาชนกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเสี่ยง อย่างน้อย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเป้าหมายรับวัคซีนโรคไข้หวัดใหญ่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มหญิงอายุ 30-59 ปี โดยมีการปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน

งวดที่ 2 จ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีศักยภาพบริการเพิ่มเติม จำนวน 2 ด้านๆ ละไม่เกิน 20,000 บาท รวมแห่งละ ไม่เกิน 40,000 บาท ภายในไตรมาส 4 โดยหน่วยบริการมีศักยภาพบริการ ดังนี้

(4) มีและใช้ระบบการให้บริการสาธารณสุขทางไกล(Telehealth/Telemedicine) และมีบริการให้คำปรึกษาดูแลต่อเนื่อง โดยมีการบันทึกข้อมูลการบริการอย่างต่อเนื่อง

(5) มีการใช้ระบบข้อมูลบริการที่มีการเชื่อมโยงการบริการ และการรับ-ส่งต่อระหว่างหน่วยบริการในเครือข่ายหน่วยบริการ

หากมีเงินเหลือจ่ายจาก ส่วนที่ 1 ให้นำไปรวมจ่าย ในส่วนที่ 2 ตามเกณฑ์ผลลัพธ์คุณภาพบริการ ในไตรมาสที่ 4/2565

3.2.2 จ่ายตามเกณฑ์ผลลัพธ์คุณภาพบริการ ไม่น้อยกว่า131.09 ล้านบาท (ร้อยละ 50) โดยจ่ายงวดเดียว แบบ Point system ในวงเงินปลายปิด (Global budget) โดยจ่ายให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ภายในไตรมาสที่ 4

เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการตามเกณฑ์ผลลัพธ์คุณภาพบริการ ต้องเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านเกณฑ์ศักยภาพบริการ ข้อ 3.2.1 (ข้อ 1- 3) และมีผลงานการให้บริการผ่านเกณฑ์ผลลัพธ์คุณภาพบริการระดับปฐมภูมิ ที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดการดำเนินงานในประชากรกลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยง จำนวน 3 กลุ่ม [ตามข้อ 3.2.1 (3)] ดังนี้

(1) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก ภายใน 12 สัปดาห์

(2) ร้อยละของหญิงอายุ 30 - 59 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปี

(3) ร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

ทั้งนี้ในปีงบประมาณ 2565 ใช้เกณฑ์ตัวชี้วัดชุดเดียวกัน ทั้งหน่วยบริการพื้นที่ในและนอกกรุงเทพมหานคร โดยจะบริหารการจ่ายโดย สปสช.ส่วนกลาง มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยง	ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ยผลงาน (Average) ปี 2563	ค่าเป้าหมาย ปี 2565
1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์	40.49	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
2. กลุ่มหญิง 30 – 59 ปี	ร้อยละของหญิงอายุ 30 - 59 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปี	60.10	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
3. กลุ่มเป้าหมายที่รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่	21.39	มากกว่าร้อยละ 50

<u>หมายเหตุ</u>

ก. รายละเอียดตัวชี้วัดและแนวทางการคำนวณจัดสรร เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

ข. ตัวชี้วัดที่ 1 ใช้ข้อมูลผลงานบริการ (9 เดือน) ระหว่างวันที่ 1 ตค. 64 – 30 มิย. 65

ตัวชี้วัดที่ 2 ใช้ข้อมูลผลงานบริการ (5 ปีย้อนหลัง) ระหว่างวันที่ 1 กค.60 – 30 มิย.65

ตัวชี้วัดที่ 3 ใช้ข้อมูลผลงานบริการเฉลี่ย (8 เดือน) ระหว่างวันที่ 1 พค. 64 – 31 สค. 65

ค. กลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ คือ

(1) ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป

(2) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 โรค คือ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการได้รับเคมีบำบัด โรคเบาหวาน

(3) ผู้พิการทางสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

(4) โรคธาลัสซีเมีย และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการ)

(5) โรคอ้วน (น้ำหนัก>100 กก. หรือ BMI >35 กก./ตรม.)

(6) หญิงตั้งครรภ์ 4 เดือนขึ้นไป

(7) เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี

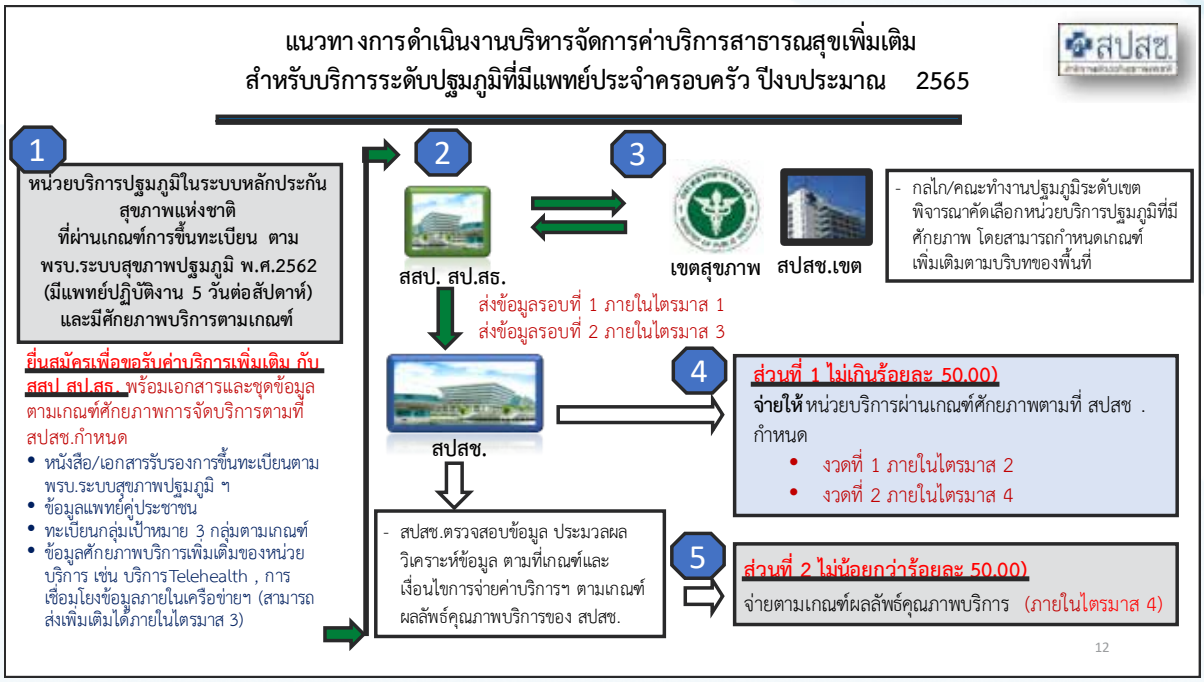
ง. ในปีงบประมาณ 2566 จะมีการเพิ่มเติมตัวชี้วัด การจัดบริการ Home ward ในกลุ่มผู้ป่วย Long Term Care, Intermediate Care; IMC และ Palliative Care

3.3 แนวทางการคัดเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิและส่งข้อมูลเพื่อรับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม ดังนี้

(1) หน่วยบริการประจำแม่ข่ายที่พร้อมให้การสนับสนุนบุคลากร ทรัพยากร และการจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 แจ้งให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีศักยภาพบริการตามเกณฑ์ สมัครหรือแสดงความจำนงเพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข

(2) สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข (สสป.สธ) โดยกลไกสุขภาพระดับพื้นที่/เขต/จังหวัด ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (สปสช.เขต) พิจารณาคัดเลือกหน่วยบริการโดยสามารถกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกเพิ่มเติมได้ตามบริบทของพื้นที่ให้ครบตามเป้าหมายที่ สปสช.ส่วนกลาง กำหนด

(3) สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.สธ) รวบรวมข้อมูลหน่วยบริการที่ผ่านศักยภาพบริการ และผ่านการคัดเลือกจากกลไกสุขภาพระดับพื้นที่ โดยแนบเอกสารและข้อมูลประกอบตามเกณฑ์ที่กำหนดและทำหนังสือแจ้งข้อมูล ไปยัง สปสช.ส่วนกลาง เพื่อจ่ายค่าบริการสาธารณสุขสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิรายหน่วยบริการ ต่อไป



ทั้งนี้ กำหนดส่งข้อมูลตามข้อ 3.2.1 (ข้อ 1- 3) ภายในไตรมาสที่ 1 (30 ธันวาคม 2564) และตามข้อ 3.2.1(ข้อ 4- 5) ภายในไตรมาสที่ 3 (30 มิถุนายน 2565)

(4) สปสช.เขต ตรวจสอบข้อมูลศักยภาพบริการของหน่วยบริการและเอกสาร/ข้อมูลประกอบรายหน่วยบริการ

(5) สปสช.ส่วนกลาง โดยสายงานบริหารกองทุน คำนวณการจ่ายค่าบริการตามเกณฑ์ศักยภาพบริการตามหลักเกณฑ์ส่วนที่ 1 ดังนี้

- **จ่ายงวดที่ 1** ภายในไตรมาส 2 (ภายในวันที่ 31 มีนาคม 2565) และ
- **จ่ายงวดที่ 2** ภายในไตรมาส 4 (ภายในวันที่ 30 กันยายน 2565)

หากมีงบประมาณคงเหลือจากการจ่ายตามเกณฑ์ศักยภาพบริการ งวดที่ 2 ให้นำมารวมกับงบประมาณส่วนที่ 2 เพื่อจัดสรรตามเกณฑ์ผลลัพธ์คุณภาพบริการปฐมภูมิต่อไป

(6) สปสช.ส่วนกลาง โดยสายงานบริหารกองทุน ประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูล ตามตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพบริการปฐมภูมิ และคำนวณการจ่ายค่าบริการตามเงื่อนไข หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการตามเกณฑ์ผลลัพธ์คุณภาพบริการปฐมภูมิ โดยใช้ผลงานของหน่วยบริการที่ให้บริการแก่กลุ่มประชากรเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยงที่กำหนด จากฐานข้อมูลของ สปสช. เป็นหลัก ตามแนวทางและรายละเอียดตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพบริการปฐมภูมิ โดยจ่ายงวดเดียว ภายในไตรมาส 4

4. การกำกับติดตามประเมินผล

1) การดำเนินงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด กำกับติดตามประเมินผล โดยกลไก สปสช. (อปสช./อคม.) และกลไกเขตสุขภาพระดับประเทศ/เขต/จังหวัด

2) รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด จากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ ได้แก่ ข้อมูลบริการจากฐานข้อมูล OP/PP, 43 แฟ้มจาก HDC และแหล่งข้อมูลอื่นตามที่ สปสช.กำหนด โดยพิจารณาทั้งเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และความครอบคลุมผลงานบริการ ที่สะท้อนการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิ

Template ตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพบริการปฐมภูมิ
ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ปีงบประมาณ 2565

ชื่อตัวชี้วัด	1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงเวลาเหมาะสมในการคัดกรอง ค้นหาภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ความผิดปกติของทารก และจัดการกับภาวะแทรกซ้อนหรือส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่สูงกว่าในกรณีจำเป็น
คำนิยาม	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยตั้งครรภ์ทุกสิทธิที่ลงทะเบียนหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ และมี Type area = 1 และ 3
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล สปสช.จาก 1) ข้อมูลแฟ้ม OP/PP 43 แฟ้ม 2) ข้อมูล e-claim 3) ทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่ส่งมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ตาม B ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	นับ CID ของหญิงตั้งครรภ์ตาม B ร่วมกับรหัสวินิจฉัยโรคหลักหญิงตั้งครรภ์ (ICD-10) Z 34 – Z 35 ที่มี GA <=12 wks
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงไทยตั้งครรภ์ทุกสิทธิที่ลงทะเบียนหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ และอยู่ในทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมด ภายในช่วงเวลาที่วิเคราะห์ (1 ตค.64 – 30 มิย.65)
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	นับ CID หญิงไทยตั้งครรภ์ทุกสิทธิที่อยู่ในทะเบียนหญิงมีครรภ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จากแฟ้ม OP/PP 43 แฟ้ม e-claim ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก (service date) ภายในช่วงเวลาที่วิเคราะห์
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน
ระดับของข้อมูลรายงาน	ประเมินเป็นรายหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	ภก.ธนพัฒน์ เลาวหุตานนท์ กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางบำรุง ชลอเดช และนางชาลีมาศ ตันสุเทพวีรวงศ์ กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าบริการปฐมภูมิและสร้างเสริมป้องกันโรค สปสช.
Baseline	ปี 2563 = 61.57% (ค่ามัธยฐาน)
เกณฑ์การให้คะแนน	ร้อยละ 58.18 - 61.56 = 1 คะแนน ร้อยละ 61.57 - 63.64 = 2 คะแนน ร้อยละ 63.65 - 71.81 = 3 คะแนน ร้อยละ 71.82 - 79.99 = 4 คะแนน ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป = 5 คะแนน ทั้งนี้ หน่วยบริการต้องมีหญิงตั้งครรภ์ในความรับผิดชอบตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป กรณีที่มีหญิงตั้งครรภ์ในความรับผิดชอบน้อยกว่า 10 คน ให้ได้คะแนนร้อยละ 50 ของคะแนนที่ได้รับตามเกณฑ์การให้คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	2. ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-59 ปี ภายใน 5 ปี
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีอายุ 30-59 ปี
นิยาม	**กลุ่มเป้าหมาย** หมายถึง หญิงไทยทุกสิทธิที่มีอายุ 30-59 ปี (เกิดในช่วง 1 กรกฎาคม 2505 ถึง 30 มิถุนายน 2534) และได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในช่วง 1 กรกฎาคม 2560 – 30 มิถุนายน 2565 ในเขตรับผิดชอบ **การตรวจปากมดลูก** หมายถึง การตรวจทั้งโดยวิธี Pap Smear , VIA หรือ HPV DNA test Pap Smear หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูกไปป้ายลงบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผล โดยบุคลากรเซลล์วิทยา **VIA (Visual Inspection with Acetic acid)** หมายถึง วิธีคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางป้ายที่บริเวณปากมดลูก ทิ้งไว้ 1 นาทีน้ำส้มสายชูจะไปทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อที่ผิดปกติของปากมดลูกให้เห็นเป็นฝ้าขาวขอบเขตชัดเจน และตำแหน่งแน่นอน สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ซึ่งไม่ได้หมายความว่าเป็นมะเร็ง แต่ถ้าปล่อยไว้ไม่ได้รับการรักษาอาจกลายเป็นมะเร็งได้ซึ่งเหมาะสำหรับในการคัดกรองสำหรับสตรีอายุ 30-45ปี **HPV DNA test** เป็นเทคนิคทางด้านชีวโมเลกุล เพื่อตรวจหาตัวเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ก่อมะเร็งบริเวณ ปากมดลูกและผนังช่องคลอด จึงช่วยค้นหาและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ตั้งแต่ในระยะก่อนการเป็นมะเร็ง
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยทุกสิทธิที่มี อายุ 30-59 ปี
แหล่งข้อมูล	1) ฐานข้อมูล e -claim /seamless & กทม. 2) ข้อมูล 21/43 แฟ้ม (แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD รหัส Z014 หรือ Z124) 3) SPECIAL PP รหัส 1B30 หรือ 1B40 หรือรหัสขึ้นต้นด้วย 1B004 4) ฐานข้อมูลประชากรไทยทุกสิทธิ
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนหญิงไทยสิทธิทุกสิทธิ อายุ 30-59 ปี ที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสมตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2560 – 30 มิถุนายน 2565 จัดกลุ่มตามหน่วยลงทะเบียน
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	จำนวนหญิงไทยทุกสิทธิ (ที่เกิดในช่วง 1 กรกฎาคม 2505 ถึง 30 มิถุนายน 2534) ในแต่ละหน่วยลงทะเบียนที่มี CID อยู่ในแฟ้ม SPECIAL PP 1B30 หรือ 1B40 หรือ รหัสขึ้นต้นด้วย 1B004 และ CID ที่อยู่ใน DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัส DIAGCODE = Z014, Z124 รวมทั้งฐานเรียกเก็บกรณี PAP & VIA และ HPV DNA testing ที่อยู่ใน Seamless for CCS และจากฐานของ กทม. ตั้งแต่ปี ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2560 – 30 มิถุนายน 2565 แล้วนำมาแจงนับรวมกันโดยตัด CID ที่ซ้ำของ 3 ฐานออก แล้วตัดผู้ที่เสียชีวิตก่อนการคัดกรอง รวมทั้ง CID error ทั้งหมดก่อนจำแนกตามหน่วยลงทะเบียน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงไทยทุกสิทธิที่เกิดในช่วง 1 กรกฎาคม 2505 ถึง 30 มิถุนายน 2534 จัดกลุ่มตามหน่วยลงทะเบียน ณ 1 ตุลาคม 2564
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	จำนวนหญิงไทยทุกสิทธิ ที่เกิดในช่วง ณ 1 ตุลาคม 2564 ในแต่ละหน่วยลงทะเบียน
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเดือนละ 1 ครั้งและประเมินผลปีละ 1 ครั้ง
ระดับของข้อมูลรายงาน	ประเมินเป็นรายหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

ชื่อตัวชี้วัด	2. ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-59 ปี ภายใน 5 ปี
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	ภก.ธนพัฒน์ เลาวหุตานนท์ กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.
ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด	นางบำรุง ชลอเดช และนางชาลีมาศ ตันสุเทพวีรวงศ์ กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าบริการปฐมภูมิและสร้างเสริมป้องกันโรค สปสช.
Baseline	1) ผลการสำรวจ BRFSS 2558 =69% 2) OPPP Individual ปี QOF 2563= 40.80 % (ค่ามัธยฐาน)
เกณฑ์การให้คะแนน	ร้อยละ 35.03 - 40.79 = 1 คะแนน ร้อยละ 40.80 - 50.97 = 2 คะแนน ร้อยละ 50.98 - 65.48 = 3 คะแนน ร้อยละ 65.49 - 79.99 = 4 คะแนน ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป = 5 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	3. อัตราการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลแก่กลุ่มเป้าหมาย
คำนิยาม	ประชาชนกลุ่มเสี่ยง หมายถึง (1) ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป (2) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 โรค คือ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการได้รับเคมีบำบัด โรคเบาหวาน (3) ผู้พิการทางสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (4) โรคธาลัสซีเมีย และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการ) (5) โรคอ้วน (น้ำหนัก>100 กก. หรือ BMI >35 กก./ตรม.) (6) หญิงตั้งครรภ์ 4 เดือนขึ้นไป (7) เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี ที่ได้รับบริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในหน่วยบริการ ในช่วงการรณรงค์ ปี 2564 (1 เมษายน 2564 – 31 ธันวาคม 2564) และปีรณรงค์ 2565 (1 เมษายน 2565 - 31 สิงหาคม 2565) (ICD-10TM CODE Z25.1 หรือรหัสวัคซีน 815)
แหล่งข้อมูล	ข้อมูล OP/PP individual data (แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD & chronic) ข้อมูล IP e-claim (ทุก Diagnosis) และ ข้อมูลจาก KTB application โดยตรวจหา CID ย้อนหลังตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 - 31 สิงหาคม 2565 และข้อมูลการจัดสรรวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ปี 2564-2565

ชื่อตัวชี้วัด	3. อัตราการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลแก่กลุ่มเป้าหมาย
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในช่วงเวลาที่กำหนด (คน) ดังนี้ 1 ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป 2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 โรค คือ 2.1 ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J440-J449) 2.2 หอบหืด (J45-J46) 2.3 หัวใจ (I05-I099,I20-I259,I30-I528,Q20-Q250) 2.4 หลอดเลือดสมอง (I60-I698) 2.5 ไตวาย (N17-N19) 2.6 ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการได้รับเคมีบำบัด (C00-C97) 2.7 โรคเบาหวาน (E10-E149) 3 ผู้พิการทางสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (G80-G809) 4 โรคธาลัสซีเมีย และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการ) (D460-D569 + B20-B24) 5 โรคอ้วน (น้ำหนัก>100 กก. หรือ BMI >35 กก./ตรม.) (E660-E669) 6 หญิงตั้งครรภ์ 4 เดือนขึ้นไป 7 เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงวัคซีนไข้หวัดใหญ่ที่ได้รับจัดสรร
สูตรคำนวณ	$\frac{(Ax100/B)\ \text{ปี}\ 2564\ (Ax100/B)\ \text{ปี}\ 2565}{2}$
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	ภก.ธนพัฒน์ เลาวหุตานนท์ กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช.
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด/รายงาน	นางบำรุง ชลอเดช และนางชาลีมาศ ตันสุเทพวีรวงศ์ กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าบริการปฐมภูมิและสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคสปสช.
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน
ระดับของข้อมูลรายงาน	ประเมินเป็นรายหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว
Baseline	ปี 2563 ร้อยละ 23.66 (ค่ามัธยฐาน)
เกณฑ์คะแนน	ร้อยละ 20.27 - 23.65 = 1 คะแนน ร้อยละ 23.66 - 28.33 = 2 คะแนน ร้อยละ 28.34 - 39.16 = 3 คะแนน ร้อยละ 39.17 - 49.99 = 4 คะแนน ร้อยละ 50.00 ขึ้นไป = 5 คะแนน

2. ค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม

แนวทางการบริหารจัดการระบบ

1. หน่วยบริการที่ร่วมดำเนินการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ และร้านยาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านเภสัชกรรมที่มีคุณภาพ ลดความแออัดของหน่วยบริการ

2. รูปแบบการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) กำหนดการดำเนินการเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบ 1 หน่วยบริการจัดยารายบุคคลส่งให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา)

รูปแบบ 2 หน่วยบริการจัดสำรองยาไว้ที่หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา)

รูปแบบ 3 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (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) เพื่อชำระค่ายาและเวชภัณฑ์หรือบริการอื่นให้กับองค์การเภสัชกรรมแทนหน่วยบริการประจำได้ตามที่หน่วยบริการประจำตกลงกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม

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. มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการที่ร่วมดำเนินการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านเภสัชกรรมที่มีคุณภาพ ลดความแออัดของหน่วยบริการ

ทั้งนี้ ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการต่อเนื่อง ต้องได้รับการต่ออายุใบอนุญาตร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) หากไม่ได้รับการต่ออายุจะถือว่าไม่มีคุณสมบัติเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติข้างต้น

อัตราการจ่ายค่าใช้จ่าย

1. สำหรับหน่วยบริการ (โรงพยาบาล)

1.1 โรงพยาบาลที่ร่วมดำเนินการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ จะได้รับค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา ตามจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกของแพทย์ ที่ผู้ป่วยไปรับร้านยาที่ร้านยาตามใบสั่งยา

1.2 โรงพยาบาลจะได้รับค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ก็ต่อเมื่อมีการส่งข้อมูลใบสั่งยาแบบ electronic เข้าสู่ **“ระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาผ่านระบบสารสนเทศการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ (E-Prescription)”** ที่URL https//:eprescript.nhso.go.th/eprescrptui/login

2. สำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) จะได้รับค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา ตามจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอก ที่ผู้ป่วยมารับร้านยาที่ร้านยาตามใบสั่งยาของแพทย์

ตารางแสดงรูปแบบการจ่ายค่าใช้จ่าย

รูปแบบ	จัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับโรงพยาบาล	จัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สำหรับร้านยา
รูปแบบที่ 1	49 บาทต่อใบสั่งการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	70 บาทต่อใบสั่งการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
รูปแบบที่ 2	47 บาทต่อใบสั่งการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	80 บาทต่อใบสั่งการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
รูปแบบที่ 3	42 บาทต่อใบสั่งการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	90 บาทต่อใบสั่งการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

หมายเหตุ ค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับร้านยาต่อใบสั่งการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยสามารถใช้รับยาได้ตามจำนวนครั้งตามที่แพทย์ของหน่วยบริการแม่ข่ายกำหนดไว้ในใบสั่งยา

ค่ายาและเวชภัณฑ์ของร้านยาสำหรับร้านยาที่เข้าร่วมโครงการในรูปแบบที่ 3

สปสช.ดำเนินงานร่วมกับองค์การเภสัชกรรม ในการจัดหายาและเวชภัณฑ์ส่งให้ร้านยาซึ่งเข้าร่วมโครงการในรูปแบบที่ 3 โดยใช้ข้อมูลที่ร้านยา บันทึกผ่าน **"ระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์" หรือ "ระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาผ่านระบบสารสนเทศการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ (E-Prescription)"** โดยสปสช.ดำเนินการจ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์ตามรายการที่หน่วยบริการกำหนดและร้านยาจ่ายให้แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ร้านยา ตามราคาชดเชยที่กำหนด และตามเงื่อนไขที่หน่วยบริการประจำแจ้งต่อ สปสช.

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย

1. สำหรับร้านยา

1) ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมถึงสิทธิว่าง โดยผู้มีสิทธิต้องยื่นบัตรประชาชน พร้อมใบสั่งยา หรือคำสั่งใช้ยาในระบบอิเล็กทรอนิกส์ จากหน่วยบริการแม่ข่ายที่ร่วมดำเนินการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ และร้านยาตรวจสอบสิทธิผ่านช่องทางที่กำหนด

2) ร้านยาจ่ายยาให้แก่ผู้มีสิทธิ ตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม และเป็นการจ่ายตามคำสั่งแพทย์จากหน่วยบริการแม่ข่าย ในโรคตามที่กำหนด

3) ภายหลังการให้บริการ ร้านยาบันทึกข้อมูลใน **"ระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์"** หรือ **"ระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาผ่านระบบสารสนเทศการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ (E-Prescription)"** ตามที่ สปสช.กำหนด

4) รอบการจ่ายค่าใช้จ่าย

4.1) ภายหลังร้านยาบันทึกข้อมูลในโปรแกรม **"ระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์"** หรือ **ระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาผ่านระบบสารสนเทศการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ (E-Prescription)"** ตามแนวทางที่กำหนด สปสช.ตัดข้อมูลทุก 15 วัน และร้านยาจะได้รับการโอนเงินภายใน 15 วันหลังตัดข้อมูล

4.2) การอุทธรณ์การจ่าย ร้านยาสามารถอุทธรณ์ได้หลังได้รับรายงานการจ่ายเงิน

2. สำหรับหน่วยบริการ

1) ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมถึงสิทธิว่าง

2) แพทย์ของหน่วยบริการแม่ข่าย สั่งจ่ายยาในโรคตามที่กำหนด โดยเป็นการส่งผู้ป่วยไปรับยา ที่ร้านยาในเครือข่ายร่วมดำเนินการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

3) หน่วยบริการบันทึกการสั่งยา ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยบันทึกข้อมูลใน **"ระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาผ่านระบบสารสนเทศการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ (E-Prescription)"** ตามที่ สปสช.กำหนด เพื่อใช้เป็นคำสั่งแพทย์ และให้ร้านยาจัดยา และจ่ายยาให้ผู้ป่วย

4) รอบการจ่ายค่าใช้จ่าย

4.1) ภายหลังหน่วยบริการ ส่งใบสั่งยาให้แก่ร้านยาบันทึกข้อมูลในโปรแกรมร้านยาออนไลน์แล้ว และผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา สปสช.ตัดข้อมูลทุก 15 วัน และหน่วยบริการจะได้รับการโอนเงิน ภายใน 15 วันหลังตัดข้อมูล

4.2) หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ได้หลังได้รับรายงานการจ่ายเงิน

สำหรับหน่วยบริการที่สมัครเข้าร่วมดำเนินการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ในปีงบประมาณ 2565 (โรงพยาบาลใหม่) สปสช.จ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา เมื่อหน่วยบริการจัดส่งเอกสารประกอบการรับค่าใช้จ่าย ตามแบบฟอร์ม ดังนี้

1) กำหนดรูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการและร้านยา

2) รายชื่อร้านยาในเครือข่าย

3) รายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการของเครือข่าย (เช่น กลุ่มโรคที่จะดำเนินการ วิธีการรับและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกัน การตรวจเยี่ยมนิเทศน์งานของเภสัชกร เป็นต้น) ประมาณการจำนวนผู้ป่วย ตามรายโรคที่คาดว่าจะส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา

ทั้งนี้ หน่วยบริการอาจให้ สปสช.ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการเพื่อชำระค่ายาและเวชภัณฑ์หรือบริการอื่นตามที่หน่วยบริการตกลงให้หน่วยร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม ตามข้อเสนอของหน่วยบริการ

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) ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรมที่ร่วมดำเนินการ

ลำดับที่	ชื่อร้านยา	เภสัชกร	ที่อยู่/เบอร์ติดต่อ	ประมาณการจำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา	รูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการและร้านยา			หมายเหตุ
					รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2	รูปแบบที่ 3	

3. ค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์การจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

เป็นการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้านแก่ผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

<u>เงื่อนไขหน่วยบริการ</u>

1. หน่วยบริการที่ให้บริการการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเภทหน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการรับส่งต่อ

2. หน่วยบริการมีช่องทางในการสื่อสารระหว่างแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วย สำหรับการสั่งการรักษา ซักประวัติ ถามอาการ และบันทึกข้อมูลการรักษาในเวชระเบียน รวมทั้ง ทำหน้าที่ในการ packing ยาและเวชภัณฑ์ เพื่อจัดส่งยาทางไปรษณีย์ด้วยระบบบริการส่งด่วน (EMS)

<u>อัตราการจ่าย</u>

หน่วยบริการได้รับการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยทางไปรษณีย์ ในอัตราไม่เกิน 50 บาทต่อครั้งบริการ

<u>การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย</u>

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ตามรูปแบบที่กำหนด

4. ค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth/Telemedicine)

<u>นิยาม</u>

"การแพทย์ทางไกล" ** หมายความว่า การให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกล เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ที่เป็นประโยชน์ต่อการปรึกษา การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

"ระบบบริการการแพทย์ทางไกล" ** หมายความว่า ระบบงานที่มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ในการให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่อยู่ต่างสถานที่ด้วย <u>วิธีการส่งสัญญาณข้อมูลภาพและเสียงหรือวิธีการอื่น</u>

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

1. ผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายเก่าในหน่วยบริการ ที่มีอาการคงที่ และควบคุมโรคได้ดี
3. มีการลงทะเบียนผู้ป่วยที่รับบริการสาธารณสุขระบบทางไกล

<u>เงื่อนไขหน่วยบริการ</u>

1) เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) มีผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความพร้อมในการให้บริการสาธารณสุขทางไกล ตามมาตรฐานที่สภาวิชาชีพประกาศกำหนดหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

3) มีความพร้อมของเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารมาใช้ในการให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข พร้อมทั้งระบบในการพิสูจน์ตัวตนของผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการ

4) มีกระบวนการในการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกลของหน่วยบริการ พร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้รับบริการรับทราบและยินยอมก่อนวันรับบริการ

5) มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการ ในทุกกระบวนการขั้นตอนให้สามารถทวนสอบข้อมูลได้

6) มีมาตรฐานการรักษาความมั่นคงด้านสารสนเทศและมีแผนการจัดการความเสี่ยงและควบคุมความผิดพลาดทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร

หมายเหตุ ** นิยาม จาก ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องมาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล

<u>อัตราการจ่ายเงินชดเชย</u>

จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข อัตรา 30 บาทต่อครั้ง

<u>การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย</u>

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ตามรูปแบบที่กำหนด

5. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามกฎระเบียบว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ของสภาการพยาบาล และตามที่สำนักงานกำหนด ดังนี้

ก. การให้บริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ แก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่

1) บริการการพยาบาลพื้นฐาน

2) บริการให้ยาตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

3) บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน

4) บริการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยแบบประเมิน พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ข. การให้บริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ แก่ประชาชนไทยทุกสิทธิ ได้แก่

1) บริการฝากครรภ์ ในกรณีที่แพทย์วินิจฉัยแล้วไม่ใช่ครรภ์เสี่ยง

2) บริการถุงยางอนามัย

3) ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน

<u>เงื่อนไขหน่วยบริการ</u>

หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ได้แก่ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่มีความพร้อมและผ่านประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในระบบ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. เป็นคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

2. มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563

3. มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ อย่างน้อย 1 คน และเปิดให้บริการ อย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง และรวมชั่วโมงให้บริการไม่น้อยกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

4. มีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามมาตรฐานการประกอบ วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์

<u>อัตราการจ่าย</u>

รายการกิจกรรมการบริการ	อัตราการจ่าย
ก. บริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ แก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
1. การให้ยาตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม	1.1 บริหารยาพ่น 60 บาท/วัน 1.2 บริหารยาฉีด 30 บาท/วัน
2. การบริการพยาบาลพื้นฐานตามคำสั่งแพทย์	1.1 แผลแห้ง/แผลเย็บ 80 บาท/วัน 1.2 แผลเปิด/ติดเชื้อ 170 บาท/วัน 1.3 แผลขนาดใหญ่ 320 บาท/วัน 1.4 การใส่สายยางให้อาหาร 80 บาท/วัน (ไม่รวมค่าอุปกรณ์) 1.5 การให้สายสวนปัสสาวะ 110 บาท/วัน (ไม่รวมค่าอุปกรณ์)
3 . การบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน	จ่ายตามประเภทผู้รับบริการดังนี้ 3.1 กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาหายได้ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาท/ครั้ง/ไม่เกิน 4 ครั้ง/ปี 3.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาท/ครั้ง/ไม่เกิน 6 ครั้ง/ปี 3.3 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและไร้ความสามารถเล็กน้อย จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 800 บาท/ครั้ง/ไม่เกิน 8 ครั้ง/ปี
4. บริการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	บริการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยแบบประเมินจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาท/ครั้ง/คน/ปี

รายการกิจกรรมการบริการ	อัตราการจ่าย
ข. บริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ แก่ประชาชนไทยทุกสิทธิ	
1. บริการฝากครรภ์	บริการฝากครรภ์ ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป โดยมีหลักฐานแสดงการฝากครรภ์กับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมว่าไม่เป็นครรภ์เสี่ยง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาท/ครั้ง
2. บริการจ่ายยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน รวมค่าบริการให้คำปรึกษา	กรณีบริการจ่ายยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน รวมค่าบริการให้คำปรึกษา และ บริการถุงยางอนามัยหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการถุงยางอนามัยและยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน (รายละเอียดบทที่ 18)
3. บริการถุงยางอนามัย	

<u>การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย</u>

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ตามรูปแบบที่กำหนด

6. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ

<u>นิยาม</u>

การบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ หมายถึง การบริการของหน่วยบริการที่มีศักยภาพจัดบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ โดยมีหน่วยตรวจทางปฏิบัติการนอกหน่วยบริการด้วยตนเอง และ/หรือมีหน่วยบริการอื่น เป็นเครือข่ายร่วมจัดบริการตรวจทางปฏิบัติการ

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วย NCDs รายเก่า สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เป็นการให้บริการเจาะเลือด เก็บสิ่งส่งตรวจ และนำส่งสิ่งส่งตรวจจากห้องปฏิบัติการนอกหน่วยที่มีศักยภาพจัดบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ

<u>เงื่อนไขหน่วยบริการ</u>

หน่วยบริการที่ ให้บริการ เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป ที่มีศักยภาพจัดบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการโดยอาจจัดให้มีหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการด้วยตนเอง และ/หรือ มีหน่วยบริการอื่น เป็นเครือข่ายร่วมจัดบริการตรวจทางปฏิบัติการ ได้แก่

1. กรณีหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานหน่วยบริการเก็บตัวอย่างและขนส่งตัวอย่างนอกโรงพยาบาล ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2. กรณีหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการที่เป็นคลินิกเทคนิคการแพทย์ ต้องผ่านเกณฑ์และเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ โดยมีนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติงานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ อย่างน้อย 1 คน และเปิดให้บริการ วันละ 4 - 6 ชั่วโมง รวมไม่น้อยกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

อัตราการจ่าย

จ่ายค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ ได้แก่ ค่าเจาะเลือด ค่าเก็บสิ่งส่งตรวจ และค่าการนำส่งสิ่งส่งตรวจ อัตราเหมาจ่าย 80 บาท/ครั้ง

การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ตามรูปแบบที่กำหนด

บทที่ 16

แนวทางปฏิบัติ ในการขอรับค่าบริการสาธารณสุข ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ขอบเขตบริการ

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้กับคนไทยทุกคน ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน โดยเน้นการบูรณาการร่วมกับหน่วยงาน และกลไกต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ ตามประเด็นสุขภาพกลุ่มเน้นหนัก และตามกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ซึ่งการดำเนินงานและบริหารจัดการให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามประเด็นสุขภาพกลุ่มเน้นหนักในแต่ละพื้นที่ เช่น กลุ่มเด็กปฐมวัย ผู้สูงอายุ พระสงฆ์ และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับ อปท.

จ่ายจำนวนไม่เกิน 45 บาทต่อประชากร ใช้จำนวนประชากรไทย ณ 1 เมษายน 2564 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับ อปท. โดยมีแนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย ดังนี้

1. พื้นที่ สปสช.เขต 1-12 เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหาร

จัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 และประกาศฉบับเพิ่มเติม ในรูปแบบความร่วมมือกับ อปท.ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง โดยจ่ายให้ อปท. ที่เข้าร่วมดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนฯ ท้องถิ่น) เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อมความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น รวมถึงบูรณาการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

2. พื้นที่ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร สำหรับการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2561 และประกาศฉบับเพิ่มเติม ในรูปแบบความร่วมมือกับกรุงเทพมหานคร ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องโดยจ่ายให้กรุงเทพฯ เพื่อให้บุคคลในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการที่มีส่วนร่วมตามความพร้อมความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในพื้นที่

3. ค่าบริการตามข้อ 1 และข้อ 2 หากมีเงินเหลือ หรือได้รับคืนมาไม่ว่ากรณีใดให้ถือปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

การกำกับติดตามผลการดำเนินงาน

อปท. บันทึกข้อมูลรายงานผลดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงินและเงินคงเหลือด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์สารสนเทศโปรแกรมออนไลน์ทางเว็บไซต์ http://obt.nhso.go.th หรือ http://chf.nhso.go.th/chf/me ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน เพื่อใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน

บทที่ 17

สิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย จากการรักษาพยาบาล และผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย จากการให้บริการสาธารณสุข

เจตนารมณ์

เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ซึ่งเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น โดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด และในขณะเดียวกัน หากเกิดความเสียหายแก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขก็มีการให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในเบื้องต้นเช่นเดียวกัน และเพื่อเป็นการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการในอันที่จะร่วมกันคลี่คลายปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข

สิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

1. กรณีผู้รับบริการ

1.1 การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการ ได้กำหนดไว้ ตามมาตรา 41 ที่กำหนดว่า “ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการโดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่คณะกรรมการกำหนด”

1.2 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ออกข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

1.3 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อเป็นคู่มือสำหรับคณะอนุกรรมการฯ และฝ่ายเลขานุการ ที่ โดยสามารถ Download ได้ที่ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย สปสช. http://law.nhso.go.th

1.4 หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีสาระสำคัญ สรุปได้ดังนี้

1) ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง

ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้รับบริการ ทายาท ผู้อุปการะ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการ โดยต้องยื่นคำร้องภายใน 2 ปี นับตั้งแต่วันที่ทราบความเสียหาย โดยยื่นคำร้องได้ที่หน่วยบริการหรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 50 (5) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่

2) ผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ผู้รับบริการ ทายาท หรือผู้อุปการะ มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ส่วนหน่วยบริการไม่มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

3) ประเภทของความเสียหาย และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

(1) เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท

(2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท

(3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ไม่เกิน 100,000 บาท

กรณีที่มีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์จนอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างการดูแลในหน่วยบริการ ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เท่ากับอัตราที่กำหนดในวรรคหนึ่ง (1) และหากมารดาได้รับความเสียหายอื่นด้วย ก็ให้ได้รับเงินช่วยเหลือได้อีกตามประเภทความเสียหายที่ได้รับนั้น

กรณีที่ความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งตามที่กำหนดได้ เป็นอำนาจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ได้ตามความเหมาะสม

4) เงื่อนไขการจ่ายเงิน

ต้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ซึ่งรวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาลด้วย แต่มิใช่ความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพ หรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว

5) ผู้พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลืออเบื้องต้น

คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด ซึ่งมีอยู่ทุกจังหวัด โดยมีองค์ประกอบทุกภาคส่วน ตัวแทนหน่วยบริการ ตัวแทนประชาชนผู้ใช้รับบริการ และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 – 7 คน โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ

6) สิทธิอุทธรณ์

กรณีผู้รับบริการ ทายาท หรือผู้อุปการะ ไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการที่สั่งจ่ายไม่เต็มตามอัตราที่กำหนด หรือไม่จ่าย หรือจ่ายผิดประเภทของความเสียหายให้ มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข โดยต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขจะวินิจฉัยชี้ขาดให้สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนด หรือสั่งยกอุทธรณ์ โดยคำวินิจฉัยชี้ขาดนี้ให้เป็นที่สุด

2. กรณีผู้ให้บริการ

2.1 การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข เป็นการกำหนด ตามคำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2559 และตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2559 ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง ตามเอกสารแนบ

2.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำแนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อเป็นคู่มือสำหรับคณะอนุกรรมการฯ และฝ่ายเลขานุการ ที่ โดยสามารถ Download ได้ที่ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย สปสช. http://law.nhso.go.th

2.3 หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมีสาระสำคัญ สรุปได้ดังนี้

1) ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง

ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง ได้แก่ ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายหรือทายาท โดยต้องยื่นคำร้องภายในกำหนด 1 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย โดยยื่นได้ที่หน่วยบริการ

2) ผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ได้แก่ ผู้ให้บริการหรือทายาท

3) ประเภทของความเสียหาย และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

(1) เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท

(2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท

(3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ไม่เกิน 100,000 บาท

4) เงื่อนไขการจ่ายเงิน

ผู้ที่ให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และหมายความรวมถึงบุคคลที่ให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนการให้บริการสาธารณสุขไม่ว่าจะมีหน้าที่โดยตรงหรือไม่ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

5) ผู้พิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้ง 13 เขต ซึ่งแต่งตั้งจาก บุคคลที่มีประสบการณ์และมีความรู้ความสามารถเหมาะสม จำนวน 5 – 7 คน โดยมีผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ เป็นเลขานุการ

6) สิทธิอุทธรณ์

กรณีผู้ให้บริการ หรือทายาทที่ยื่นคำร้องไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการมีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้ง โดยต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งผลการวินิจฉัย

คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์จะวินิจฉัยชี้ขาดให้สั่งจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกินอัตราที่กำหนด หรือสั่งยกอุทธรณ์ โดยคำวินิจฉัยชี้ขาดนี้ให้เป็นที่สุด

บทที่ 18

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของแต่ละกลุ่มวัย ภายใต้ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับประชากรไทยทุกสิทธิ
2. เพื่อการป้องกันหรือลดทอนปัญหาสาธารณสุขหรือภาระโรคที่สำคัญของประเทศ
3. เพื่อสนับสนุนความเข้มแข็งกลไกการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารจัดการระดับประเทศ

ก. บริการวัคซีนป้องกันโรค

1. วัตถุประสงค์

การเข้าถึงบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย ที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม

2. กลุ่มเป้าหมาย

ประชากรไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล

3. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย

หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ สปสช.จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำที่เป็นแม่ข่าย

4. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่าย

จ่ายชดเชยเป็นวัคซีน ผ่านโรงพยาบาลราชวิถี โดยระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม ได้แก่

1. วัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ (Expanded Program Immunization: EPI)
2. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (Seasonal Influenza: Flu)
3. วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (Human Papillomavirus: HPV)
4. วัคซีนป้องกันโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้า (Rotavirus vaccine: RV)

(รายละเอียดตามภาคผนวก 19)

<u>หมายเหตุ</u> *ค่าบริการฉีดวัคซีน เหมาจ่ายอยู่ในงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services) สำหรับประชาชนทุกสิทธิ*

5. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

5.1 หน่วยบริการประจำ ทำหน้าที่เป็นหน่วยคลังวัคซีน และเบิกวัคซีนผ่านระบบ VMI เพื่อกระจายวัคซีนให้กับหน่วยบริการในเครือข่าย

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

5.2 หน่วยบริการฉีดวัคซีน ให้ส่งข้อมูลการให้บริการฉีดวัคซีน มายัง สปสช. 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

สำหรับในกรณีของวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ใช้การยืนยันตัวตนในระบบ Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป๋าตัง (Health Wallet)/Hospital Portal ทาง Website KTB <u>https://www</u>.healthplatform.krungthai.com

5.2.2 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 กทม. การบันทึกและส่งข้อมูลการให้บริการฉีดวัคซีนทั้งหมดให้ใช้การยืนยันตัวตนในระบบ Krungthai Digital Health Platform ผ่าน Application เป๋าตัง (Health Wallet)/ Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com

5.2.3 การติดต่อประสานงานเรื่องการส่งข้อมูล ติดต่อได้ที่

5.2.3.1 Provider center โทรศัพท์ 02-554-0505 ในวันและเวลาราชการ

5.2.3.2 การสนับสนุน กรณีเกิดปัญหาการใช้งาน Krungthai Health Platform

1) การใช้งานผ่าน Hospital Portal ติดต่อได้ที่ Krungthai Corporate Call Center 0-2111-9999 cash.management@krungthai.com เวลาทำการ 08:00-19:00 (จ-ศ)

สำหรับการส่งอีเมลให้ระบุข้อมูลดังนี้ 1.subject: Health Platform Admin setting 2.ชื่อหน่วยงาน: 3.ชื่อ-เบอร์โทรติดต่อกลับ 4. แจ้งปัญหาและหน้าจอ error ที่เกิดขึ้น

2) การใช้งานผ่าน Application เป๋าตัง Krungthai Contact Center 0-2111-1111 ตลอด 24 ชั่วโมง

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

1. วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

2. กลุ่มเป้าหมาย

หญิงไทยทุกอายุ ทุกสิทธิ ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตามเงื่อนไขของประมวลกฎหมายอาญาและข้อบังคับแพทยสภา

3. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย

หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ขึ้นทะเบียนตามหลักเกณฑ์ของกรมอนามัย

4. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่าย

จ่ายชดเชยเป็นยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) โดยมอบหมายให้เครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถี ดำเนินการ จัดหาผ่านองค์การเภสัชกรรม และชดเชยผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา (http://drug.nhso.go.th/drugserver) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ขึ้นทะเบียนตามหลักเกณฑ์ของกรมอนามัย สำหรับการจ่ายชดเชยค่าบริการเป็นไปตามบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน ข้อ ช.บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

ค. บริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน

1. วัตถุประสงค์

เพื่อการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด

2. กลุ่มเป้าหมาย

เป็นการให้บริการแก่ประชาชนไทยทุกคน สำหรับเพศหญิง อายุ 15 - 59 ปี

3. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่าย

หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม และหน่วยบริการปฐมภูมิเอกชนในสปสช.เขต 13 กทม. (คลินิกชุมชนอบอุ่น)

4. อัตราการจ่ายค่าใช้จ่าย

ค่ายาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน รวมค่าบริการให้คำปรึกษา จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 40 บาทต่อแผง ครั้งละไม่เกิน 3 แผงและคนละไม่เกิน 13 แผงต่อปี

5. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

ขอรับค่าใช้จ่ายผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform

6. เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการหรือผู้รับบริการ มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย

จ่ายตามแผนงาน/โครงการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ ทั้งนี้ การดำเนินงานจัดบริการให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ ตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

1. จ่ายให้หน่วยบริการและหรือจ่ายได้ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม พุทธศักราช 2559 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการรับเงินการจ่ายเงินการรักษาเงินและรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น
2. หากงบประมาณตามแผนงาน/โครงการเหลือหรือได้รับคืนมาไม่ว่ากรณีใดให้ถือปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
3. ให้ สปสช.จัดให้มีกลไก กำกับติดตามการดำเนินงานของทุกแผนงาน/โครงการให้ได้ผลผลิตผลลัพธ์ตามเป้าหมายและการใช้จ่ายงบประมาณ ตามที่กำหนด โดยให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ

3. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน

3.1 จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule)

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการเฉพาะของประชาชนไทยทุกสิทธิ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย

การจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) มีดังนี้

ก. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1.1 เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้การบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.2 การให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แก่หญิงไทยที่มีช่วงอายุ ดังนี้

1.2.1 อายุตั้งแต่ 30 - 59 ปี ทุกคน โดยเป็นการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้ง ทุก 5 ปี

1.2.2 อายุตั้งแต่ 15 - 29 ปี โดยเป็นการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกรณีที่มีความเสี่ยงสูง (ครั้งแรก) และให้ได้รับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้ง ทุก 5 ปี

1.3 เป็นการให้บริการด้วยวิธี Pap smear หรือวิธี visual inspection with acetic acid (VIA) หรือวิธี HPV DNA Test วิธีใดวิธีหนึ่ง

1.4 หน่วยบริการที่จะให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA ต้องเป็นหน่วยบริการเดิมที่เคยดำเนินการอยู่ใน 32 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด หนองคาย บึงกาฬ อำนาจเจริญ ยโสธร สุราษฎร์ธานี อุตรดิตถ์ เชียงใหม่นครศรีธรรมราช น่าน เพชรบูรณ์ ตาก กระบี่ ลพบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ สระบุรี แม่ฮ่องสอน ตรัง สตูล สมุทรสาคร ชัยนาท พิษณุโลก นครสวรรค์ นครราชสีมา ราชบุรี ชลบุรี อุบลราชธานี ขอนแก่น ยะลา กำแพงเพชร และจังหวัดมุกดาหารเฉพาะอำเภอนิคมคำสร้อย

1.5 กรณีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบความผิดปกติ หน่วยบริการสามารถส่งตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี Colposcope หรือ วิธี Liquid based cytology หรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา

1.6 สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการบริการและอัตราในแต่ละรายการ ดังต่อไปนี้

1.6.1 บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear หรือตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง

1.6.2 บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test

1.6.2.1 ค่าบริการเก็บตัวอย่าง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 50 บาทต่อครั้ง

1.6.2.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริหารจัดการ

(ก) กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิดสายพันธุ์ 16,18 และสายพันธุ์อื่น ๆ (HPV 16,18 and other types) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 280 บาทต่อครั้ง

(ข) กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิดจำแนก 14 สายพันธุ์ขึ้นไป (HPV 14 high risk types) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 370 บาทต่อครั้ง

1.6.3 บริการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยวิธี Liquid based cytology จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 250 บาทต่อครั้ง

1.6.4 บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 900 บาทต่อครั้ง

2. วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมอีเคลม (e-Claim)

ข. บริการฝากครรภ์ (ANC)

1. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1.1 เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้การบริการหญิงไทยตั้งครรภ์ทุกคน

1.2 หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการดูแลหญิงซึ่งตั้งครรภ์ ตามรายการหรือกิจกรรมบริการสำหรับบริการฝากครรภ์ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข และตามมาตรฐานการให้บริการฝากครรภ์

ตารางประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขตามมาตรฐานการให้บริการฝากครรภ์ของกรมวิชาการ

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	✓	✓	✓	✓	✓
- ตรวจอัลตราซาวด์	←———	———	———	———	———→
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	✓				

กิจกรรมพื้นฐาน	ANC ครั้งแรก	ANC ครั้งที่ 2	ANC ครั้งที่ 3	ANC ครั้งที่ 4	ANC ครั้งที่ 5
6.4 Blood group: ABO/Rh	✓				
6.5 VDRL	✓			✓	
6.6 HIV	✓			✓	
6.7 Hepatitis B	✓				
7 การให้ยา Triferdine (ยาวิตามินเสริมเหล็ก/โฟลิค/ไอโอดิน)	✓	✓	✓	✓	✓
8 การให้วัคซีน dT ตามเกณฑ์	✓				
9 การให้คำแนะนำ	✓	✓	✓	✓	✓
10 บันทึกสมุดอนามัยมารดา	✓	✓	✓	✓	✓

1.3 การให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในหญิงตั้งครรภ์ กรณีตรวจสุขภาพช่องปาก ขัดและทำความสะอาดฟัน เป็นการให้บริการโดยทันตแพทย์ ยกเว้นการให้บริการในหน่วยบริการภาครัฐสามารถดำเนินการโดยทันตาภิบาลได้ โดยต้องมีคำสั่งกำหนดให้ทันตแพทย์เป็นผู้กำกับดูแลการให้บริการของทันตาภิบาล

1.4 การบริการฝากครรภ์ในกรณีครรภ์เสี่ยงสูง หรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลมากกว่าบริการพื้นฐานสำหรับบริการฝากครรภ์ หน่วยบริการสามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้ตามสิทธิรักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิรายนั้น ๆ

1.5 ให้สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการบริการและอัตราในแต่ละรายการ ดังต่อไปนี้

1.5.1 ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 360 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้การเบิกค่าบริการฝากครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ 9 เป็นต้นไป สำนักงานจะขอรายละเอียดหลักฐานการให้บริการเพิ่มเติมจากหน่วยบริการ เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่าย

1.5.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามรายการบริการและอัตราดังนี้

(ก) การตรวจ VDRL, HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และ/หรือ DCIP และ Blood group : ABO/Rh (ครบทุกรายการ) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อการตั้งครรภ์

(ข) การตรวจ VDRL และ HIV Antibody โดยตรวจเมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 190 บาทต่อการตั้งครรภ์

1.5.3 บริการตรวจอัลตราซาวด์ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 400 บาทต่อการตั้งครรภ์

1.5.4 บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 500 บาทต่อการตั้งครรภ์ ทั้งนี้ การให้บริการดังกล่าวไม่จำเป็นต้องให้บริการในวันเดียวกันก็ได้

2. วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมอีเคลม (e-Claim)

ค. การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

1. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1.1 เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ หรือการยุติการตั้งครรภ์

1.2 การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ เป็นการให้บริการแก่หญิงไทยซึ่งตั้งครรภ์และสามี/คู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นคนไทยทุกคน ที่มีผลการคัดกรองโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียผิดปกติ

1.3 ให้สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ตามรายการบริการ และอัตราในแต่ละรายการดังนี้

1.3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(ก) Hemoglobin typing จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 270 บาทต่อการตั้งครรภ์

(ข) Alpha – thalassemia 1 จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 800 บาทต่อการตั้งครรภ์

(ค) Beta – thalassemia จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์

1.3.2 การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์ โดยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(ก) การตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic villus sampling,CVS)

(ข) การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis)

(ค) การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)

1.3.3 การยุติการตั้งครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์

2. วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และการยุติการตั้งครรภ์ บันทึกข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ในระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http//:nprp.nhso.go.th

ง. การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์

1. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1.1 การบริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ แก่หญิงไทยซึ่งตั้งครรภ์ทุกคน

1.2 เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และการยุติการตั้งครรภ์

1.3 สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการบริการ และอัตราในแต่ละรายการดังต่อไปนี้

1.3.1 การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test

1.3.1.1 ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

(ก) การเจาะเลือดปั่นซีรั่ม จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อการตั้งครรภ์

(ข) การเจาะเลือดปั่นซีรั่มและการจัดบริการส่งเลือดเพื่อไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 200 บาทต่อการตั้งครรภ์

1.3.1.2 ค่าบริการตรวจ Quadruple test (Beta-HCG , unconjugated estriol, alphafeto protein (AFP) , inhibin A) ดังนี้

(ก) การตรวจ Quadruple test จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,200 บาทต่อการตั้งครรภ์

(ข) การตรวจ Quadruple test และการจัดบริการไปรับเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,300 บาทต่อการตั้งครรภ์

1.3.1.3 ค่าหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ เมื่อผลการตรวจ Quadruple test พบว่ามีความเสี่ยงสูง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการตั้งครรภ์ โดยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(ก) การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis)

(ข) การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)

1.3.1.4 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการในการตรวจโครโมโซมยืนยันทารกในครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาท ต่อการตั้งครรภ์

1.3.1.5 การยุติการตั้งครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์

2. วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ให้หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และการยุติการตั้งครรภ์ บันทึกข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http//:nprp.nhso.go.th

จ. การป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์(TSH) และโรคฟินิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด

1. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1.1 หน่วยบริการที่ให้บริการ จะต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้การบริการการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟินิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด ได้

1.2 การให้บริการการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟินิลคีโตนูเรีย (PKU) ในเด็กแรกเกิด แก่เด็กไทยแรกเกิดทุกคน

1.3 ให้สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่าย ตามรายการบริการและอัตราในแต่ละรายการดังนี้

1.3.1 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 135 บาทต่อครั้ง

1.3.2 กรณีเด็กไทยที่คลอดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือคลอดมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือคลอดเป็นทารกแฝด ให้ตรวจเพิ่มอีก 1 ครั้งเมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์ และจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 135 บาทต่อครั้ง

1.3.3 ค่าติดตามและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) ในรายที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 350 บาทต่อครั้ง

2. วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และการยุติการตั้งครรภ์ บันทึกข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ในระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http//:nprp.nhso.go.th

ฉ. บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

1. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1.1 หน่วยบริการที่ให้บริการจะต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้การให้บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยการใส่ห่วงอนามัยหรือฝังยาคุมกำเนิดได้

1.2 การบริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แก่เป็นการให้บริการแก่หญิงไทยอายุต่ำกว่า 20 ปี ทุกคนที่ต้องการคุมกำเนิด หรืออยู่ในภาวะหลังคลอด หรือหลังแท้ง-

1.3 สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการบริการและอัตราในแต่ละรายการ ดังต่อไปนี้

1.3.1 บริการใส่ห่วงอนามัย จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 800 บาทต่อครั้ง

1.3.2 บริการฝังยาคุมกำเนิด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อครั้ง

2. วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมอีเคลม (e-Claim)

ช. บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

1. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1.1 เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในหญิงไทยหลังยุติการตั้งครรภ์ ด้วยการใส่ห่วงอนามัยหรือฝังยาคุมกำเนิดได้

1.2 การให้บริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ แก่หญิงไทยอายุ 20 ปีขึ้นไปทุกคน ที่ต้องการเข้ารับการบริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยเป็นการรับบริการไม่เกิน 4 สัปดาห์หลังการยุติการตั้งครรภ์

1.3 สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการบริการและอัตราในแต่ละรายการ ดังต่อไปนี้

1.3.1 บริการใส่ห่วงอนามัย จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 800 บาทต่อครั้ง

1.3.2 บริการฝังยาคุมกำเนิด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อครั้ง

2. วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมอีเคลม (e-Claim)

ซ.บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

1. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1.1 เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้กรณีบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยได้

1.2 การให้บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1.2.1 เป็นการให้บริการแก่หญิงไทยทุกคน ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 305 และข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา

1.2.2 หน่วยบริการที่ให้บริการ จะต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วยวิธีการใช้ยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) หรือวิธีทางศัลยกรรม ได้แก่ การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA), การใช้เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา กับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

1.3 สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการ ตามรายการบริการและอัตรา ในแต่ละรายการ ดังนี้

1.3.1 ยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack)

1.3.2 ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ ด้วยยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) หรือวิธีทางศัลยกรรม โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 3,000 บาทต่อการตั้งครรภ์

1.4 การจ่ายค่าใช้จ่าย ตามข้อ 1.3 ไม่รวมถึงกรณีดังต่อไปนี้

1.4.1 การยุติการตั้งครรภ์จากกรณีคัดกรองพบว่าทารกในครรภ์มีความผิดปกติในกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม หรือโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

1.4.2 การรักษาภาวะ Blighted ovum, Molar pregnancy, Dead fetus in utero

1.4.3 ผู้ป่วยที่มารักษาในกรณี incomplete abortion

2. วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมอีเคลม (e-Claim)

ฌ. บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ

1. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1.1 การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1.1.1 เป็นการให้บริการแก่เด็กไทยทุกคน ที่มีอายุระหว่าง 3 – 12 ปี หรือ เด็กอนุบาล 1 ถึงประถมศึกษาปีที่ 6 คนละไม่เกิน 1 อันต่อปี

1.1.2 เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ โดยให้บริการดังนี้

1.1.2.1 การตรวจคัดกรองในเด็กนักเรียน

1.1.2.2 การตรวจวินิจฉัย วัดค่าสายตา และสั่งตัดแว่นตา โดยจักษุแพทย์ นักทัศนมาตรหรือพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา

1.1.2.3 การตรวจติดตามหลังจากได้รับแว่นตาครบ 6 เดือน

1.2 สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการสาธารณสุข เป็นค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา โดยอิงตามการใช้เลนส์ ตามรายการและอัตรา ดังนี้

1.2.1 เลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (Stock lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตา ช่วง -6.0 ถึง +6.0 หรือสายตาเอียงไม่เกิน -2.0 D จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่ออัน

1.2.2 เลนส์สายตาผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lab lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตาผิดปกติ ที่มีกำลังเลนส์เกินช่วงเลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (ตาม 1.2.1) หรือมีปัญหาความผิดปกติทางตาด้านอื่นที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแว่นตา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาทต่ออัน

2. วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมอีเคลม (e-Claim)

ญ. การคัดกรองธาลัสซีเมียและการคัดกรองซิฟิลิสในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์

1. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1.1 การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1.1.1 เป็นการให้บริการแก่สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชายไทย

1.1.2 เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.2 สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการ และอัตรา ดังนี้

1.2.1 การคัดกรองธาลัสซีเมีย ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC และ DCIP/HbE screening จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 120 บาทต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา

1.2.2 การคัดกรองซิฟิลิส ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

1.2.2.1 ค่าตรวจ VDRL จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 50 บาทต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา

1.2.2.2 ค่าตรวจ TPHA กรณีผลการตรวจ VDRL ผิดปกติ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา

2. วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมอีเคลม (e-Claim)

3.2 จ่ายแบบเหมาจ่าย รวมบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วย Fit test บริการตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง และบริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน (เคลือบฟลูออไรด์ในเด็กอายุ 4-12 ปี และเคลือบหลุมร่องฟันถาวรในเด็กอายุ 6-12 ปี) ดังนี้

3.2.1 ร้อยละ 65 ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อคน ให้หน่วยบริการประจำ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 10 (ค่าเฉลี่ยประเทศ ± 10%)

3.2.2 ร้อยละ 35 ให้จ่ายตามจำนวนผลงานบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลงานบริการตามรายการบริการที่ สปสช. กำหนดโดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2564 หรือที่เป็นปัจจุบัน ดังนี้

1) จำนวนหญิงหลังคลอดที่ได้รับบริการดูแลหลังคลอดตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป (คน)
2) จำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิด (ครั้ง)
3) จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับบริการตรวจพัฒนาการทั้งหมด (คน)
4) จำนวนเด็ก 6-12 ปี ที่ได้รับบริการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด (คน)
5) จำนวนการได้รับบริการวัคซีน EPI ทุกชนิดในเด็กแรกเกิดถึงเด็ก ป.6 (เข็ม)
6) จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ที่ได้รับบริการตรวจคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (คน)
7) จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ที่ได้รับบริการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า (คน)

3.2.3 สำหรับจำนวนผู้มีสิทธิ กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2564 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2565 หรือกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการ สปสช.จะปรับการจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ภายใต้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2564 ทั้งนี้จะดำเนินการให้แล้วเสร็จก่อน 1 ตุลาคม 2564 และกรณีหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 สำหรับประชากรไทยอื่นให้ สปสช. เขตดำเนินการปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการประจำ โดยใช้ข้อมูลผลงานบริการที่ผ่านมาประกอบการพิจารณา และเสนอผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

บทที่ 19

แนวทางการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยมีรายละเอียดดังนี้

รายการค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการแก่ประชาชนไทยทุกคน

1) การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

2) การกักกันโรคกรณีผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง (High Risk close contract) ตามที่หน่วยบริการจัดให้

3) ค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

4) ค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

รายการค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) การให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

2) การให้บริการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล และบริการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน และหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ สำหรับผู้ป่วยโรคโควิด 19

3) การให้บริการสาธารณสุข กรณีเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

รายการค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการแก่ประชาชนไทยทุกคน

1. การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

1.1 วัตถุประสงค์

1.1.1 เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อในระยะแรก (early detection) ให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสม

1.1.2 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันการติดเชื้อโรคโควิด 19 (early screening)

1.2 หลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่าย

1.2.1 เป็นการจ่ายให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สถานบริการอื่นที่ให้บริการแก่ประชาชนไทยทุกคน (ทุกสิทธิ) สำหรับการตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันการติดเชื้อโควิด 19

1.2.2 เกณฑ์การตรวจคัดกรอง ได้แก่

1) เกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2) การตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

3) แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์ เฉพาะกรณีดำเนินการภายในหน่วยบริการ และสถานบริการ

1.2.3 รูปแบบการดำเนินการตรวจคัดกรอง สามารถดำเนินการได้ ดังนี้

1) การตรวจคัดกรองในหน่วยบริการหรือสถานบริการ ซึ่งดำเนินการโดยหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสถานบริการ

2) การตรวจคัดกรองเชิงรุกนอกสถานบริการ หรือนอกสถานที่ โดย

2.1) การตรวจคัดกรอง ต้องดำเนินการร่วมกับหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ (กรณีสถานบริการเอกชนดำเนินการด้วยตนเอง โดยผู้รับบริการเป็นกลุ่มเสี่ยงตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สามารถดำเนินการได้ตามเงื่อนไขตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดยให้ดำเนินการได้ ณ ที่พำนักของผู้ป่วย หรือสถานที่กักกันเป็นการชั่วคราว ไม่ได้กระทำเป็นปกติธุระ เนื่องจากไม่สามารถออกมาภายนอกได้ จะต้องดำเนินการ ณ ที่พัก หรือสถานที่กักกันเท่านั้น ห้ามตั้งจุดในพื้นที่สาธารณะ หรือแหล่งชุมชนที่มีการสัญจรพลุกพล่านโดยเด็ดขาด) โดยแจ้งรายละเอียดตามแบบ สพ.อ.4 (แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้น ไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล) ตามที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนดไปยังผู้อนุญาตทราบก่อนให้บริการอย่างน้อย 5 วันก่อนดำเนินการ และเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคโควิด 19 ในประชากรกลุ่มเสี่ยง สถานที่เสี่ยง และการตรวจเพื่อวัตถุประสงค์อื่นกรณีเข้าเงื่อนไขการผ่อนปรนของรัฐบาล ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

2.1.1) นอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้แจ้งไปยังคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือสาธารณสุขจังหวัด เพื่อพิจารณาเห็นชอบในการดำเนินการ ซึ่งอาจกำหนดพื้นที่เป้าหมาย จำนวนกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดแนวทางการปฏิบัติในระดับพื้นที่ร่วมกัน พร้อมทั้ง สำเนาแผนการให้บริการแจ้งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตในพื้นที่รับผิดชอบ

2.1.2) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้แจ้งไปยังคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อพิจารณาเห็นชอบในการดำเนินการ ซึ่งอาจกำหนดพื้นที่เป้าหมาย จำนวนกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดแนวทางการปฏิบัติในระดับพื้นที่ร่วมกัน พร้อมทั้ง สำเนาแผนการให้บริการแจ้งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

โดยหน่วยบริการเอกชน/สถานบริการอื่น ต้องเก็บแบบ สพ.อ.4 ไว้สำหรับการตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย และดำเนินการตามวิธีการที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกาศ หรือกำหนด

2.2) ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์และต้องดำเนินการตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยใช้ชุดตรวจภูมิคุ้มกันโรคโควิด 19 วัสดุ อุปกรณ์หรือเครื่องมือดังกล่าวต้องได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวมทั้ง ต้องส่งสิ่งส่งตรวจไปตรวจยังห้องปฏิบัติการตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้การรับรองเท่านั้น

2.3) การรายงาน และการให้คำปรึกษา

1) เมื่อทราบผลการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้แจ้งไปยังผู้รับบริการพร้อมทั้ง รายงานผลไปยังกรมควบคุมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตามช่องทางที่กำหนดทุกราย

2) การให้คำปรึกษาแก่กลุ่มเสี่ยงทุกราย ระหว่างรอผลตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติตัว และการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่นโดยการแยกตัวที่บ้านเป็นระยะเวลา 10 วัน (Self-Quarantine) ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ กรณีพบผู้ป่วยผลบวก (Positive) หากสถานบริการเอกชน มีศักยภาพในการดูแลรักษาโรคโควิด 19 สถานบริการนั้นควรรับผู้ป่วยไว้รักษาให้พ้นอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยไม่มีเงื่อนไขการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วย ทั้งนี้ กรณีสถานบริการไม่มีศักยภาพให้ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในเครือข่ายของสถานบริการ หรือประสานสายด่วน สปสช. 1330 เพื่อส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อไป

1.2.4) เงื่อนไขการให้บริการ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด 19

1) กรณี RT PCR เป็นห้องปฏิบัติการเครือข่ายที่ผ่านการทดสอบความชำนาญ ทางห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

2) การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำ Pooled Sample

2.1) สำหรับการตรวจคัดกรองเชิงรุกนอกสถานบริการ หรือนอกสถานที่

2.2) การตรวจบุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการ ที่มีการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเป็นจำนวนมาก

2.3) การตรวจโดยการทำ Pooled Sample แล้วพบผลตรวจเป็นบวก (SARS-CoV-2 Detected) หน่วยบริการต้องตรวจยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 อีกครั้ง ตามมาตรฐานที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด

3) การใช้ชุดตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) การติดเชื้อ SARS-CoV-2 ต้องผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) โดยให้จำหน่ายได้เฉพาะสถานพยาบาล โรงพยาบาลเฉพาะทาง คลินิกเวชกรรม คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม คลินิกเทคนิคการแพทย์หรือสหคลินิกที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือเทคนิคการแพทย์ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ซึ่งการตรวจและการแปลผลต้องทำโดยบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น

4) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ชนิด professional test

4.1) การใช้ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ต้องผ่านการประเมินและขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

4.2) การให้บริการตรวจ Antigen Test Kit (ATK) หน่วยบริการ หรือสถานบริการ ตรวจให้ประชาชน ณ จุดรับบริการ

4.3) การรายงานผลการตรวจ ให้หน่วยบริการหรือสถานบริการที่ให้บริการรายงานผลการตรวจให้ สปสช.ทราบทุกราย เพื่อเป็นการติดตามประเมินว่ามีการให้บริการกับประชาชน

4.4) กรณีอื่น ๆ ดำเนินการตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุข หรือ สปสช.กำหนด

1.2.5) สำหรับสถานบริการ ที่ให้บริการเฉพาะการตรวจคัดกรองและเก็บสิ่งส่งตรวจ จะต้องดำเนินการเก็บสิ่งส่งตรวจ และส่งสิ่งส่งตรวจไปตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ที่ได้รับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

1.2.6) แนวทางการตรวจคัดกรองและตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ ในแต่ละวิธีเป็นไปตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1.2.7) หน่วยบริการและสถานบริการอื่น ที่ให้บริการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ แก่ผู้มีสิทธิ ต้องใช้ระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการเข้ารับบริการ โดยขอ Authentication Code ตามแนวทางดำเนินการที่ สปสช.กำหนด

1.3 อัตราจ่ายการตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

1.3.1) การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำ nasopharyngeal and throat swab sample

1) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ประเภท 2 ยีน

1.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,000 บาทต่อครั้งบริการ

1.2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 200 บาทต่อครั้งบริการ

1.3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ

2) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ประเภท 3 ยีน

2.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,200 บาทต่อครั้งบริการ

2.2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 200 บาทต่อครั้งบริการ

2.3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้งบริการ

1.3.2) การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำ Pooled Sample

1) ตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) (ตัวอย่างน้ำลายไม่เกิน 5 รายต่อ 1 กลุ่ม)

1.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 200 บาท ต่อตัวอย่าง

1.2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 40 บาท ต่อตัวอย่าง

1.3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 40 บาทต่อตัวอย่าง

2) ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอแบบรวมตัวอย่าง (Pooled nasopharyngeal and throat swab samples) (ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอ ไม่เกิน 4 ราย ต่อ 1 กลุ่ม)

2.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 250 บาท ต่อตัวอย่าง

2.2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 50 บาท ต่อตัวอย่าง

2.3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อตัวอย่าง

3) การตรวจยืนยันการติดเชื้อโรค COVID -19 กรณีตรวจแบบ Pooled Sample พบผลตรวจเป็นบวก

3.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR จาก saliva samples หรือ nasopharyngeal and throat swab sample จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,000 บาทต่อครั้งบริการ

3.2) ค่าบริการอื่น ๆ รวมค่าบริการเก็บสิ่งตรวจ และค่าบริการทางห้องปฏิบัติการฯ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 200 บาทต่อครั้งบริการ

1.3.3) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 350 บาท ต่อครั้งบริการ

1.3.4) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ชนิด professional test

1) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 300 บาทต่อครั้งบริการ

2) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 400 บาทต่อครั้งบริการ

1.4 เอกสารหลักฐานประกอบการตรวจสอบของหน่วยตรวจสอบ

1.4.1 กรณีหน่วยบริการ สถานบริการอื่น ที่มีศักยภาพในการคัดกรอง เก็บสิ่งส่งตรวจ และตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ใบประเมินความเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยต้องระบุว่าเป็นการตรวจคัดกรองประเภทใดตามประกาศของกรมควบคุมโรค

- เวชระเบียนที่มีการบันทึกอาการแสดง และแพทย์ผู้ดูแลรักษาต้องระบุเหตุผลในการส่งตรวจในกรณีที่เป็นการใช้ดุลยพินิจของแพทย์ หรือ ตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ
- ใบแสดงความยินยอมให้ตรวจ lab มีการลงนามผู้เก็บตัวอย่าง และลงนามผู้ป่วย(ควรมี)
- ใบ request lab / ใบคำสั่งตรวจ lab ของแพทย์ที่ดูแลรักษา
- รายงานผลการตรวจ lab ต้องเป็นไปตามมาตรฐานที่สภาเทคนิคการแพทย์ และหรือ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด

1.4.2 กรณีหน่วยบริการ สถานบริการอื่น ที่มีศักยภาพในการคัดกรอง เก็บสิ่งส่งตรวจ แต่ไม่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้

- ใบประเมินความเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ที่ระบุว่าเป็นการตรวจคัดกรองประเภทใด
- เวชระเบียนที่มีการบันทึกอาการแสดง และแพทย์ผู้ดูแลรักษาต้องระบุเหตุผลในการส่งตรวจในกรณีที่เป็นการใช้ดุลยพินิจของแพทย์ หรือ ตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ
- ใบแสดงความยินยอมให้ตรวจ lab มีการลงนามผู้เก็บตัวอย่าง และลงนามผู้ป่วย(ควรมี)

1.4.3 กรณีหน่วยบริการ สถานบริการอื่น ที่มีศักยภาพในการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ แต่ไม่ได้เก็บสิ่งส่งตรวจเอง

- ใบ request lab / ใบคำสั่งตรวจ lab ของแพทย์ที่ดูแลรักษา
- รายงานผลการตรวจ lab ต้องเป็นไปตามมาตรฐานที่สภาเทคนิคการแพทย์ และหรือ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด

ทั้งนี้ สปสช. ได้จัดทำ ตัวอย่างบันทึกสำหรับหน่วยตรวจคัดกรองเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ COVID 19 แบบ one- page (รายละเอียดตามภาคผนวก 20) ให้หน่วยบริการสามารถปรับให้เหมาะสมสำหรับการใช้งาน แต่ขอให้มีข้อมูลสำคัญตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมาตรฐานวิชาชีพ

2. การกักกันโรคกรณีผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง (High Risk close contract) ตามที่หน่วยบริการจัดให้

นิยาม

ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง (High Risk closed contract) หมายถึง ผู้สัมผัสที่มีโอกาสรับ หรือ แพร่เชื้อตามประกาศของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ค่าดูแลการให้บริการสำหรับผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นสำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการให้บริการแก่ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการรับเชื้อและ ป้องกันไม่ให้โรคแพร่กระจาย ในสถานกักกันโรคที่หน่วยบริการจัดให้ ได้แก่ โรงพยาบาลสนาม หรือ Hospitel

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับค่าดูแลการให้บริการสำหรับผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง ที่ให้บริการแก่ประชาชนไทยทุกคน รวมค่าอาหารจำนวน 3 มื้อ โดยจ่ายตามจริงไม่เกิน จำนวน 600 บาทต่อวัน ไม่เกินจำนวน 10 วัน

3. ค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1) เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถานบริการที่ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่ประชาชนไทยทุกคน

2) เป็นการเข้ารับวัคซีนเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

อัตราจ่าย

จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 40 บาทต่อครั้ง จำนวนไม่เกิน 3 ครั้งต่อคน

การส่งข้อมูล

สปสช. ใช้ข้อมูลจากระบบการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกระทรวงสาธารณสุข หรือ ตามที่ สปสช. กำหนด

4. ค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

นิยาม

"ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้เสียชีวิต" หมายถึง ค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ไปยังบุคลากรทางการแพทย์บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยถือว่าเป็นบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19

หลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่าย

เป็นค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้เสียชีวิต เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยเป็นไปตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

อัตราจ่ายค่าใช้จ่าย

จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 2,500 บาทต่อผู้เสียชีวิต

รายการค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. **การให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19**

"หน่วยบริการ" หมายความว่า สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"ค่าใช้จ่าย" หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19

"ผู้ป่วย" หมายความว่า ผู้ติดเชื้อโควิด 19 หรือ ผู้ที่มีอาการและอาการแสดงที่สันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยโรคโควิด 19 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคโควิด 19 หรือตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

1.1 ขอบเขตบริการและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

1) เป็นการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ ที่เข้าเกณฑ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19

2) หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) หน่วยบริการที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยใน ต้องใช้ระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการเข้ารับบริการ โดยขอรหัสยืนยันตัวตน (Authentication Code) ด้วยบัตรสมาร์ทการ์ด ตามแนวทางดำเนินการที่สำนักงานกำหนด

4) กรณีที่หน่วยบริการได้รับการจ่ายหรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายการใดรายการหนึ่งจากงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่นแล้ว ต้องไม่นำข้อมูลมาเรียกเก็บซ้ำซ้อนกับสำนักงานอีก

1.2 อัตราและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย โดยเป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากอัตราตามระบบปกติ ดังนี้

ประเภทบริการผู้ป่วยนอก

1) การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด 19

1.1) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ประเภท 2 ยีน

1.1.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,000 บาทต่อครั้ง

1.1.2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง

1.1.3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง

1.2) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ประเภท 3 ยีน

1.2.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,200 บาทต่อครั้ง

1.2.2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง

1.2.3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง

1.3) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 350 บาท ต่อครั้ง

1.4) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ชนิด professional test

1.4.1) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง

1.4.2) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 400 บาทต่อครั้ง

2) ค่ายารักษาโรคโควิด 19 รวมยาสารสกัดจากฟ้าทะลายโจร และยาจากผงฟ้าทะลายโจร จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย หรือจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นยา โดยยาสารสกัดจากฟ้าทะลายโจร และยาจากผงฟ้าทะลายโจร จ่ายตามจริงไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง

กรณียาที่หน่วยบริการได้รับสนับสนุนเป็นยา หรือ หน่วยบริการได้รับยาตามระบบการจัดส่งยาขององค์การเภสัชกรรม (Vender Managed Inventory : VMI) จะไม่ได้รับค่าใช้จ่ายเป็นเงินอีก

3) ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ รับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างบ้าน ด่านท่าอากาศยาน ด่านพรมแดน ด่านท่าเรือ สถานที่กักกันโรค โรงพยาบาลสนาม และหน่วยบริการ หรือกรณีที่มีความจำเป็นต้องไปรักษาในภูมิลำเนา หรือต่างพื้นที่ เฉพาะกรณีสถานการณ์ระบาดโรคโควิด 19 เพื่อเป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อในระหว่างการเดินทางเองของผู้ป่วย สำนักงานจะจ่ายชดเชยให้ทุกกรณีที่หน่วยบริการดำเนินการจัดให้มีพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย และมีระบบการขจัดเชื้อเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งการส่งต่อภายในจังหวัดและข้ามจังหวัด

3.1) กรณีรถยนต์

3.1.1) จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป - กลับ โดยจ่ายตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกินที่เรียกเก็บ ดังนี้

3.1.1.1) ระยะทางไป – กลับ ไม่เกิน 50 กิโลเมตร จ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาท

3.1.1.2) ระยะทางไป - กลับ มากกว่า 50 กิโลเมตร จ่ายเริ่มต้น 500 บาท และจ่ายเพิ่มเติมกิโลเมตรละ 4 บาท

3.1.2) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,400 บาทต่อครั้ง

3.2) กรณีรถโดยสารขนาดใหญ่ ตั้งแต่ 20 ที่นั่งขึ้นไป

3.2.1) จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป - กลับ โดยจ่ายตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกินที่เรียกเก็บ ดังนี้

3.2.1.1) ระยะทางไป – กลับ ไม่เกิน 100 กิโลเมตร จ่ายตามจริงไม่เกิน 5,000 บาท

3.2.1.2) ระยะทางไป - กลับ มากกว่า 100 กิโลเมตร จ่ายเริ่มต้น 5,000 บาท และจ่ายเพิ่มเติมกิโลเมตรละ 10 บาท

3.2.2) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,400 บาทต่อครั้ง

ประเภทบริการผู้ป่วยใน

1) การตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด 19

1.1) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ประเภท 2 ยีน

1.1.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,000 บาทต่อครั้ง

1.1.2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 200 บาทต่อครั้งบริการ

1.1.3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง

1.2) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ประเภท 3 ยืน

1.2.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,200 บาทต่อครั้ง

1.2.2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง

1.2.3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง

1.3) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 350 บาท ต่อครั้ง

1.4) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ชนิด professional test

1.4.1) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง

1.4.2) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 400 บาทต่อครั้ง

2) ค่าห้องสำหรับดูแลรักษา รวมค่าอาหาร

2.1) กรณีผู้มีสิทธิ มีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,500 บาทต่อวัน

2.2) กรณีผู้มีสิทธิ มีอาการปานกลาง (สีเหลือง) จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,000 บาทต่อวัน

2.3) กรณีผู้มีสิทธิ มีอาการรุนแรง (สีแดง) จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,500 บาทต่อวัน

3) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ กรณีใดกรณีหนึ่ง ดังนี้

3.1) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สำหรับการดูแลรักษาผู้มีสิทธิ มีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) จ่ายตามจริงไม่เกิน 300 บาทต่อวัน

3.2) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สำหรับการดูแลผู้มีสิทธิ มีอาการปานกลาง (สีเหลือง) ใช้ Oxygen Canula จ่ายในอัตราชุดละ 600 บาท ตามจริงไม่เกิน 5 ชุดต่อวัน หรือไม่เกิน 3,000 บาทต่อวัน

3.3) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective equipment : PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สำหรับการดูแลผู้มีสิทธิ มีอาการรุนแรง (สีแดง)

3.3.1 อาการรุนแรง (สีแดง) ใช้ Oxygen High flow จ่ายในอัตราชุดละ 600 บาท ตามจริงไม่เกิน 15 ชุดต่อวัน หรือไม่เกิน 9,000 บาทต่อวัน

3.3.2 อาการรุนแรง (สีแดง) ใส่เครื่องช่วยหายใจ จ่ายในอัตราชุดละ 600 บาท ตามจริงไม่เกิน 30 ชุดต่อวัน หรือไม่เกิน 18,000 บาทต่อวัน

4) ค่ายารักษาโรคโควิด 19 รวมยาสารสกัดจากฟ้าทะลายโจร และยาจากผงฟ้าทะลายโจร จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย หรือจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นยา โดยยาสารสกัดจากฟ้าทะลายโจร และยาจากผงฟ้าทะลายโจร จ่ายตามจริงไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง

กรณียาที่หน่วยบริการได้รับสนับสนุนเป็นยา หรือ หน่วยบริการได้รับยาตามระบบการจัดส่งยาขององค์การเภสัชกรรม (Vender Managed Inventory : VMI) จะไม่ได้ค่าใช้จ่ายเป็นเงินอีก

5) ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ รับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างบ้าน ด่านท่าอากาศยาน ด่านพรมแดน ด่านท่าเรือ สถานที่กักกันโรค โรงพยาบาลสนาม และหน่วยบริการ หรือกรณีที่มีความจำเป็นต้องไปรักษาในภูมิลำเนา หรือต่างพื้นที่ เฉพาะกรณีสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 เพื่อเป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อในระหว่างการเดินทางเองของผู้ป่วย สปสช. จะจ่ายชดเชยให้ทุกกรณีที่หน่วยบริการดำเนินการจัดให้มีพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย และมีระบบการขจัดเชื้อเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งการส่งต่อภายในจังหวัดและข้ามจังหวัด

5.1) กรณีรถยนต์

5.1.1) จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป - กลับ โดยจ่ายชดเชยตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกินที่เรียกเก็บ ดังนี้

5.1.1.1) ระยะทางไป – กลับ ไม่เกิน 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 500 บาท

5.1.1.2) ระยะทางไป - กลับ มากกว่า 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยเริ่มต้น 500 บาท และจ่ายชดเชยเพิ่มเติมกิโลเมตรละ 4 บาท

5.1.2) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,400 บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

5.2) กรณีรถโดยสารขนาดใหญ่ ตั้งแต่ 20 ที่นั่งขึ้นไป

5.2.1) จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป - กลับ โดยจ่ายชดเชยตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกินที่เรียกเก็บ ดังนี้

5.2.1.1) ระยะทางไป – กลับ ไม่เกิน 100 กิโลเมตร จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 5,000 บาท

5.2.1.2) ระยะทางไป - กลับ มากกว่า 100 กิโลเมตร จ่ายชดเชยเริ่มต้น 5,000 บาท และจ่ายชดเชยเพิ่มเติมกิโลเมตรละ 10 บาท

5.2.2) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,400 บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

6) ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด 19 ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและมีค่าใช้จ่ายสูง หากไม่ได้รับการรักษาจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านให้หน่วยบริการขออนุมัติต่อสำนักงาน เป็นรายกรณี ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่สำนักงานกำหนด

2. **บริการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล และบริการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน และหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ สำหรับผู้ป่วยโรคโควิด 19**

นิยาม

Home Isolation บ้านหรือที่พักอาศัยของผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมาย ว่าด้วยโรคติดต่อกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรค covid 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19))

Community Isolation ได้แก่ หมู่บ้าน วัด โรงเรียน ที่พักคนงานก่อสร้าง หรือสถานที่อื่นที่มีความเหมาะสมตามที่กรมการแพทย์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนด

หอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 หมายความว่า สถานที่อื่นของหน่วยบริการ ที่จัดให้เป็นสถานที่พำนักของผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของหน่วยบริการนั้น ๆ ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ เช่น โรงพยาบาลสนาม, Hospitel, Hotel Isolation เป็นต้น

1) ขอบเขตบริการและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

1) เป็นการให้บริการแก่ที่ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่ไม่มีอาการ หรือมีอาการเล็กน้อย และแพทย์ผู้ดูแลรักษาพิจารณาแล้ว ว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) หรือการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) หรือหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19

2) หน่วยบริการสามารถให้การดูแลได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

2.1) บริการแบบผู้ป่วยนอก โดยหน่วยบริการที่จัดบริการเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิขึ้นไป ที่มีความพร้อมในการให้บริการและมีแพทย์ดูแลให้บริการ หรือมีบุคลากรทางการแพทย์ให้บริการภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์

2.2) บริการแบบผู้ป่วยใน โดยหน่วยบริการที่จัดบริการเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อขึ้นไป ที่มีความพร้อมในการให้บริการ

3) เป็นการจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย

4) หน่วยบริการที่ให้บริการดูแลผู้ป่วย ต้องใช้ระบบพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการเข้ารับบริการ โดยขอรหัสยืนยันตัวตน (Authentication Code) ด้วยบัตรสมาร์ทการ์ด ตามแนวทางดำเนินการที่สำนักงานกำหนด

5) สำนักงาน อาจจะประสานติดตามอาการผู้ป่วย ที่เข้าเกณฑ์ให้บริการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) หรือการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) หรือหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 เพื่อเป็นการติดตามประเมินว่ามีการให้บริการกับประชาชน

6) การจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และผ่านความเห็นชอบให้ดำเนินการจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร

7) กรณีที่หน่วยบริการได้รับการจ่ายหรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายการใดรายการหนึ่งจากงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่นแล้ว ต้องไม่นำข้อมูลมาเรียกเก็บซ้ำซ้อนกับสำนักงานอีก

2) การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการสาธารณสุข

ทั้งกรณีให้บริการผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก โดยกรณีผู้ป่วยในให้จ่ายเพิ่มเติมจาก DRGs ตามรายการเงื่อนไข และอัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ

1.1) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) จ่ายค่าใช้จ่ายเป็นเงิน หรือจ่ายเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านระบบ Vender Managed Inventory : VMI ขององค์การเภสัชกรรม เมื่อสามารถจัดหาได้ ทั้งนี้ กรณีที่ยังจัดหาไม่ได้สำนักงาน จ่ายค่าใช้จ่ายเป็นเงิน ดังนี้

1.1.1) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง

1.1.2) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน 400 บาทต่อครั้ง

2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำ nasopharyngeal and throat swab sample เพื่อยืนยันกรณีผลการตรวจด้วย Antigen test kit (ATK) เป็นบวกก่อนเข้ารักษาใน Community Isolation หรือหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19

2.1) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ประเภท 2 ยีน

2.1.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,000 บาทต่อครั้ง

2.1.2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง

2.1.3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง

2.2) การตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ประเภท 3 ยีน

2.2.1)ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,200 บาทต่อครั้ง

2.2.2) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง

2.2.3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง

2) ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย โดยเป็นค่าดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) หรือค่าดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) หรือหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19

2.1) ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย รวมค่าอาหาร 3 มื้อ และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 1,000 บาทต่อวัน ไม่เกินจำนวน 10 วัน

2.2) ค่าดูแลการให้บริการผู้ป่วย (ไม่รวมค่าอาหาร) และติดตามประเมินอาการ การให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 600 บาทต่อวัน ไม่เกินจำนวน 10 วัน

3) ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/ค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย สำหรับการติดตามอาการและเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

3.1) สำหรับผู้ป่วย Home Isolation ประกอบด้วย ปรอทวัดไข้แบบดิจิตอล เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด และอุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็น โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามรายการอุปกรณ์ที่ใช้จริง ไม่เกินจำนวน 1,100 บาทต่อราย หรือจ่ายเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านระบบ Vender Managed Inventory : VMI ขององค์การเภสัชกรรม เมื่อสามารถจัดหาได้

3.2) สำหรับผู้ป่วย Community Isolation หรือ หอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 โดยจ่ายเป็นค่าอุปกรณ์ในการดูแลและติดตามสัญญาณชีพ เหมาจ่าย 500 บาทต่อราย

3.3) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ที่ให้การดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) และหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยเลือกเรียกเก็บกรณีใดกรณีหนึ่ง จ่ายตามจริงไม่เกิน 150 บาทต่อรายต่อวัน โดยการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายดังกล่าว ให้อ้างอิงกับราคาปัจจุบัน และตามจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงต่อวัน

4) ค่ายารักษาโรคโควิด 19 รวมยาสารสกัดจากฟ้าทะลายโจร และยาจากผงฟ้าทะลายโจร จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย หรือจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นยา โดยยาสารสกัดจากฟ้าทะลายโจร และยาจากผงฟ้าทะลายโจร จ่ายตามจริงไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง

กรณียาที่หน่วยบริการได้รับสนับสนุนเป็นยา หรือ หน่วยบริการได้รับยาตามระบบการจัดส่งยาขององค์การเภสัชกรรม (Vender Managed Inventory : VMI) จะไม่ได้การค่าใช้จ่ายเป็นเงินอีก

5) ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างที่พัก โรงพยาบาลสนามในชุมชน หอผู้ป่วยเฉพาะกิจฯ และหน่วยบริการ โดยสำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ ที่จัดให้มีพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย และมีระบบการขจัดเชื้อเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งการส่งต่อภายในจังหวัดและข้ามจังหวัด

5.1) กรณีรถยนต์

5.1.1) จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป - กลับ โดยจ่ายชดเชยตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกินที่เรียกเก็บ ดังนี้

5.1.1.1) ระยะทางไป – กลับ ไม่เกิน 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 500 บาท

5.1.1.2) ระยะทางไป - กลับ มากกว่า 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยเริ่มต้น 500 บาท และจ่ายชดเชยเพิ่มเติมกิโลเมตรละ 4 บาท

5.1.2) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,400 บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

5.2) กรณีรถโดยสารขนาดใหญ่ ตั้งแต่ 20 ที่นั่งขึ้นไป

5.2.1) จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป - กลับ โดยจ่ายชดเชยตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกินที่เรียกเก็บ ดังนี้

5.2.1.1) ระยะทางไป – กลับ ไม่เกิน 100 กิโลเมตร จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 5,000 บาท

5.2.1.2) ระยะทางไป - กลับ มากกว่า 100 กิโลเมตร จ่ายชดเชยเริ่มต้น 5,000 บาท และจ่ายชดเชยเพิ่มเติมกิโลเมตรละ 10 บาท

5.2.2) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,400 บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

6) ค่าออกซิเจน เป็นค่าใช้จ่ายในการให้ออกซิเจนแก่ผู้ติดเชื้อโควิด 19 ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) หรือการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนามสำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) หรือหอผู้ป่วยเฉพาะกิจฯ ที่มีอาการเปลี่ยนแปลง หรือที่มีความจำเป็นต้องให้ออกซิเจนตามดุลยพินิจของแพทย์ โดยจ่ายตามจริงไม่เกิน 450 บาทต่อวัน

7) ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray) สำนักงาน จ่ายค่าใช้จ่าย ในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง เฉพาะบริการผู้ป่วยนอก

3) การพิสูจน์การเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ (Authentication) หน่วยบริการ/สถานบริการที่ให้บริการต้องดำเนินการพิสูจน์การเข้ารับบริการด้วยบัตรประชาชน Smart card หรือตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด โดยดำเนินการเมื่อมีการให้บริการ ดังนี้

3.1) วันที่หน่วยบริการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี Antigen Test Kit (ATK) หรือวิธีการตรวจคัดกรองด้วยวิธีอื่นๆ ที่ สปสช.กำหนด

3.2) วันที่หน่วยบริการจัดให้มีการดูแลแบบ Home Isolation หรือ การแยกกักในชุมชน Community Isolation หรือหอผู้ป่วยเฉพาะกิจฯ ทั้งกรณีที่ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก และบริการแบบผู้ป่วยใน

ทั้งนี้ กรณีที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าสามารถให้ไปกักตัวต่อที่บ้าน (Home Isolation) หรือในชุมชม (Community Isolation) หรือหอผู้ป่วยเฉพาะกิจฯ เพื่อดูแลรักษาจนครบระยะเวลาที่กำหนด (Step Down) ให้หน่วยบริการขอ Authentication Code ณ วันที่แพทย์พิจารณาให้ไปกักตัวต่อที่บ้านหรือในชุมชม

4) การบันทึกและส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย เป็นการส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim โดยการประมวลผลการตัดยอดข้อมูล และการอุทธรณ์การจ่าย

4.1) เมื่อหน่วยบริการ รับดูแลผู้ติดเชื้อโควิด-19 ใน Home Isolation แรกรับให้ ทำการพิสูจน์การเข้ารับบริการ โดยการทำ Authentication ด้วยบัตรประชาชนแบบ Smart card หรือตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด หน่วยบริการจะได้รับการจ่ายชดเชยงวดแรก แบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,000 บาทต่อราย โดยหน่วยบริการจะได้รับการโอนเงินทุกสัปดาห์

4.2) ภายหลังให้บริการผู้ติดเชื้อโควิด-19 จนสิ้นสุดการดูแล ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim Claim ตามรายการที่ให้บริการจริง หากค่าใช้จ่ายที่ประมวลผลได้มากกว่าจำนวนเงินที่จ่ายแบบเหมาจ่ายแล้ว หน่วยบริการจะได้รับการจ่ายชดเชยเพิ่มเติมตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายชดเชยที่กำหนด

การจัดทำเวชระเบียนเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุขสำหรับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 กรณีที่เป็น Home isolation หรือ Community isolation หรือโรงพยาบาลสนาม หรือ hospital รายละเอียดตามภาคผนวก

3. กรณีให้บริการสาธารณสุข กรณีเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19

ขอบเขตบริการและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เป็นการจ่ายให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. สำหรับบริการที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ประกอบด้วย

3.1 ภาวะเจ็บป่วย หรือ เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดภายหลังการฉีดวัคซีน ป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19

3.2 สำหรับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษา ภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตันจากภูมิคุ้มกันภายหลังได้รับวัคซีน (Vaccine Induced thrombotic thrombocytopenia : VITT)

1. อัตราการจ่ายกรณีสำหรับบริการที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ หรือภาวะเจ็บป่วยแทรกซ้อน จากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19

1) ประเภทบริการผู้ป่วยนอก

กรณีรักษาภายในจังหวัด และรักษาข้ามจังหวัด สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจาก สปสช. โดย เหมาจ่ายในอัตรา 150 บาทต่อครั้งบริการ ทั้งกรณีที่หน่วยบริการรักษาผู้มีสิทธิที่มีหน่วยบริการประจำของตนเอง และรักษาผู้มีสิทธิหน่วยบริการประจำของหน่วยบริการอื่น

2) ประเภทบริการผู้ป่วยใน

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพันธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adj.RW) ด้วยอัตราจ่าย ดังนี้

2.1) ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำภายในเขต จ่ายด้วยอัตราจ่ายในเขตโดยอัตราจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาทต่อ adjRW ทั้งนี้ หน่วยบริการภาครัฐจะไม่มีการปรับลดค่าแรง รวมทั้ง ในกลุ่มหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สปสธ.) จะไม่มีคำนวณปรับค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K)

2.2) ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

2. อัตราการจ่ายกรณีการตรวจวินิจฉัยและรักษา ภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตันจากภูมิคุ้มกันภายหลังได้รับวัคซีน (Vaccine Induced thrombotic thrombocytopenia : VITT)

สำหรับผู้มีสิทธิที่มีอาการหรืออาการ แสดงของภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตันจากภูมิคุ้มกันภายหลังได้รับวัคซีน หลังฉีดวัคซีนประมาณ 4-30 วัน ตามแนวทางที่สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทยกำหนดหรือแนะนำ โดย สปสช.จ่ายชดเชยค่าบริการ ดังนี้

1) การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง CBC จ่ายตามจริงไม่เกิน 50 บาทต่อครั้งบริการ

2) การตรวจวินิจฉัย ด้วย Heparin-PF4 antibody (IgG) ELISA assay จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,550 บาทต่อครั้งบริการ

3) การตรวจวินิจฉัย Heparin induced Platelet activation test (HIPA) จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,550 บาทต่อครั้งบริการ

4) ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) สำหรับการรักษาภาวะ VITT โดยรูปแบบของการชดเชยเป็นยา

บทที่ 20

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการใช้สิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่น กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามข้อบังคับฯ มาตรา 7

การเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามมาตรา 7 ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น (สถานบริการนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

ตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หมวด 1 ว่าด้วยสิทธิการรับบริการสาธารณสุขมาตรา 7 ระบุไว้ว่า **"บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด"**

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่น กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 โดยจำแนกตามเงื่อนไขของการเข้ารับบริการ ดังนี้

1. กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบาย“เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP)

2. กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 พ.ศ. 2560 (Non-UCEP)

3. กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตราย ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบาย“เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP)

ตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 28 มีนาคม 2560 เห็นชอบหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับการบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างรวดเร็วภายใต้มาตรฐานเดียวกันตามนโยบาย **“เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่”** Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP) และอ้างอิงจากประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ กำหนดให้ สปสช. มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องสรุปค่าใช้จ่าย และแจ้งให้กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมาย ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐทราบภายในสามสิบวันนับตั้งแต่เวลาที่ได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว และให้กองทุนของผู้มีสิทธิจ่ายค่าใช้จ่ายในอัตราตามบัญชี และอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขนี้ ให้แก่สถานพยาบาลภายใน 15 วัน นับจากวันที่ สปสช. แจ้งกองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐและให้มีผลในทางปฏิบัตินับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) “ผู้มีสิทธิ” หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และเป็นผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมหรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

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

3) วันให้บริการ เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป

4) ขอบเขตการให้บริการสาธารณสุข

4.1) เป็นการเข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

4.2) เป็นการให้บริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

4.3) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถหรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิตให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน

5) นิยาม "เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต"

"การเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต" หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

6) อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

ตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตโดยบัญชีรายการแบ่งออกเป็น 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 ค่าบริการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

การเบิกค่าใช้จ่ายตามหมวดดังกล่าวให้เบิกได้ตามรายการอัตราและหลักเกณฑ์ที่กำหนดเท่านั้น มิให้สถานพยาบาลเรียกเก็บเพิ่มในทุกกรณี สำหรับค่าบริการรายการใดที่ไม่อยู่ในรายการที่กำหนดจะไม่สามารถเบิกได้และไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม หากสถานพยาบาลมีความเห็นที่จะเสนอรายการเพื่อเบิกจ่ายเพิ่มเติม สามารถเสนอเพิ่มเติมผ่านสภาวิชาชีพหรือสมาคมวิชาชีพเพื่อขอความเห็นชอบและส่งต่อให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติพิจารณาเพิ่มเติมอีกครั้ง โดยจะมีรอบในการพิจารณาทุก 6 เดือน

7) หลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่าย

7.1) กรณี 72 ชั่วโมงแรก

เมื่อสถานพยาบาลรับผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน ให้สถานพยาบาลให้การรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉินเพื่อให้พ้นจากอันตรายตามมาตราฐานวิชาชีพและขีดความสามารถของสถานพยาบาล โดยไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลและให้ดำเนินการตามขั้นตอน ต่อไปนี้

7.1.1 บันทึกข้อมูลเพื่อขอรับการพิจารณาคัดแยกภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นในระบบ Pre-Authorize (PA) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรณีมีปัญหาการวินิจฉัยการประเมินคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต หากผู้รับบริการและ/หรือผู้ให้บริการไม่เห็นด้วยกับผลการประเมินคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามที่ปรากฏในใบประเมินคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (PA) ให้ร้องเรียนหรืออุทธรณ์ต่อสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ภายใน 15 วัน

เพื่อพิจารณา และให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยคณะทำงานตรวจสอบและรับเรื่องร้องเรียนพิจารณาข้อร้องเรียนหรืออุทธรณ์ ให้คำวินิจฉัยถือเป็นที่สุด หากคู่กรณีไม่เห็นด้วยสามารถฟ้องคดีต่อศาลปกครองภายใน 90 วัน หรือเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

7.1.2 หลังให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้สถานพยาบาลที่ให้บริการแจ้งการเข้ารับบริการครั้งนั้นต่อ สปสช. ที่หมายเลข 1330 (สายด่วน สปสช.) หรือกองทุนของผู้มีสิทธิรับทราบโดยเร็วเพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น ให้พิจารณารับย้ายผู้มีสิทธิ และให้สถานพยาบาลอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้มีสิทธิหลังจากแพทย์พิจารณาสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้

7.1.3 เงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบาย **"เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่"** (UCEP) ในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงเวลา 72 ชั่วโมง ให้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตาม **"ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต"**

7.1.4 สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายในเวลา 72 ชั่วโมงไปที่ สปสช. ทาง Website online ตามแนวทางการเรียกเก็บที่ สปสช. กำหนด ดังนี้คือ

➢การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ให้ดำเนินการตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 7 ว่าด้วยการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

➢แนบเอกสารที่จำเป็นในการใช้ประกอบการพิจารณาในโปรแกรม UCEP ดังต่อไปนี้คือ

1.1 OPD Card หรือ Admission Note

1.2 Discharge Summary

1.3 Operative Note (กรณีมีการผ่าตัด)

1.4 Nurse's Note

1.5 เอกสารแสดงรายการค่าใช้จ่ายรายวัน

1.6 Invoice / ใบแจ้งหนี้

1.7 ใบ Refer (กรณีรับ Refer จากโรงพยาบาลอื่น)

1.8 เอกสารอื่น ๆ ให้เก็บไว้ที่โรงพยาบาล กรณี สปสช. หรือกองทุนของผู้มีสิทธิร้องขอเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาการเบิกจ่ายเงินชดเชย โรงพยาบาลต้องพร้อมจัดส่งเอกสารดังกล่าวนอกเหนือจากที่ระบุไว้ในข้อ 1.1 – 1.7

➢ส่งข้อมูลการให้บริการและค่าใช้จ่ายที่ครบถ้วนสมบูรณ์ให้ สปสช. ตรวจสอบความถูกต้อง

7.1.5 สปสช. ตรวจสอบความถูกต้อง สรุปค่าใช้จ่าย และแจ้งข้อมูลให้กองทุนของผู้มีสิทธิทราบภายใน 30 วัน นับตั้งแต่เวลาที่ได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

7.1.6 กองทุนของผู้มีสิทธิจ่ายค่าใช้จ่ายให้สถานพยาบาลภายใน 15 วัน นับจากวันที่ สปสช. แจ้งกองทุนของผู้มีสิทธิ

7.2) กรณีหลัง 72 ชั่วโมง

กรณีหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นไม่สามารถมารับผู้ป่วยได้ภายใน 72 ชั่วโมง หรือแพทย์พิจารณาเห็นควรว่าไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้สถานบริการอื่นเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติมาที่ สปสช. โดยมีอัตราการจ่ายชดเชยจ่ายตามอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บจริง (Fee For Service) หรือตามข้อตกลงระหว่างสถานพยาบาลกับ สปสช. โดยแนวทางการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 7 ว่าด้วยการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560 สำหรับสิทธิอื่นให้เป็นไปตามอัตราค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาล หรือตามข้อตกลงระหว่างสถานพยาบาลกับกองทุนของผู้มีสิทธิ

8) แนวทางการบันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

8.1) สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายมายัง สปสช. ในระบบโปรแกรม UCEP ผ่านทาง website : https://ucep.nhso.go.th/UCEP

8.2) กำหนดให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลการให้บริการภายใน 30 วัน หลังให้บริการ กรณีผู้ป่วยนอกหรือ 30 วันหลังจำหน่าย กรณีผู้ป่วยใน ระยะเวลาการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายภายใน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการผู้ป่วย กรณีสถานพยาบาลส่งข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายล่าช้าเกินระยะเวลา 360 วัน อาจทำให้ได้รับเงินชดเชยล่าช้าหรือไม่ได้รับการจ่ายเงินชดเชย

8.3) ก่อนยืนยันการส่งเบิก สถานพยาบาลต้องตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลการเบิกจ่าย กรณี สปสช. และ/หรือ กองทุนของผู้มีสิทธิตรวจพบความคลาดเคลื่อนหรือความซ้ำซ้อนของข้อมูลการเบิกจ่าย อาจมีการเรียกเอกสารเพื่อตรวจสอบ และระงับการอนุมัติจ่ายเงินชดเชยหรือเรียกเงินคืน

9) การตัดยอดข้อมูลและการออกรายงานจ่ายเงิน

สปสช. จะตัดข้อมูลทุกวันที่ 1 และวันที่ 16 ของเดือน โดย สปสช. จะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง สรุปค่าใช้จ่าย และแจ้งให้กองทุนของผู้มีสิทธิรับทราบ

กรณีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิคนพิการตามกฎหมายว่าการประกันสังคม ที่เลือกรับสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สปสช. จะทำการโอนเงินให้สถานพยาบาล ภายใน 15 วัน หลังออกรายงานสมบูรณ์ กรณีสถานพยาบาลไม่ได้รับเงินชดเชยสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่โทรศัพท์ 02-554-0505 หรือช่องทาง Line Square UCEP & NON UCEP โดยสามารถศึกษารายละเอียดการขอเข้าร่วม Line Square ผ่านทาง Link https://ucep.nhso.go.th/UCEP/#/news/detail/702 กรณีสิทธิอื่น สถานพยาบาลติดต่อไปที่ผู้รับผิดชอบของกองทุนผู้มีสิทธิได้โดยตรง

10) การตรวจสอบเวชระเบียนหลังการจ่ายเงิน

สปสช. กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคมและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง สามารถขอเวชระเบียนมาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในภายหลัง ทั้งนี้สถานพยาบาลจะต้องจัดเตรียมเวชระเบียนให้พร้อมสำหรับการตรวจสอบเป็นไปตามแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม 3 กองทุน โดยสามารถศึกษารายละเอียดผ่านทาง Link http://audit.nhso.go.th/ema/index-download

11) การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย

ในกรณีที่มีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วนและไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายสถานพยาบาลสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายได้ ภายใน 360 วัน นับจากวันรับแจ้งการโอนเงิน ทั้งนี้ผลการพิจารณาของคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายถือเป็นที่สิ้นสุด

2. กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 พ.ศ. 2560 (Non-UCEP)

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการแก้ไขข้อบังคับ สปสช. ว่าด้วยการใช้สิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการ กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2560 และเพื่อให้การปฏิบัติตามข้อบังคับดังกล่าวเกิดความชัดเจน มีแนวปฏิบัติเป็นไปในทางเดียวกัน สปสช. ได้กำหนดแนวทางการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง มีสาระสำคัญ ดังนี้

1) "ผู้มีสิทธิ" หมายถึง ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้ลงทะเบียนเพื่อเลือกหน่วยบริการประจำแล้ว

2) "สถานบริการ" หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาดไทย หน่วยบริการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

3) "หน่วยบริการประจำ" หมายถึง หน่วยบริการประจำที่ผู้รับบริการได้เลือกลงทะเบียนตามมาตรา 6 ซึ่งแสดงข้อมูลในหน้า Website ตรวจสอบสิทธิของ สปสช. ณ วันแรกที่รับการรักษาตามที่ปรากฏอยู่ในช่องหน่วยบริการประจำ

4) วันให้บริการ เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป

5) นิยาม ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ประกอบด้วยกรณี ดังนี้

5.1) "ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน" ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ ให้ใช้สัญลักษณ์ "สีเหลือง" สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน

5.2) "ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง" ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ให้ใช้สัญลักษณ์ "สีเขียว" สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง

6) ขอบเขตการให้บริการสาธารณสุข

6.1) เป็นการเข้ารับบริการในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

6.2) เป็นการให้บริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 พ.ศ. 2560

6.3) เป็นกรณีที่ไม่นับรวมการตรวจรักษาที่มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า หรือการรับส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร หรือกรณีที่รับเข้ารักษาตัวหรือการทำหัตถการและมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นระหว่างการเข้ารับการรักษาตัวหรือการทำหัตถการ

7) หลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่าย

สถานบริการที่ให้บริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงแก่ผู้มีสิทธิสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข โดยมีเงื่อนไขและอัตราการจ่ายเงินชดเชย ดังนี้

7.1) ก่อนแจ้ง 24 ชั่วโมง

7.1.1) เป็นการเข้ารับบริการที่เข้าเกณฑ์กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง โดยพิจารณาจากอาการแรกรับเป็นสำคัญ

7.1.2) การเข้ารับบริการกรณีที่ไม่มีหน่วยบริการใกล้สถานที่เกิดเหตุให้เข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นที่ใกล้ที่สุดเป็นอันดับแรก

7.1.3) สถานบริการที่ให้บริการผู้มีสิทธิกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง แจ้งการเข้ารับบริการครั้งนั้นต่อ สปสช. โดยติดต่อที่หมายเลข 1330 (สายด่วน สปสช.) ทันทีหรือโดยเร็วภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นพิจารณารับย้ายผู้มีสิทธิและให้สถานบริการอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้มีสิทธิด้วย

7.1.4) สถานบริการที่ให้บริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงแก่ผู้มีสิทธิ สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไปที่ สปสช. ทาง Website Online ตามแนวทางการเรียกเก็บที่ สปสช. กำหนด ดังนี้

➢ การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ให้ดำเนินการตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 7 ว่าด้วยการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

➢ แนบเอกสารที่จำเป็นในการใช้ประกอบการพิจารณาในโปรแกรม Non UCEP ดังต่อไปนี้

1.1 OPD Card หรือ Admission Note

1.2 Discharge Summary

1.3 Operative Note (กรณีมีการผ่าตัด)

1.4 Nurse’s Note

1.5 เอกสารและ/หรือหลักฐานการประเมินความเจ็บปวด (Pain Score) และผลประเมินค่าออกซิเจนในเลือด (O2 Sat)

1.6 เอกสารแสดงรายการค่าใช้จ่ายรายวัน

1.7 Invoice / ใบแจ้งหนี้

1.8 ใบ Refer (กรณีรับ Refer จากโรงพยาบาลอื่น)

1.9 เอกสารอื่น ๆ ให้เก็บไว้ที่โรงพยาบาล กรณี สปสช. ร้องขอเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาการเบิกจ่ายเงินชดเชย โรงพยาบาลต้องพร้อมจัดส่งเอกสารดังกล่าวนอกเหนือจากที่ระบุไว้ในข้อ 1.1 – 1.8

➢ส่งข้อมูลการให้บริการและค่าใช้จ่ายที่ครบถ้วนสมบูรณ์ให้ สปสช. ตรวจสอบความถูกต้อง

7.1.5) อัตราการจ่ายเงินชดเชย

ผู้ป่วยนอก

มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่รวมแล้วไม่เกิน 700 บาทต่อครั้ง

ผู้ป่วยใน มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ค่ารักษาพยาบาล ค่าห้องและอาหาร ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ 4,500 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง หรือ
- กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดไม่เกิน 2 ชั่วโมง ให้ได้รับตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ 8,000 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง หรือ
- กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดเกินกว่า 2 ชั่วโมง หรือกรณีต้องมีการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit : ICU) ให้ได้รับตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ 14,000 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

7.2) หลังแจ้ง 24 ชั่วโมง

7.2.1) เมื่อผู้มีสิทธิพ้นภาวะวิกฤติและ/หรือญาติประสงค์ขอย้ายไปยังหน่วยบริการประจำ สถานบริการที่รักษาจะต้องอำนวยความสะดวกในการนำส่งโดยติดต่อที่หมายเลข 1330 (สายด่วน สปสช.) เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นในการรับย้ายกรณีหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นไม่สามารถมารับผู้ป่วยได้ภายใน 24 ชั่วโมง หลังสถานบริการอื่นโทรแจ้ง โดยนับเวลาเริ่มต้นจากเวลาที่สถานบริการอื่นแจ้ง สปสช. โดยติดต่อที่หมายเลข 1330 (สายด่วน สปสช.) หรือตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด หน่วยบริการประจำหรือสำนักงานต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการแจ้งขอย้ายครบ 24 ชั่วโมง เป็นต้นไป เว้นแต่ผู้มีสิทธิมีความประสงค์ไม่ขอย้ายผู้มีสิทธิต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าวเอง

7.2.2) อัตราการจ่ายเงินชดเชย จ่ายชดเชยตามจำนวนที่จ่ายจริงเฉพาะรายการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์เท่านั้น

หมายเหตุ : *ค่ารถพยาบาลหรือเรือพยาบาล นำส่งผู้ป่วยที่ประสงค์จะย้ายไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหรือหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำเห็นชอบ จะจ่ายในอัตราตามประกาศว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณนั้น กรณีอุบัติเหตุจากการจราจรและอยู่ในความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ให้สถานบริการที่รักษาเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถให้ครบถ้วนก่อน*

8) แนวทางการบันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

8.1) สถานบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายมายัง สปสช. ในระบบโปรแกรม Non UCEP ผ่านทาง website : https://ucep.nhso.go.th/UCEP

8.2) กำหนดให้สถานบริการ ส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ก่อนวันที่ 30 กันยายน ของปีงบประมาณถัดไป โดยข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนดนี้ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ที่จะขอรับค่าใช้จ่าย ทั้งนี้การคำนวณระยะเวลาในการส่งข้อมูล กรณีผู้ป่วยนอกนับจากวันที่ให้บริการผู้ป่วยหรือกรณีผู้ป่วยในนับจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วย (Discharge)

8.3) ก่อนยืนยันการส่งเบิก สถานพยาบาลต้องตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลการเบิกจ่าย กรณีสปสช. ตรวจพบความคลาดเคลื่อนหรือความซ้ำซ้อนของข้อมูลการเบิกจ่าย อาจมีการเรียกเอกสารเพื่อตรวจสอบ และระงับการอนุมัติจ่ายเงินชดเชยหรือเรียกเงินคืน

9) การตัดยอดข้อมูลและการออกรายงานจ่ายเงิน

สปสช. จะตัดข้อมูลทุกวันที่ 1 และวันที่ 16 ของเดือน โดยจะทำการโอนเงินให้สถานบริการภายใน 30 วัน หลังออกรายงานสมบูรณ์ กรณีสถานบริการไม่ได้รับเงินชดเชยสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่โทรศัพท์ 02-554-0505 หรือช่องทาง Line Square UCEP & NON UCEP โดยสามารถศึกษารายละเอียดการขอเข้าร่วม Line Square ผ่านทาง Link https://ucep.nhso.go.th/UCEP/#/news/detail/702

10) การตรวจสอบเวชระเบียนหลังการจ่ายเงิน

สปสช. สามารถขอเวชระเบียนมาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในภายหลัง ทั้งนี้ สถานพยาบาลจะต้องจัดเตรียมเวชระเบียนให้พร้อมสำหรับการตรวจสอบเป็นไปตามแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม 3 กองทุน โดยสามารถศึกษารายละเอียดผ่านทาง Link http://audit.nhso.go.th/ema/index-download

11) การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย

ในกรณีที่มีการขอรับค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วนและไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย สถานบริการสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายโดยทำหนังสือแจ้งต่อเลขาธิการ สปสช. เพื่อให้มีคำวินิจฉัยทั้งนี้ภายใน 90 วัน นับแต่วันที่ทราบข้อขัดข้องดังกล่าว แต่ไม่เกินหนึ่งปีนับจากวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานบริการ โดยคำวินิจฉัยของเลขาธิการ สปสช. ให้ถือเป็นที่สุด

3. กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตราย ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 31 มีนาคม 2563 เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตราย ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ 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)) สำหรับสถานพยาบาลเอกชน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนด

ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตราย ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) "ผู้ป่วย" หมายถึง

1.1 ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ซึ่งเป็นโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2563

1.2 บุคคลกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) โดยการฉีดวัคซีนตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมการป้องกันและขจัดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019(COVID-19)) จากรัฐ หรือเกิดอาการแพ้วัคซีนหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีน มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2564

1.3 บุคคลกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) โดยการฉีดวัคซีนทางเลือกหรือตัวเลือก ที่ผู้ป่วย หรือบุคคลอื่นรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง และเกิดอาการแพ้วัคซีนหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีน มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2565

2) "สถานพยาบาล" หมายถึง

2.1 สถานพยาบาลเอกชนประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2563

2.2 สถานพยาบาลเอกชนประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564

2.3 สำหรับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องเป็นสถานพยาบาลที่ไม่ใช่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดยหน้าที่ของสถานพยาบาลจะต้องให้บริการตามกฎหมาย พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2559

3) วันให้บริการ สำหรับการเข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ 5 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป และตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ที่ประกาศเพิ่มเติม

4) เมื่อสถานพยาบาลรับผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตราย ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ให้สถานพยาบาลต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 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) ขอบเขตการให้บริการสาธารณสุข

การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด หรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ดังนี้

7.1) ครอบคลุมการเข้ารับการรักษาพยาบาลทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและประเภทผู้ป่วยใน

7.2) กรณีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการระบุว่าผู้ป่วยเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ผลเป็นบวก) และบุคคลกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) โดยการฉีดวัคซีนจากรัฐ วัคซีนทางเลือก หรือตัวเลือก ที่ผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง และเกิดอาการแพ้วัคซีนหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีน 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 ให้นำหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP) และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติมาใช้บังคับกับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ภายหลังจากได้รับแจ้งผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการระบุว่าไม่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

ส่วนกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (Non-UCEP) สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้อ้างอิงแนวทางปฏิบัติในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (Non-UCEP) ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560

กรณีผู้มีสิทธิอื่นๆ การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่แต่ละกองทุนของผู้มีสิทธิกำหนด

7.5) กรณีแพทย์นัดติดตามผลหลังการรักษา (Follow up) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) และผู้ป่วยที่เกิดอาการแพ้วัคซีนหรือพบว่ามีอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีน สามารถเบิกค่าใช้จ่ายกรณีแพทย์นัดติดตามผลหลังการรักษา (Follow up) ได้ไม่เกิน 1 ครั้ง โดยโรงพยาบาลที่มีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายต้องเป็นโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาและนัดมาติดตามอาการหลังจำหน่าย ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตราย ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

7.6) กรณีผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต กฎหมายว่าด้วย การประกันวินาศภัย ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน

7.7) กรณีผู้ป่วยเป็นผู้ที่ไร้สิทธิการรักษา ให้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติเพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนค่ารักษาพยาบาล ผู้ที่ไร้สิทธิการรักษากรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับโรงพยาบาลเอกชนตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

7.8) กรณี Home Isolation, Hotel Isolation และ Community Isolation ให้ดำเนินการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตราย ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ 5) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

7.8.1) **“สถานพยาบาล ณ ที่พำนักของผู้ป่วย”** หมายความว่า สถานที่ที่ตั้งขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ระหว่างรอเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลหรือผู้ป่วยที่มีอาการน้อยหรืออาการดีขึ้นแล้ว หลังเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลหรือสถานที่รัฐจัดให้แล้วอย่างน้อย 10 วันหรือตามระยะเวลาที่กรมการแพทย์หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนด และจำหน่ายเพื่อรักษาต่อเนื่องที่พำนักของผู้ป่วย โดยถือว่าเป็นผู้ป่วยของสถานพยาบาลหรือเป็นไปตามที่หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังต่อไปนี้

1) **Home Isolation** ได้แก่ บ้านหรือที่พักอาศัยของผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019(COVID-19))

2) **Hotel Isolation** ได้แก่ โรงแรมตามกฎหมายว่าด้วยโรงแรม หอพัก

ตามกฎหมายว่าด้วยหอพัก อพาร์ตเมนท์ หรือสถานที่อื่นที่มีความเหมาะสมตามที่กรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนด

3) **Community Isolation** ได้แก่ หมู่บ้าน วัด โรงเรียน ที่พักคนงานก่อสร้าง หรือสถานที่อื่นที่มีความเหมาะสมตามที่กรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนด

7.8.2) ขอบเขตบริการและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

1. เป็นการให้บริการแก่ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ รวมทั้งคนต่างชาติ/ต่างด้าวที่มีสิทธิประกันสังคม และข้าราชการ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) และแพทย์ผู้ดูแลรักษาพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การดูแลรักษากรณี Home Isolation, Hotel Isolation และ Community Isolation ทั้งนี้ กรณีผู้ที่ไร้สิทธิการรักษาให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2. สถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ใน Home Isolation, Hotel Isolation และ Community Isolation ต้องถ่ายรูปหน้าตรงของผู้ป่วยคู่กับบัตรประชาชนเพื่อพิสูจน์ตัวตนและการเข้ารับบริการ พร้อมทั้งส่งหลักฐานเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเงินชดเชย หรือเป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

3. การจัดตั้ง Hotel Isolation และ Community Isolation ต้องได้รับอนุญาตจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพตามแนวทาง และหลักเกณฑ์ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด กรณี Community Isolation ต้องผ่านความเห็นชอบให้ดำเนินการจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

4. สำหรับการเข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2564 เป็นต้นไป

7.8.3) อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับ Home Isolation, Hotel Isolation และ Community Isolation เป็นไปตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตราย ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) มีรายละเอียด ดังนี้

- ปรอทวัดไข้แบบดิจิตอล และ เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Pulse Oximeter) ชนิดปลายนิ้ว จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,100 บาท
- Initial General และ/หรือuncomplicated for Home Isolation, Community Isolation & Hotel Isolation 750 บาทต่อครั้ง
- ค่าบริการเหมาจ่ายสำหรับการดูแลการให้บริการผู้ป่วยโควิด 19 (ค่ายาพื้นฐาน ค่าบริการพยาบาลทั่วไป ค่าติดตามอาการและค่าให้คำปรึกษาของแพทย์ รวมทั้งค่าอาหาร 3 มื้อ) สำหรับกรณี Home Isolation, Community Isolation & Hotel Isolation (กรณี Hotel Isolation รวมถึงค่าที่พักด้วย) วันละ 1,000 บาท

รายการใดที่มีความจำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) กรณีสถานพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ณ ที่พำนักของผู้ป่วยตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล แต่ไม่ปรากฏในรายการข้างต้น อนุโลมให้เบิกจ่ายตามโครงการ UCEP COVID หรือโครงการ UCEP แล้วแต่กรณี

8) อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

เป็นไปตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) โดยบัญชีรายการแบ่งออกเป็น 12 หมวด ประกอบด้วย

หมวดที่ 1 ค่าห้องและค่าอาหาร

หมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

หมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด

หมวดที่ 5 ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา

หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

หมวดที่ 9 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ

หมวดที่ 10 ค่าทำหัตถการ

หมวดที่ 12 ค่าบริการวิชาชีพ (แพทย์/เภสัชกร/พยาบาล/อื่นๆ)

หมวดที่ 14 ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู

หมวดที่ 16 ค่าบริการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

รายการที่ไม่ปรากฏในรายการข้างต้น อนุโลมให้ใช้ราคาเบิกจ่ายโครงการ UCEP ทั้งนี้ กรณีมีค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากบัญชีและอัตราดังกล่าว มิให้สถานพยาบาลเรียกเก็บจากผู้ป่วยเพิ่มเติมอีก แต่สถานพยาบาลสามารถเสนอรายการดังกล่าวเพิ่มเติมผ่านสภาวิชาชีพหรือสมาคมวิชาชีพ เพื่อขอความเห็นชอบและส่งต่อให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพดำเนินการทบทวนปรับปรุงบัญชีและอัตราให้มีความเหมาะสม และเสนอขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีได้

รายการต่างๆ ที่สถานพยาบาลนำมาบันทึกเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายต้องเป็นรายการตามที่ใช้จริงและเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ กรณีรายการใดเป็นการใช้ร่วมระหว่างผู้ป่วยหลายรายให้บันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายในผู้ป่วยรายเดียว ไม่ให้เรียกเก็บเกินกว่ารายการที่เกิดขึ้นจริง ดังนี้

- ค่าห้องและค่าอาหารกรณีเป็นห้องรวม ต้องใช้อัตราห้องรวมตามที่สถานพยาบาลกำหนดมาเบิกจ่าย ห้ามใช้อัตราห้องเดี่ยวหรือห้องแยกโรคที่ระบุเป็นห้องเดี่ยวมาบันทึกเพื่อเบิกจ่าย โดยอัตราดังกล่าวต้องมีการประกาศใช้ในสถานพยาบาล มีความเหมาะสมและสามารถสอบทานต้นทุนได้

➢ ค่ายา Favipiravir และยา Remdesivir 100 mg inj. ให้เบิกจากกระทรวงสาธารณสุข หรือเป็นไปตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

➢ ค่าชุด PPE ให้เบิกตามที่ใช้จริงในแต่ละวัน และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

➢ ค่าบริการวิชาชีพ (แพทย์/เภสัชกร/พยาบาล/อื่นๆ) ต้องมีการบันทึกข้อมูลการดูแลรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาวะโรคและมาตรฐานวิชาชีพ

➢ ค่าพาหนะส่งต่อ กรณีที่ไปรับผู้ป่วยหลายราย ให้เบิกในรายการค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่มีระยะห่างระหว่างที่พักอาศัยและสถานพยาบาลมากที่สุด และค่าน้ำมันรวมทั้งระยะทางให้คิดตามจริง โดยต้องแนบหลักฐานการใช้น้ำมันและระยะทางที่ใช้จริงประกอบการพิจารณา

➢ ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protection Equipment) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ ให้เบิกตามรายการที่เกิดขึ้นจริง และต้องเก็บหลักฐานการทำความสะอาดไว้ที่สถานพยาบาล กรณี สปสช. หรือกองทุนของผู้มีสิทธิร้องขอเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาการเบิกจ่ายเงินชดเชยโรงพยาบาลต้องพร้อมจัดส่งเอกสารดังกล่าวได้

9) แนวทางการบันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

9.1 สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นไปที่ สปสช. ในระบบโปรแกรม UCEP COVID ผ่านทาง website : https://ucep.nhso.go.th/UCEP ตามแนวทางการเรียกเก็บที่ สปสช. กำหนด ดังนี้

➢ การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย ให้ดำเนินการตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 7 ว่าด้วยการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

➢แนบเอกสารที่จำเป็นในการใช้ประกอบการพิจารณาในโปรแกรม UCEP COVID ดังต่อไปนี้

1.1) OPD Card หรือ Admission Note

1.2) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เฉพาะกรณี RT PCR หรือ antigen)

1.3) Discharge Summary

1.4) Operative Note (กรณีมีการผ่าตัด)

1.5) เอกสารแสดงรายการค่าใช้จ่ายรายวัน

1.6) Invoice / ใบแจ้งหนี้

1.7) ใบ Refer (กรณีรับ Refer จากโรงพยาบาลอื่น)

1.8) เวชระเบียนที่บันทึกการประเมินสภาพจิตใจ อย่างน้อย 1 ครั้ง กรณีรับผู้ป่วยรักษาใน Hospitel หรือ โรงพยาบาลสนาม

1.9) เอกสารอื่น ๆ ให้เก็บไว้ที่โรงพยาบาลแต่หาก สปสช. หรือกองทุน

ของผู้มีสิทธิร้องขอเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาการเบิกจ่ายเงินชดเชย โรงพยาบาลต้องพร้อมจัดส่งเอกสารดังกล่าวนอกเหนือจากที่ระบุไว้ในข้อ 1.1 - 1.8

➢ส่งข้อมูลการให้บริการและค่าใช้จ่ายที่ครบถ้วนสมบูรณ์ให้ สปสช. ตรวจสอบความถูกต้อง

➢ กำหนดให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลการให้บริการภายใน 30 วัน หลังให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกหรือ 30 วันหลังจำหน่าย กรณีผู้ป่วยใน ระยะเวลาการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายภายใน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการผู้ป่วย กรณีสถานพยาบาลส่งข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายล่าช้าเกินระยะเวลา 360 วัน อาจทำให้ได้รับเงินชดเชยล่าช้าหรือไม่ได้รับการจ่ายเงินชดเชย

➢ ก่อนยืนยันการส่งเบิก สถานพยาบาลต้องตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลการเบิกจ่าย กรณีสปสช. และ/หรือ กองทุนของผู้มีสิทธิตรวจพบความคลาดเคลื่อนหรือความซ้ำซ้อนของข้อมูลการเบิกจ่าย อาจมีการเรียกเอกสารเพื่อตรวจสอบ และระงับการอนุมัติจ่ายเงินชดเชยหรือเรียกเงินคืน

9.2 สปสช. ตรวจสอบความถูกต้อง สรุปค่าใช้จ่าย และแจ้งข้อมูลให้กองทุนของผู้มีสิทธิทราบภายใน 30 วันนับตั้งแต่เวลาที่ได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

9.3 กองทุนของผู้มีสิทธิจ่ายค่าใช้จ่ายให้สถานพยาบาลภายใน 15 วัน นับจากวันที่ สปสช. แจ้งกองทุนของผู้มีสิทธิ

11) การตัดยอดข้อมูลและการออกรายงานจ่ายเงิน

สปสช. จะตัดข้อมูลทุกวันที่ 1 และวันที่ 16 ของเดือน โดย สปสช. จะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง สรุปค่าใช้จ่าย และแจ้งให้กองทุนของผู้มีสิทธิรับทราบ

กรณีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิคนพิการตามกฎหมายว่าการประกันสังคม ที่เลือกรับสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สปสช. จะดำเนินการโอนเงินให้สถานพยาบาล ภายใน 15 วัน หลังออกรายงานสมบูรณ์ กรณีสถานพยาบาลไม่ได้รับเงินชดเชย สามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่โทรศัพท์ 02-554-0505 หรือช่องทาง Line Square UCEP & NON UCEP โดยสามารถศึกษารายละเอียดการขอเข้าร่วม Line Square ผ่านทาง Link https://ucep.nhso.go.th/UCEP/#/news/detail/702 กรณีสิทธิอื่น สถานพยาบาลติดต่อไปที่ผู้รับผิดชอบของกองทุนผู้มีสิทธิได้โดยตรง

12) การตรวจสอบเวชระเบียนหลังการจ่ายเงิน

สปสช. กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคมและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง สามารถขอเวชระเบียนมาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในภายหลัง ทั้งนี้สถานพยาบาลจะต้องจัดเตรียมเวชระเบียนให้พร้อมสำหรับการตรวจสอบเป็นไปตามแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม 3 กองทุน โดยสามารถศึกษารายละเอียดผ่านทาง Link http://audit.nhso.go.th/ema/index-download

13) การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย

ในกรณีที่มีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วนและไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายสถานพยาบาลสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายได้ ภายใน 360 วัน นับจากวันรับแจ้งการโอนเงิน ทั้งนี้ผลการพิจารณาของคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายถือเป็นที่สิ้นสุด

บทที่ 21

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีสิทธิอื่น

ในปีงบประมาณ 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายและระบบข้อมูลบริการสาธารณสุข (National Clearing House) ตามนโยบายการบูรณาการและเพิ่มประสิทธิภาพระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล เพื่อบริหารการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลต่างๆ ที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ผู้มีสิทธิประกันสังคม รวมทั้งสิทธิข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานรัฐอื่นๆ ที่สมัครใจ โดยอาศัยอำนาจแห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 26 (14)

สปสช.จึงได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในสิทธิดังกล่าวข้างต้น เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานของของสถานพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสิทธิข้าราชการ

แนวทางปฏิบัติในการให้บริการทั่วไปสำหรับสถานพยาบาลที่ส่งข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมของ สปสช.

1) การตรวจสอบสิทธิ

1.1) ให้สถานพยาบาลตรวจสอบการมีสิทธิ โดยผู้มีสิทธิใช้บัตรประจำตัวประชาชนที่ราชการออกให้ทำธุรกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลทุกครั้ง เว้นแต่บุคคลที่ไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชนได้

ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน หรือบุคคลที่กรมบัญชีกลางกำหนดให้ไม่ต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชน ในการใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล โดยสามารถตรวจสอบสิทธิได้ ดังนี้

1.1.1) ข้อมูลที่ สปสช. ส่งให้แก่สถานพยาบาลในโปรแกรม 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

-เลือกใช้งานระบบเว็บตรวจสอบสิทธิและลงทะเบียนออนไลน์ (ERM)

1.2) กรณีที่เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยใน หากตรวจสอบสิทธิไม่พบในฐานข้อมูล สามารถใช้หนังสือรับรองการมีสิทธิจากส่วนราชการต้นสังกัดยื่นต่อสถานพยาบาลเพื่อใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงได้

2) การขอเลขอนุมัติ กรณีผู้ป่วยใน

ให้สถานพยาบาลที่ผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษา ขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client หากไม่พบข้อมูลผู้มีสิทธิในฐานข้อมูล ให้ใช้หนังสือรับรองการมีสิทธิ จากส่วนราชการต้นสังกัด และนำข้อมูลในหนังสือรับรองการมีสิทธิมาขอเลขอนุมัติ

3) การใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง กรณีผู้ป่วยนอก

เมื่อสถานพยาบาลตรวจสอบแล้วพบว่าบุคคลดังกล่าวเป็นผู้มีสิทธิ สามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงได้โดยไม่ต้องสำรองจ่าย และไม่ต้องลงทะเบียนเบิกจ่ายตรง โดยสถานพยาบาลทำธุรกรรมผ่านเครื่องอ่านบัตรประจำตัวประชาชน (EDC) ของกรมบัญชีกลาง

4) โปรแกรมที่เกี่ยวข้อง

4.1) โปรแกรม NHSO Client สำหรับการตรวจสอบสิทธิ ดาวน์โหลดข้อมูลผู้มีสิทธิ และขอเลขอนุมัติกรณีผู้ป่วยใน

4.2) โปรแกรม e-Claim สำหรับบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

4.3) โปรแกรมอื่น ๆ ที่กรมบัญชีกลางกำหนด

4.3.1 ยารักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีราคาสูงตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด ขออนุมัติใช้ยาผ่านโปรแกรมขออนุมัติใช้ยามะเร็ง OCPA (www.mra.or.th/ocpa)

4.3.2 ยารักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินและยารักษาผู้ป่วยโรครูมาติก ตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด ขออนุมัติใช้ยาผ่าน โปรแกรม DDPA RDPA (http://rdpa.mra.or.th/index.php)

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

<u>หมายเหตุ</u> : รหัสโรค ตาม ICD-10-TM 2016 สามารถใช้ได้เฉพาะรหัสการวิเคราะห์หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 6 รองรับได้

2) การบันทึกรหัสหัตถการ

ให้ใช้รหัสการทำผ่าตัด และหัตถการ ตามหนังสือ International Classification of Disease 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM 2015) และ Standard Coding Guideline

<u>หมายเหตุ</u> : สำหรับการรักษาผู้ป่วยในที่มีการผ่าตัดหลายตำแหน่งหรือหลายครั้งต้องเพิ่มรหัส 2 ตำแหน่งต่อท้ายรหัส ICD-9-CM (ICD-9-CM Procedure with Extension code) เพื่อให้สามารถจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่แยกความแตกต่างได้

3) หลักการนับวันนอนโรงพยาบาลและการนับวันนอนกรณีผู้ป่วยมีวันลากลับบ้าน

3.1) ผู้ป่วยที่มีการรับไว้นอนในโรงพยาบาล โดยออกเลข Admission Number ให้แล้ว ให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยใน

3.2) การนับเวลานอนให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล โดยให้นับ 24 ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน ถ้าไม่ถึง 24 ชั่วโมงหรือเกิน 24 ชั่วโมง และส่วนที่ไม่ถึงหรือเกิน 24 ชั่วโมงนั้นหากนับได้เกิน 6 ชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวัน

3.3) กรณีผู้ป่วยมีวันลากลับบ้าน ให้บันทึกจำนวนวันลากลับบ้าน (Leave day) ตามข้อเท็จจริงของการนอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น

4) การรักษาก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยในภายในระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง

ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้องกับการรับเป็นผู้ป่วยใน และเกิดขึ้นภายใน 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. จะประมวลผลและจ่ายส่วนที่เกินจากวงเงินค่าเสียหายเบื้องต้นดังกล่าว

6) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องซื้อหรือเข้ารับการตรวจเพิ่มเติมจากสถานพยาบาลอื่น

ในระหว่างที่ผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน หากสถานพยาบาลไม่มียาอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หรือไม่สามารถให้บริการตรวจทางห้องทดลองหรือเอกซเรย์ได้กระทรวงการคลังกำหนดให้สถานพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายเงินแทนผู้มีสิทธิและส่งข้อมูลเบิกจ่ายมายัง สปสช. ตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) หากเป็นกรณีผู้ป่วยนอกให้สถานพยาบาลออกหนังสือรับรองให้ผู้ป่วยซื้อหรือเข้ารับการตรวจทางห้องทดลองหรือเอกซเรย์จากสถานที่อื่นตามแบบฟอร์ม (7135) ทั้งนี้ผู้มีสิทธิสามารถสำรองจ่ายและนำใบเสร็จรับเงินเบิกจากส่วนราชการต้นสังกัดได้

7) การเบิกค่าห้องค่าอาหาร

7.1) กรณีที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาลโดย ให้นับ 24 ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน ถ้าไม่ถึง 24 ชั่วโมง หรือเกิน 24 ชั่วโมงและส่วนที่ไม่ถึงหรือเกิน 24 ชั่วโมงนั้นหากนับได้เกิน 6 ชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวัน

- ค่าเตียงสามัญ เบิกรวมกับค่าอาหาร ในราคาไม่เกิน 400 บาทต่อวัน
- ค่าห้องพิเศษ เบิกรวมกับค่าอาหาร ในราคาไม่เกิน 1,000 บาทต่อวัน

7.2) ผู้ป่วยที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล และผู้ป่วยได้เสียชีวิต หรือมีความจำเป็นทางการแพทย์ต้องส่งต่อไปรับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในวันแรกนั้น ให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล ถ้าไม่ถึง 24 ชั่วโมงและส่วนที่ไม่ถึงนั้นนับได้ไม่เกิน 6 ชั่วโมง ให้เบิกค่าห้องและค่าอาหาร ดังนี้

- ค่าเตียงสามัญ ให้เบิกได้ไม่เกิน 100 บาท
- ค่าห้องพิเศษ ให้เบิกได้ไม่เกิน 200 บาท

7.3) กรณีสถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในแล้ว ปรากฏว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล โดยมิได้มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล มิให้สถานพยาบาลเบิกค่าเตียงสามัญ หรือค่าห้องพิเศษ ในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลนั้น

8) การเบิกจ่ายกรณีนอนนาน

8.1) ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 มกราคม 2559 เป็นต้นไป ในกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นระยะเวลา 270 วัน นับแต่วันที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน และยังมีความจำเป็นต้องรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง โดยมิใช่กรณีผู้ป่วยพักรอจำหน่าย ให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล โดยเสมือนเป็นการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล ส่วนการรักษาพยาบาลภายหลังจากนั้นให้ถือเสมือนเป็นการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในครั้งใหม่

8.2) การลงรหัสสำหรับการรักษาพยาบาลภายหลังจากส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลแล้ว ให้ถือเอาโรคที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่สำคัญที่สุดในขณะนั้น เป็นโรคหลักในการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลครั้งต่อไป

9) ระยะเวลาในการส่งข้อมูล และ การปรับลดอัตราจ่ายกรณีส่งไม่ทันรอบที่กำหนด

ให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลภายใน 90 วัน หลังจากวันที่จำหน่าย ข้อมูลที่มีวันรับข้อมูลล่าช้าจะได้รับค่ารักษาพยาบาลส่วนที่จัดสรรตามน้ำหนักสัมพัทธ์ DRGs ปรับลดลง โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

9.1) วันรับข้อมูลเกิน 90 วัน ถึง 1 ปี ของวันที่จำหน่าย จะถูกปรับลดค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 10

9.2) วันรับข้อมูลเกิน 1 ปี หลังวันที่จำหน่าย จะถูกปรับลดค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 20

9.3) ข้อมูลที่มีวันรับข้อมูลเกิน 1 ปี หลังวันที่จำหน่าย ต้องขอทำความตกลงกับกรมบัญชีกลางเป็นรายกรณี มิฉะนั้นถือว่าไม่ประสงค์ที่จะเบิก

10) การปฏิเสธการจ่ายและการขออุทธรณ์

สถานพยาบาลที่ประสงค์จะอุทธรณ์ค่าใช้จ่ายเนื่องจากถูกปฏิเสธการจ่าย หรือบันทึกข้อมูลเบิกไม่ครบถ้วนหรือได้รับการจ่ายไม่ครบถ้วน สามารถอุทธรณ์ข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim โดยแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการอุทธรณ์ในกรณีนั้นๆ ประกอบการขออุทธรณ์ผ่านโปรแกรม e-Claim

11) การตรวจสอบและการเรียกคืนเงิน

ให้ส่วนราชการ สถานพยาบาลของทางราชการเก็บรักษาหลักฐานการรับเงินหรือเอกสารแบบพิมพ์ ที่ใช้ในการเบิกจ่ายเงินไว้ให้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน กรมบัญชีกลาง หรือหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมายตรวจสอบ และให้กรมบัญชีกลางหรือหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมายสามารถเรียกเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวในสถานพยาบาลของทางราชการ เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบควบคุมดูแลการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลได้

กรณีผู้มีสิทธิหรือสถานพยาบาลเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลไม่เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 หรือเกินสิทธิที่จะได้รับตามตามพระราชกฤษฎีกาดังกล่าว ให้ดำเนินการส่งเงินคืนกระทรวงการคลังตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยการส่งเงินคืนคลัง

12) การตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลเบิกจ่าย

สถานพยาบาลต้องตรวจสอบความซ้ำซ้อนของการส่งข้อมูลเบิกจ่ายในแต่ละระบบก่อนการส่งข้อมูล

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของทางราชการ

1) การเบิกจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยนอก

การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของทางราชการ ให้เบิกจ่ายตามประกาศกระทรวงการคลังกำหนด

2) การเบิกจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยใน

การเบิกจ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน สถานพยาบาลของทางราชการ ให้ใช้อัตราฐานในบัญชีที่สำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมายให้จัดทำ โดยคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของแต่ละกลุ่มโรคตามการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ (DRGs)

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 ให้สถานพยาบาลสามารถเบิกค่ายาแยกต่างหากจาก DRGs ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้

4.1) รายการยาประเภทที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติภายหลังจากที่สถานพยาบาลได้จำหน่ายตัวผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล เช่น กลุ่มยาวัณโรค ให้สถาน พยาบาลสามารถส่งเบิกค่ายาดังกล่าวเฉพาะส่วนที่เกินกว่า 2 สัปดาห์ ขึ้นไป

4.2) กรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือด

สูง หัวใจ และเคยได้รับยาดังกล่าวอย่างต่อเนื่องมาก่อนที่จะรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้สถานพยาบาลสามารถส่งเบิกค่ายาที่สั่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้านดังกล่าวได้

5) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา 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 กรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ไม่ให้เบิกในระบบเบิกจ่ายตรง ส่วนกรณีการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน มิให้เบิกแยกต่างหากจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

3) รายการยาที่ไม่สามารถเบิกได้ เป็นรายการยารักษาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงซึ่งเป็นทะเบียนยาใหม่ / ทะเบียนยาชีววัตถุชนิดใหม่ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 เป็นต้นไป จะไม่สามารถเบิกได้จนกว่าจะมีการพิจารณาปรับเข้าระบบ OCPA หรือกรอบรายการยาที่ให้เบิกจ่ายได้ตามเงื่อนไข ข้อบ่งชี้ที่กำหนด 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 และแพทย์ผู้ทำการรักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่มเดียวกันที่กำหนดไว้ในรายการที่ให้เบิกค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลดำเนินการยื่นเรื่องขออนุมัติเบิกจ่ายตรงค่ายาดังกล่าวกับกรมบัญชีกลางเป็นรายกรณี

กรณีรายการยาที่มิให้เบิกค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรง ซึ่งนอกเหนือจากรายการยาในกลุ่มเดียวกันกับที่กำหนดในระบบ OCPA ให้สถานพยาบาลพิจารณาใช้ยาหรือวิธีการรักษาอื่นในการรักษาเป็นลำดับแรก ทั้งนี้ หากแพทย์ผู้ทำการรักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าไม่สามารถดำเนินการได้ อันเนื่องมาจากเหตุผลทางการแพทย์ และผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยารายการที่มิให้เบิกค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลดำเนินการยื่นเรื่องขออนุมัติเบิกจ่ายตรงค่ายาดังกล่าวกับกรมบัญชีกลางเป็นรายกรณี

หมายเหตุ การปรับปรุงรายการยาเป็นไปตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

6) การเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรครูมาติก และโรคสะเก็ดเงิน ชนิดรุนแรง ปานกลางและรุนแรงมาก ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

6.1) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติก ประกอบด้วย โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบติดยึดและโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (Rheumatic Disease Prior Authorization: RDPA) ตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

6.2) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับรักษาโรคสะเก็ดเงิน และโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (Dermatology Disease Prior Authorization: DDPA) ตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน และโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก ให้เลือกลงทะเบียนโรคหลักที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้การรักษาเพียงโรคเดียว

6.3) หากมีการออกใบเสร็จรับเงินค่ายาทั้ง 2 กรณี ผู้มีสิทธิไม่สามารถนำไปยื่นเบิก ณ ส่วนราชการได้ และมิให้คณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาลออกหนังสือรับรองสิทธิการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

6.4) การขออนุมัติเบิกยา หรือขอต่ออายุการเบิกค่ายา หรือขอหยุดการใช้ยา ผ่านโปรแกรม DDPA RDPA (http://rdpa.mra.or.th/index.php) และการใช้ยาดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไข/ข้อบ่งชี้ที่กำหนด

7) **การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยภาวะตาอักเสบ (Uveitis) ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง**

7.1) เป็นการรักษาในผู้ป่วยภาวะตาอักเสบจากโรคในกลุ่มภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานผิดปกติ ได้แก่ Behcet, Noninfectious necrotizing, scleritis, Ocular sarcoidosis และ Vogt Koyangi Harada (VKH disese) ที่ไม่ตอบสนองหรือตอบสนองไม่เพียงพอต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน และมีความจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ตามรายการและข้อบ่งชี้ที่กรมบัญชีกลางกำหนด

7.2) สถานพยาบาลลงทะเบียนแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย แล้วส่งข้อมูลตามโปรโตคอลที่กำหนดในระบบ Uveitis ทางเว็บไซต์ http://biologic.mra.or.th/indx.php เพื่อขออนุมัติเบิกจ่ายค่ายาหรือขอต่ออายุการเบิกจ่ายค่ายา หรือขอหยุดการใช้ยา ตามแนวทางปฏิบัติที่สำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข (สพตส.) กำหนด

7.3) เบิกจ่ายค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลเท่านั้น โดยเบิกจ่ายได้ไม่เกินอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด

7.4 กรณีที่สถานพยาบาลจำเป็นต้องออกใบเสร็จรับเงิน ค่ายาชีววัตถุและยาสังเคราะห์มุ่งเป้าซึ่งใช้ในการรักษาภาวะตาอักเสบจากโรคในกลุ่มภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานผิดปกติ ทั้งที่เป็นยาในระบบ Uveitis และนอกระบบ Uveitis ให้แจงรายละเอียดชื่อรายการยา โดยระบุเป็น “ค่ายาที่เบิกไม่ได้” และมิให้ออกใบรับรองในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากผู้มีสิทธิไม่สามารถนำใบเสร็จรับเงินค่ายาดังกล่าวทุกรูปแบบ ขนาดและความแรง มายื่นเบิกเงินกับส่วนราชการต้นสังกัดได้

มีผลบังคับใช้สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 12 กันยายน 2564 เป็นต้นไป

8) **การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคลำไส้อักเสบเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง**

8.1) ผู้ป่วยกลุ่มโรค Crohn’s disease และ Ulcerative colitis ในผู้ใหญ่ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยา Adalimumab, Infliximab, หรือ Vedolizumab

8.2) ผู้ป่วยกลุ่มโรค Crohn's disease และ Ulcerative colitis ในเด็ก ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยา Adalimumab หรือ Infliximab

8.3) สถานพยาบาลลงทะเบียนแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย แล้วส่งข้อมูลตามโปรโตคอลที่กำหนดในระบบ IBD ทางเว็บไซต์ http://biologic.mra.or.th/indx.php เพื่อขออนุมัติเบิกจ่ายค่ายาหรือขอต่ออายุการเบิกจ่ายค่ายา หรือขอหยุดการใช้ยา ตามแนวทางปฏิบัติที่สำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข (สพตส.) กำหนด

8.4) เบิกจ่ายค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลเท่านั้น โดยเบิกจ่ายได้ไม่เกินอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด

8.5) กรณีที่สถานพยาบาลจำเป็นต้องออกใบเสร็จรับเงิน ค่ายาชีววัตถุและยาสังเคราะห์มุ่งเป้าซึ่งใช้ในการรักษากลุ่มโรคลำไส้อักเสบเรื้อรังข้างต้น ทั้งที่เป็นยาในระบบ IBD และนอกระบบ IBD ให้แจงรายละเอียดชื่อรายการยา โดยระบุเป็น "ค่ายาที่เบิกไม่ได้" และมิให้ออกใบรับรองในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากผู้มีสิทธิไม่สามารถนำใบเสร็จรับเงินค่ายาดังกล่าว ทุกรูปแบบ ขนาด และความแรง มายื่นเบิกเงินกับส่วนราชการต้นสังกัดได้

มีผลบังคับใช้สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 12 พฤศจิกายน 2564 เป็นต้นไป สำหรับอัตราเบิกจ่ายค่ายา Vedolizumab ให้มีผลบังคับใช้สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2564 เป็นต้นไป

9) การเบิกจ่ายค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2)

9.1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

9.2) กรณีที่แพทย์สั่งใช้ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2) แต่ไม่เป็นไปตามแนวทางกำกับการใช้ยา อันเนื่องมาจากเหตุผลที่เป็นข้อจำกัดทางการแพทย์ มิใช่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษาต้องระบุเหตุผลที่ไม่สามารถดำเนินการตามแนวทางกำกับการใช้ยาของบัญชียาหลักแห่งชาติ ไว้ในเวชระเบียน เพื่อตรวจสอบต่อไป

10) การเบิกจ่ายค่ายาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) หรือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดเฉียบพลัน (ST Elevate Myocardial Infraction STEMI)

10.1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

10.2) ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2556 สามารถเบิกค่ายาแยกต่างหากจาก DRGs ได้

10.3) จ่ายตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บและไม่เกินอัตราราคาของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง

11) การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่ามีความจำเป็นต้องล้างไต (Dialysis) ตามแนวทางสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หากเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาล ตามเงื่อนไข และอัตราที่กำหนด ดังต่อไปนี้

11.1) การเบิกค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง Erythropoiesis-Stimulating Agent (ESA) ให้หน่วยไตเทียมเป็นผู้เบิกผ่านระบบเบิกจ่ายตรง (HD) เท่านั้น เว้นแต่การใช้ยากระตุ้นเม็ดเลือดแดง Erythropoi-

esis-Stimulating Agent (ESA) ในสถานพยาบาลของทางราชการ กรณีรักษาผู้ป่วยโรคอื่นให้เบิกผ่านระบบเบิกจ่ายตรงกรณีทั่วไป

ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ซึ่งใช้กับผู้ป่วยโรคอื่น หรือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง หรือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการอื่นซึ่งมิใช่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ให้สามารถเบิกค่ายาดังกล่าวเพื่อนำไปใช้นอกสถานพยาบาลของทางราชการได้ ตามความจำเป็นและคำแนะนำของแพทย์ผู้ทำการรักษา

11.2) การเบิกจ่ายยาหรือสารอาหารที่จะต้องบริหารจัดการในสถานพยาบาลโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ให้เบิกจ่ายได้เฉพาะกรณีที่ใช้กับผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในสถานพยาบาลเท่านั้น มิให้เบิกจ่ายเพื่อนำไปใช้นอกสถานพยาบาล ยกเว้นยาหรือสารอาหารตามหลักเกณฑ์และรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

ทั้งนี้สามารถเบิกยาหรือสารอาหารจากสถานพยาบาลของทางราชการเพื่อนำไปใช้ในหน่วยไตเทียม (สถานพยาบาลของเอกชน) ได้ ตามความเห็นชองแพทย์ผู้รักษาที่สถานพยาบาลของทางราชการ โดยอ้างอิงมาตรฐานทางการแพทย์ที่สมาคมโรคไตแห่งบิระเทศไทยหรือราชวิทยาลัยที่เกี่ยวช้องได้กำหนดไว้ โดยเป็นรายการยาหรือสารอาหารตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

11.3) การเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้หน่วยไตเทียมเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรง (HD) และให้สามารถเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระบบใบเสร็จได้

11.4) 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) กรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการฟอกเลือดในหน่วยไตเทียมอื่นที่มิใช่หน่วยไตเทียมที่เข้ารับการฟอกเลือดเป็นประจำ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนตัวกรองไตเทียมให้มีสิทธิเบิกค่าตัวกรองไตเทียมในอัตราชุดละ 500 บาท

ทั้งนี้ให้ถือปฏิบัติตั้งแต่วันที่ 15 เมษายน 2563 เป็นต้นๆไป

11.5) การเบิกค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน กรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) หรือผู้ป่วยไตวายอื่นๆ ที่ไม่เคย ได้รับการฟอกเลือดด้วยวิธีไตเทียม (Hemodialysis) มาก่อน การส่งเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่ายา (Erythropoietin) ในช่วงระยะเวลา 35 วัน นับจากวันที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน ให้เบิกจ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สำหรับค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่ายา (Erythropoietin) ภายหลัง 35 วัน ให้ส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบ HD ของ สกส. โดยอัตราการเบิกให้เป็นไป

ตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับการรักษาทดแทน ไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ส่วนค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ให้ส่งเบิกตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) เช่นเดิม

12) การเบิกค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

12.1) ประเภทอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ที่มีลักษณะ ข้อบ่งชี้ในการใช้และคุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้เป็นการเฉพาะ ให้ถือปฏิบัติตามที่ประกาศ

12.2) ประเภทอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ที่มีความชัดเจนอยู่ในตัวจะไม่มีการกำหนดลักษณะ ข้อบ่งชี้ ในการใช้และคุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้

12.3) การซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้เบิกได้ตามที่แพทย์ของสถานพยาบาลที่ตรวจรักษาเป็นผู้สั่งซ่อมโดยประหยัด ทั้งนี้ไม่เกินอัตราตามรายการที่กำหนด เว้นแต่ค่าซ่อมแซมฟันเทียมให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินครึ่งหนึ่งของราคาฟันเทียมตามรายการที่กำหนด

12.4) การเบิกจ่ายค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ต้องดำเนินการผ่านระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเท่านั้น เว้นแต่ การเบิกจ่ายค่าฟันเทียมสามารถเบิกจ่ายได้ทั้งในระบบเบิกจ่ายตรงหรือนำใบเสร็จรับเงินยื่นขอใช้สิทธิเบิกที่ส่วนราชการต้นสังกัด

12.5) ในการออกใบเสร็จรับเงินค่าฟันเทียม ให้สถานพยาบาลระบุรหัสและตำแหน่งของฟันที่ทำในแต่ละครั้ง เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบของส่วนราชการ สำหรับกรณีที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงให้บันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย

12.6) กรณีที่สถานพยาบาลไม่มีอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคจำหน่ายให้ผู้มีสิทธินำหลักฐานพร้อมใบเสร็จรับเงินไปยื่นขอเบิกกบส่วนราชการต้นสังกัด โดยถือปฏิบัติตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

12.7) กรณีที่รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคใดมีราคาสูงกว่าอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด และผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวประสงค์จะใช้รายการดังกล่าว ให้สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บเงินส่วนเกินสิทธิจากผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้ สถานพยาบาลจะต้องชี้แจงถึงคุณภาพและค่าใช้จ่ายส่วนเกินของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่ไม่สามารถนำมาเบิกจากทางราชการให้ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวทราบ พร้อมทั้งมีหลักฐานการยินยอมและรับทราบจำนวนเงินที่ต้องร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวไว้เป็นหลักฐานเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

12.8) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นทางการแพทย์ต้องใช้รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หมวด 8 วัสดุ/อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเนื่องจากอวัยวะของร่างกายใช้งานไม่ได้อย่างปกติ แม้ผู้ป่วยจะมิได้เป็นคนพิการ กรณีดังกล่าวสามารถเบิกจ่ายได้ตามอัตราที่กำหนด

12.9) การเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดด้วยกล้อง (รหัส 5601) กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลจะสามารถแยกเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองฯ นอกเหนือ DRGs ได้เฉพาะข้อบ่งชี้ที่กำหนดเท่านั้น เนื่องจากกรมบัญชีกลางได้ดำเนินการคำนวณอัตราฐาน (Base Rate) ซึ่งรวมรายการวัสดุสิ้นเปลืองฯ ไว้แล้ว จึงขอให้งดการเรียกเก็บค่าวัสดุสิ้นเปลืองฯ จากผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว เว้นแต่ ส่วนเกินอัตราที่กำหนดซึ่งเป็นการใช้ตามข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกต่างหากจาก DRGs

13) การเบิกค่าพาหนะส่งต่อ

ค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย หมายความว่า รถพยาบาลของสถานพยาบาลเท่านั้นไม่รวมถึงรถส่วนตัวหรือรถสาธารณะ

13.1) ผู้ป่วยต้องอยู่ระหว่างรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลต้นทางประเภทผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก เฉพาะกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่อยู่ในภาวะวิกฤติ หรือ เป็นอันตรายต่อชีวิต

13.2) สถานพยาบาลปลายทางต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือสังเกตอาการ (ยกเว้นกรณีเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ) หรือสถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยใน แล้วทำการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤติ เห็นควรส่งกลับเพื่อไปพักฟื้น หรือไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลต้นทางที่ทำการส่งต่อ

13.3) เป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งไปยังสถานพยาบาลอื่น เนื่องจากไม่สามารถทำการรักษาได้ แต่ไม่รวมถึงกรณีการรับผู้ป่วยจากบ้านหรือที่เกิดเหตุ การส่งไปตรวจทางห้องทดลองหรือเอ็กซเรย์ยังสถานพยาบาลอื่น เนื่องจากสถานพยาบาลนั้นไม่อาจให้การตรวจทางห้องทดลอง หรือเอ็กซเรย์แก่ผู้เข้ารับการรักษาได้

13.4) ในกรณีที่พาหนะที่ส่งต่อผู้ป่วยเป็นของสถานพยาบาลอื่น นอกจากสถานพยาบาลต้นทางหรือปลายทาง หรือเป็นพาหนะส่งต่อของสถานพยาบาลเอกชน ให้สถานพยาบาลต้นทางหรือปลายทางที่เป็น “ผู้ขอใช้พาหนะ” เป็นผู้เบิกจ่ายให้กับสถานพยาบาลเจ้าของพาหนะ

13.5) การคิดระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนด

13.6) กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยสถานพยาบาลหลายแห่ง จะคิดระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทางที่รับตัวผู้ป่วยไว้เพื่อทำการรักษาเท่านั้น

13.7) อัตราการเบิกค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย ให้เบิกได้ในอัตรา 500 บาท บวกด้วยอัตราตามระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง (กิโลเมตร) คูณ 2 (ไป-กลับ) คูณอัตรา 4 บาทต่อกิโลเมตร

13.8) ค่าบริการพาหนะส่งต่อผู้ป่วย ไม่ถือรวมเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้นก่อนรับผู้มีสิทธิเป็นผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง ที่จะต้องนำมาคำนวณตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

หมายเหตุ : กรณีการรับ-ส่งต่อ ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เป็นไปตามเงื่อนไขและหลักเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางประกาศกำหนด

14) การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต

14.1) ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายไตจะต้องมีฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐสมบูรณ์ และการเบิกจ่ายให้ใช้สิทธิในระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น

14.2) ผู้รับบริจาคไตและผู้บริจาคไตที่มีชีวิต ต้องมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของแพทยสภา

14.3) สถานพยาบาลที่จะให้บริการทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไต ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย และต้องจัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตหรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์

14.4) การเบิกจ่ายค่าปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต จะต้องเป็นกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้รับบริจาคไตเพื่อบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเท่านั้น และคุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่มีชีวิต จะต้องเป็นไปตามข้อบังคับของแพทยสภา

14.5) ค่าเตรียมผู้บริจาคไตที่มีชีวิต ให้ถือปฏิบัติตามขั้นตอน และเบิกตามรายการค่าตรวจวินิจฉัยก่อนการปลูกถ่ายไต สำหรับผู้บริจาคไตตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

14.6) การเบิกค่าผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต และค่าปลูกถ่ายไตให้ผู้รับบริจาคให้ถือ

ปฏิบัติตามประกาศกระทรวงการคลัง 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

15) การปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต ประกอบด้วย การบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธีการปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต และ ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาจากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต

15.1 สถานพยาบาลที่จะให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิตและผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาจากผู้บริจาคตาที่เสียชีวิต จะต้องเป็นสมาชิกของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย รวมทั้งสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บและรักษาคุณภาพของอวัยวะ ที่ได้รับการบริจาคจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตให้กับสภากาชาดไทย ตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

15.2 การเบิกค่ารักษาพยาบาลตามประกาศกระทรวงการคลังให้สถานพยาบาลเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลในหมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค โดยระบุรหัสดังนี้

ก) กรณีเข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต ค่าเตรียมและผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต ให้ระบุรหัส 6207

ข) กรณีเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต (รวมค่าน้ำยาแช่กระจกตา) ค่าจัดเก็บ และรักษาคุณภาพดวงตา จากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต ให้ระบุรหัส 2011

15.3 ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ได้รับการบริจาคอวัยวะจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตผ่านสภากาชาดไทยเท่านั้น

15.4 ผู้มีสิทธิมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลแยกต่างหากจากค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ดังนี้

ก) ค่าเตรียมและผ่าตัดนำไต ออกจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต ให้เบิกได้ในอัตราไม่เกิน 40,000 บาท ต่อหนึ่งไต

ข) ค่าจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา จากผู้บริจาคตาที่เสียชีวิต ให้เบิกได้ในอัตราไม่เกิน 15,000 บาท ต่อหนึ่งอัน

15.5 กรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวมีภาวะสลัดไต (rejection) โดยให้สามารถเบิกค่ายาได้เช่นเดียวกับการปลูกถ่ายไต จากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต

16) การเบิกจ่ายกรณีค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากสิทธิประกันสังคม

16.1) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีผู้ป่วยที่มีสิทธิซ้ำซ้อนกับสิทธิประกันสังคม

การเบิกจ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงเฉพาะส่วนเกิน

สิทธิประกันสังคม 1,500 บาท แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามประกาศกระทรวงการคลัง

16.2) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรของสำนักงานประกันสังคม

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตราตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

16.3) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณี Vascular access ซ้ำภายใน 2 ปี ให้เบิกด้วยใบเสร็จจากต้นสังกัด พร้อมหนังสือรับรองจากประกันสังคม

16.4) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณีทำฟันส่วนเกินจากค่าอุดฟัน ขูดหินปูน และถอนฟัน ที่เกินจาก 900 บาท/ปี ให้เบิกด้วยใบเสร็จจากต้นสังกัด พร้อมหนังสือรับรองจากประกันสังคม

17) ค่ารักษาพยาบาลของผู้ประกันตนที่มิได้รับสิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตรของสำนักงานประกันสังคม

การเบิกจ่ายค่าคลอดบุตรให้เบิกจ่ายได้ เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินสิทธิที่กำหนดตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

18) การเบิกจ่ายกรณีการรักษาผู้ป่วยพักรอจำหน่าย

การรักษาผู้ป่วยพักรอจำหน่าย หมายถึง การรับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืนในสถานพยาบาลภายหลังจากการรักษาโรคกรณีเฉียบพลันและการฟื้นฟูสภาพได้สิ้นสุดลง ผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่จะต้องรับไว้รักษาในสถานพยาบาลเป็นกรณีผู้ป่วยในแบบปกติ แต่สถานพยาบาลยังไม่อาจจำหน่ายผู้ป่วยได้ด้วยเหตุผลอื่น เช่น การรอย้ายผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลพักฟื้น หรือการรอรับกลับไปพยาบาลผู้ป่วยต่อที่บ้าน เป็นต้น ซึ่งจำแนกออกได้เป็นผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีทั่วไปและผู้ป่วยพักรอจำหน่วยกรณีพิเศษตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ทั้งนี้การเป็น ผู้ป่วยพักรอจำหน่ายจะต้องเป็นกรณีที่การรักษาพยาบาลกรณีเฉียบพลันและการฟื้นฟูสภาพมีช่วงระยะเวลา ของการรักษาพยาบาลไม่ต่ำกว่า 60 วัน

การเบิกจ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ ผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีทั่วไป ให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราเหมาจ่ายวันละไม่เกิน 400 บาท ยกเว้น การเบิกค่ายา ค่าชันสูตร ให้เบิกจ่ายได้ตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการสำหรับผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีพิเศษ ให้เบิกจ่ายได้ตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด

18.1) สถานพยาบาลต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาลก่อน

18.2) ต้องขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client ใหม่ อีกครั้งหนึ่ง

18.3) ในการเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim ต้องมีรหัสโครงการพิเศษ HOSPIC

18.4) กรณีผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีทั่วไป ให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราเหมาจ่ายไม่เกินวันละ 400 บาท (ไม่รวมค่ายา ค่าชันสูตร)

19) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยเพราะเหตุปฏิบัติราชการ

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ซึ่งได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่ หรือเนื่องจากต้องไปปฏิบัติราชการนอกที่ตั้งสำนักงานหรือถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำตามหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสงเคราะห์ข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราการ พ.ศ. 2546 ให้

ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการ พ.ศ. 2547 จะต้องเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลอันเกิดจากกรณีที่ข้าราชการปฏิบัติราชการในหน้าที่เท่านั้น

19.1) ต้องบันทึกข้อมูลและรหัสโครงการพิเศษ INJDTO ในโปรแกรม e-Claim

20) การเบิกจ่ายกรณีเด็กแรกเกิดทั้งป่วยและไม่ป่วย

การเบิกค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในของเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิทั้งกรณีเด็กป่วยและเด็กไม่ป่วยให้ส่งเบิกเงินแยกต่างหากจากมารดา ซึ่งทั้งสองกรณีการเบิกจ่ายเงินให้เป็นไปตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยให้ใช้ระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น และมิให้ส่งเบิกค่าห้อง ค่าอาหาร กรณีเด็กแรกเกิดที่ไม่เจ็บป่วย

20.1) กรณีไม่สามารถขอเลขอนุมัติได้ ให้บิดาหรือมารดาไปแจ้งเกิด และใช้หนังสือรับรองสิทธิมาขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client

20.2) ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim ให้ใช้รหัสบัตรประชาชนที่ขอเลขอนุมัติในการเบิกโดยระบุรหัสโครงการพิเศษ Z38000

21) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา

กรณีผู้ป่วยใน จ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ซึ่งปรับด้วยค่าสัมประสิทธิ์ คูณอัตราจ่ายของสถานพยาบาล แล้วจ่ายค่ายารักษาโรคมะเร็ง ตามสูตรการคำนวณ ดังนี้

สูตรการคำนวณ (Adj.RW x CCUF x อัตราจ่าย) + ค่ายารักษาโรคมะเร็ง

ค่ายารักษาโรคมะเร็ง หมายถึง ค่ายาตามรายการที่กำหนดสำหรับใช้ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง

22) การตรวจสุขภาพประจำปี

รายการค่าตรวจสุขภาพประจำปี ให้ทดรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลและนำใบเสร็จรับเงินยื่นขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ณ ส่วนราชการต้นสังกัด

23) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

23.1) การเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีการบำบัดรักษาโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนจีน จะต้องเป็นกรณีเพื่อการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ มิใช่กรณีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์นั้นๆ

23.2) กรณีการออกเอกสารการรับเงิน หรือใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาลให้ผู้มีสิทธินำไปยื่นเบิกกับต้นสังกัด ให้สถานพยาบาลออกใบรับรองการรักษาโดยผู้ประกอบวิชาชีพตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนดเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย

23.3 กรณีระบบเบิกจ่ายตรง ในการส่งข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาลทางอิเล็กทรอนิกส์ให้สถานพยาบาลระบุรหัสรายการทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 เป็นต้นไป

23.4 บันทึกข้อมูลการรักษาตามแนวเวชปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกไว้ในเวชระเบียนเพื่อประโยชน์การตรวจสอบ

24) การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก

24.1) การเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก ในระบบเบิกจ่ายตรงให้ใช้บัตรประจำตัวประชาชนที่ราชการออกให้ทำธุรกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลทุกครั้ง เว้นแต่ บุคคลที่ไม่สามารถมีบัตร

ประจำตัวประชาชนได้ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน หรือบุคคลที่กรมบัญชีกลางกำหนด ให้ไม่ต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนในการใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

24.2) รายการค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่มีหลักเกณฑ์กำหนดไว้เป็นการเฉพาะเกี่ยวกับลงทะเบียนผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีไตเทียม ผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้ยาราคาสูง ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวเพิ่มเติมด้วย

24.3) รายการค่าตรวจสุขภาพประจำปี ให้ทดรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล และนำใบเสร็จรับเงินยื่นขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ณ ส่วนราชการต้นสังกัด

24.4) การเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลจัดส่งข้อมูลไปยังหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมาย สำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แล้วแต่กรณี (ขึ้นอยู่กับสถานพยาบาลส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลกับกรมบัญชีกลางผ่านหน่วยงานใด)

24.5) ผู้ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีไตเทียม และผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความจำเป็นต้องฉายรังสีรักษาซึ่งสถานพยาบาลของทางราชการส่งตัวให้มาเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน การใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง ณ สถานพยาบาลของเอกชน ให้ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวตลอดจนสถานพยาบาลของเอกชน ถือปฏิบัติตามแนวทางที่กรมบัญชีกลางกำหนด

25) การส่งข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ตามแนวทางที่กรมบัญชีกลางกำหนด

โดยกรมบัญชีกลางกำหนดให้สถานพยาบาลระบุรหัสรายการในหมวดที่บันทึกเบิก **ดังนี้**

25.1) หมวด 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวด 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

การส่งเบิกค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ซึ่งไม่ใช่การตรวจสุขภาพประจำปี ในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ให้ระบุรหัสรายการทุกรายการ ตามรูปแบบหรือโปรแกรมที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) กำหนด

25.2) หมวด 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา สถานพยาบาลต้องดำเนินการ ดังนี้

1) จัดทำข้อมูล Lab catalog ของสถานพยาบาล ตามโครงสร้างที่กำหนด

2) ส่งข้อมูล Lab catalog ผ่านหน้าเวบเพื่อตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องและใช้เป็นฐานอ้างอิงในการตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลการเบิกจ่าย

3) ส่งข้อมูลการเบิกจ่ายในระบบโปรแกรม e-Claim

ส่วนในหมวดอื่นๆ เป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางประกาศกำหนดต่อไป

การเบิกจ่ายกรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเสี่ยง หรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

เป็นไปตามหลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการกรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ที่มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ ตามประกาศของกระทรวงสารณณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย ฯ หากแพทย์ผู้รักษาได้ดำเนินการ

สอบสวนโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแล้วมีความเห็นว่า จำเป็นต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 โดยให้สถานพยาบาลของทางราชการเป็นผู้เบิกแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น และให้หมายความรวมถึงกรณีที่สถานพยาบาลของทางราชการไม่อาจให้การตรวจทางห้องปฏิบัติการได้และมีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยหรือเก็บตัวอย่างไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ ณ สถานที่อื่นด้วย

สถานพยาบาลสามารถเบิกจ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด ดังนี้

<u>กรณีผู้ป่วยนอก</u>

1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยเทคนิค Real time RT-PCR หรือเทคนิคอื่นๆ โดยรวมค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามรายการและอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่ประกาศ

หมายเหตุ : จะต้องไม่เป็นการเบิกซ้ำซ้อนกับการเบิกกรณีการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ที่เบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เบิกจากหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเท่านั้น)

<u>กรณีผู้ป่วยใน</u> สามารถเบิกเพิ่มเติมนอกเหนือการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGS) ดังนี้

1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยเทคนิค Real time RT-PCR หรือเทคนิคอื่นๆ โดยรวมค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามรายการและอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่ประกาศ

2) ค่าห้องพักสำหรับควบคุมหรือดูแลรักษา ดังนี้

<u>ข้อมูลผู้ป่วยที่รับบริการเป็นผู้ป่วยในก่อนวันที่ 16 สิงหาคม 2564</u> เบิกได้ตามรายการและอัตรา ดังนี้

1) ค่าห้องพักในสถานพยาบาล ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 2,500 บาท ต่อวัน

2) ค่าห้องพักในสถานที่ที่สถานพยาบาลของทางราชการได้จัดหาไว้เป็นการเฉพาะ เช่น สถานพยาบาลสนาม หอผู้ป่วย COVID19 ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น เพื่อดูแลผู้ป่วยจนกว่าจะกลับสู่สภาวะปกติและสามารถกลับบ้านได้ เบิกได้ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ 1,500 บาท ต่อวัน

<u>ข้อมูลผู้ป่วยที่รับบริการเป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 16 สิงหาคม 2564 เป็นต้นไป</u> เบิกได้ตามรายการและอัตรา ดังนี้

1) กรณีผู้ติดเชื้อที่มีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) ให้เบิกได้ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาท ต่อวัน

2) กรณีผู้ติดเชื้อที่มีอาการปานกลาง (สีเหลือง) ให้เบิกได้ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 3,000 บาท ต่อวัน

3) กรณีผู้ติดเชื้อที่มีอาการรุนแรง (สีแดง) ให้เบิกได้ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 7,500 บาท ต่อวัน

3) ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 7,200 บาท

4) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment) ตามรายการและอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามกลุ่มอาการของผู้ป่วย

5) กรณีมีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ไปเข้ารับการรักษาพยาบาลต่อเนื่องเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลของทางราชการแห่งอื่น หรือ สถานที่ที่สถานพยาบาลของทางราชการได้จัดหาไว้เป็นการเฉพาะสามารถเบิกค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากค่าพาหนะส่งต่อ รายการค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment) และค่าบริการทำความสะอาดฆ่าเชื้อบนรถพาหนะส่งต่อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 3,700 บาท ต่อครั้งที่มีการส่งต่อ

การเบิกจ่ายกรณีการให้การรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด19 ที่บ้าน (Home Isolation) หรือ ในสถานที่อื่นๆ (Community Isolation)

ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และอยู่ระหว่างรอเข้ารับการรักษาพยาบาลในที่สถานพยาบาลของทางราชการหรือสถานพยาบาลอื่นที่สถานพยาบาลของทางราชการได้จัดเตรียมไว้ หากแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าสามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Isolation) หรือในสถานที่อื่นๆ (Community Isolation) และได้ดำเนินการตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สถานพยาบาลสามารถเบิกค่าใช้จ่ายทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน (ตามแนวทางปฏิบัติกรณีพักรอจำหน่าย) ได้ดังนี้

1. ค่าบริการของสถานพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยกรณีพักรอก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาลในอัตราเท่าที่จ่ายจริงวันละไม่เกิน 1,000 บาท เบิกได้ไม่เกิน 14 วัน

2. ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ในการติดตามอาการผู้ป่วยในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 1,100 บาทต่อราย

3. ค่ายา ค่าเอกซเรย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง ค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

4. กรณีมีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ไปเข้ารับการรักษาพยาบาลต่อเนื่องเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลของทางราชการแห่งอื่น หรือ สถานที่ที่สถานพยาบาลของทางราชการได้จัดหาไว้เป็นการเฉพาะ หรือ ต่อมาแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น (Step Down) สามารถส่งตัวไปพักฟื้นต่อที่บ้าน (Home Isolation) หรือในสถานที่อื่นๆ (Community Isolation) สามารถเบิกค่าพาหนะส่งต่อ และรายการค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment) และค่าบริการทำความสะอาดฆ่าเชื้อบนรถพาหนะส่งต่อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 3,700 บาท ต่อครั้งที่มีการส่งต่อ

มีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน 2564 เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง

การเบิกค่ารถรับรับส่งต่อจากที่พัก

ผู้มีสิทธิ หรือบุคคลในครอบครัวซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และสถานพยาบาลจัดรถของสถานพยาบาลเอง หรือรถของหน่วยงานอื่นที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมารับตัวจากที่พักเพื่อไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ในสถานที่ที่ได้จัดเตรียมไว้ สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ ดังนี้

1) พาหนะรับส่งต่อในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท

2) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment) และค่าบริการทำความสะอาดฆ่าเชื้อบนรถพาหนะส่งต่อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 3,700 บาท ต่อครั้งที่มีการส่งต่อ

มีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน 2564 เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง

การเบิกจ่ายผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว มีอาการผิดปกติภายหลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว มีอาการผิดปกติภายหลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 และเกิดภาวะเกร็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตันจากภูมิคุ้มกันภายหลังได้รับวัคซีน (Vaccine-induce immune

thrombotic thrombocytopenia VITT)) สามารถเบิกค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมนอกเหนือการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ดังนี้

1) ค่าตรวจ Heparin-PF4 antibody (IgG) ELISA assay รหัส 30115 อัตรา 1,550 บาท ต่อครั้ง

2) ค่าตรวจ Heparin induce platelet activation test (HIPA) รหัส 30116 อัตรา 1,500 บาท ต่อครั้ง

3) ค่ายา IVIG (Human normal immunoglobulin, intravenous) ตามอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง ค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

มีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน 2564 เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง

หมายเหตุ : การเปลี่ยนแปลงรายการและอัตราการเบิกจ่ายกรณีการรักษาผู้ป่วยโควิด19 เป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางประกาศกำหนด

การใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยนอก กรณีทั่วไป

การเบิกจ่ายกรณีผู้ป่วยนอก หากผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวไปแสดงตน ณ สถานพยาบาล การทำธุรกรรมผ่านเครื่อง EDC อาจใช้บัตรประจำตัวประชาชน หรือใช้เลขปรจำตัวประชาชนได้ การยกเว้นการแสดงตนของผู้ป่วย (การทำธุรกรรมผ่านเครื่อง EDC) ให้สถานพยาบาลดำเนินการภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยเก่าของสถานพยาบาลที่รับยาต่อเนื่อง

2) จัดให้มีช่องทางการสื่อสารระหว่างแพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วย เพื่อสั่งการรักษา ซักประวัติ หรือสอบถามอาการจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลในเวชระเบียน

3) กำหนดประเภทยาโดยคำนึงถึงคุณภาพ วิธีการใช้ ปริมาณที่เหมาะสม และปลอดภัยกับผู้ป่วย

4) การจัดส่งยาให้ดำเนินการด้ด้วยวิธี ดังนี้

4.1) จัดส่งยาให้ผู้ป่วยโดยตรง โดยใช้ไปรษณีย์ลงทะเบียน หรือไปรษณีย์ด่วนพิเศษ หรือไปรษณีย์ตอบรับปลายทาง โดยเก็บเลขพัสดุที่จัดส่งไว้เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

4.2) จัดส่งยาไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิหรือสถานพยาบาลของทางราชการที่สถานพยาบาลได้จัดเตรียมไว้ และเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ส่งมอบยาให้ผู้ป่วย โดยให้ออกใบรับยาไว้เป็นหลักฐานเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

กรณีผู้ป่วยใน ที่ได้รับค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) น้อยกว่าค่าใช้จ่ายจริง

กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤต หรือมีความจำเป็นต้องระดมทรัพยากรทางการแพทย์เพื่อการรักษาพยาบาล หากค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) น้อยกว่าค่าใช้จ่ายจริง ตั้งแต่ร้อยละ 30 ของจำนวนเงินที่กำหนดไว้ ซึ่งแจ้งพร้อมอัตราฐานของแต่ละสถานพยาบาล (Outlier Loss Threshold) ให้สถานพยาบาลได้รับค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติม ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราการจ่ายตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยสถานพยาบาลของทางราชการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) (ฉบับที่ 4) ลงวันที่ 29 เมษายน 2559 มาใช้บังคับโดยอนุโลม

หมายเหตุ : อัตราค่าบริการมีการเปลี่ยนแปลงตามที่กรมบัญชีกลางประกาศกำหนด

2. แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

แนวทางปฏิบัติในการให้บริการทั่วไป

1) การตรวจสอบสิทธิ

1.1) ให้สถานพยาบาลตรวจสอบการมีสิทธิ โดยผู้มีสิทธิใช้บัตรประจำตัวประชาชน ที่ราชการออกให้ ทำธุรกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลทุกครั้ง เว้นแต่บุคคลที่ไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชนได้ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน 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
- เลือกใช้งานระบบเว็บตรวจสอบสิทธิและลงทะเบียนออนไลน์ (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

4) โปรแกรมที่เกี่ยวข้อง

4.1) โปรแกรม NHSO Client สำหรับให้สถานพยาบาลตรวจสอบสิทธิ ดาวน์โหลดข้อมูลผู้มีสิทธิและขอเลขอนุมัติกรณีผู้ป่วยใน

4.2) โปรแกรม e-Claim สำหรับให้สถานพยาบาลบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับการจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

4.3) โปรแกรมสำหรับให้สถานพยาบาลขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง ดังนี้

4.4.1) **ยารักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง** รายการยาที่ต้องขออนุมัติ ให้เป็นไปตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยสามารถขออนุมัติใช้ยาผ่านโปรแกรมขออนุมัติใช้ยามะเร็ง OCPA (www.mra.or.th/ocpa)

4.4.2) **ยารักษาผู้ป่วยโรครูมาติก** และ**โรคสะเก็ดเงิน** รายการยาที่ต้องขออนุมัติให้เป็นไปตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยสามารถขออนุมัติใช้ยาผ่านโปรแกรมขออนุมัติใช้ยา RDPA DDPA (http://rdpa.mra.or.th/index.php)

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

<u>หมายเหตุ</u> : รหัสโรค ตาม ICD-10-TM 2016 สามารถใช้ได้เฉพาะรหัสการวิเคราะห์หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 6 รองรับได้

2) การบันทึกรหัสหัตถการ

ให้ใช้รหัสการทำผ่าตัด และหัตถการ ตามหนังสือ International Classification of Disease 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM 2015) และ Standard Coding Guideline

<u>หมายเหตุ</u> : สำหรับการรักษาผู้ป่วยในที่มีการผ่าตัดหลายตำแหน่งหรือหลายครั้งต้องเพิ่มรหัส 2 ตำแหน่งต่อท้ายรหัส ICD-9-CM (ICD-9-CM Procedure with Extension code) เพื่อให้สามารถจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่แยกความแตกต่างได้

3) หลักการนับวันนอนโรงพยาบาลและการนับวันนอนกรณีผู้ป่วยมีวันลากลับบ้าน

3.1) ผู้ป่วยที่มีการรับไว้นอนในโรงพยาบาล โดยออกเลข Admission Number ให้แล้ว ให้ถือว่าเป็น ผู้ป่วยใน

3.2) การนับเวลานอนให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล โดยให้นับ 24 ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน ถ้าไม่ถึง 24 ชั่วโมงหรือเกิน 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 อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หรือไม่สามารถให้การตรวจทางห้องทดลองหรือเอ็กซเรย์ได้ ให้สถานพยาบาลเป็น

ผู้รับผิดชอบจ่ายเงินแทนผู้มีสิทธิและส่งข้อมูลเบิกจ่ายมายัง 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) การลงรหัสสำหรับการรักษาพยาบาลภายหลังจากส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกเงินค่ารักษา พยาบาลแล้ว 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 ให้เก็บเอกสารไว้ที่สถานพยาบาลสำหรับการตรวจสอบภายหลัง 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 ให้สถานพยาบาลดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล 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 ให้สถานพยาบาลสามารถเบิกค่ายาแยกต่างหากจาก DRGs ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้

4.1) รายการยาประเภทที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติภายหลังจากที่สถานพยาบาลได้จำหน่ายตัวผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล เช่น กลุ่มยาวัณโรค ให้สถานพยาบาลสามารถส่งเบิกค่ายาดังกล่าวเฉพาะส่วนที่เกินกว่า 2 สัปดาห์ ขึ้นไป

4.2) กรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง หัวใจ และเคยได้รับยาดังกล่าวอย่างต่อเนื่องมาก่อนที่จะรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้สถานพยาบาลสามารถส่งเบิกค่ายาที่สั่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้านดังกล่าวได้

5) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา 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 กรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ไม่ให้เบิกในระบบเบิกจ่ายตรงส่วนกรณีการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน มิให้เบิกแยกต่างหากจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

3) รายการยาที่ไม่สามารถเบิกได้ เป็นรายการยารักษาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงซึ่งเป็นทะเบียนยาใหม่ / ทะเบียนยาชีววัตถุชนิดใหม่ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 เป็นต้นไป จะไม่สามารถเบิกได้จนกว่าจะมีการพิจารณาปรับเข้าระบบ OCPA หรือกรอบรายการยาที่ให้เบิกจ่ายได้ตามเงื่อนไข ข้อบ่งชี้ที่กำหนด โดยมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561 เป็นต้นไป จนกว่ากรมบัญชีกลางจะมีการเปลี่ยนแปลง

4) ยานอกระบบบ 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 และแพทย์ผู้ทำการรักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่มเดียวกันที่กำหนดไว้ในรายการที่ให้เบิกค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลดำเนินการยื่นเรื่องขออนุมัติเบิกจ่ายตรงค่ายาดังกล่าวกับกรมส่งเสริมการ

ปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยเป็นรายกรณี

กรณีรายการยาที่มิให้เบิกค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรง ซึ่งนอกเหนือจากรายการยาในกลุ่มเดียวกันกับที่กำหนดในระบบ OCPA ให้สถานพยาบาลพิจารณาใช้ยาหรือวิธีการรักษาอื่นในการรักษาเป็นลำดับแรก ทั้งนี้ หากแพทย์ผู้ทำการรักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าไม่สามารถดำเนินการได้ อันเนื่องมาจากเหตุผลทางการแพทย์ และผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยารายการที่มิให้เบิกค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลดำเนินการยื่นเรื่องขออนุมัติเบิกจ่ายตรงค่ายาดังกล่าวกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยเป็นรายกรณี

หมายเหตุ การปรับปรุงรายการยาเป็นไปตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

6) การเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรครูมาติก และโรคสะเก็ดเงิน ชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

6.1) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติก ประกอบด้วย โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบติดยึดและโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (Rheumatic Disease Prior Authorization: RDPA) ตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

6.2) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับรักษาโรคสะเก็ดเงิน และโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (Dermatology Disease Prior Authorization: DDPA) ตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน และโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก ให้เลือกลงทะเบียนโรคหลักที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้การรักษาเพียงโรคเดียว

6.3) หากมีการออกใบเสร็จรับเงินค่ายาทั้ง 2 กรณี ผู้มีสิทธิไม่สามารถนำไปยื่นเบิก ณ ส่วนราชการได้ และมิให้คณะกรรมแพทย์ของสถานพยาบาลออกหนังสือรับรองสิทธิการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

6.4) การขออนุมัติเบิกยา หรือขอต่ออายุการเบิกค่ายา หรือขอหยุดการใช้ยา ผ่านโปรแกรม DDPA RDPA (http://rdpa.mra.or.th/index.php) และการใช้ยาดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไข/ข้อบ่งชี้ที่กำหนด

7) **การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยภาวะตาอักเสบ (Uveitis) ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง**

7.1) เป็นการรักษาในผู้ป่วยภาวะตาอักเสบจากโรคในกลุ่มภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานผิดปกติ ได้แก่ Behcet, Noninfectious necrotizing, scleritis, Ocular sarcoidosis และ Vogt Koyangi Harada (VKH disese) ที่ไม่ตอบสนองหรือตอบสนองไม่เพียงพอต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน และมีความจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ตามรายการและข้อบ่งชี้ที่กรมบัญชีกลางกำหนด

7.2) สถานพยาบาลลงทะเบียนแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย แล้วส่งข้อมูลตามโปรโตคอลที่กำหนดในระบบ Uveitis ทางเว็บไซต์ http://biologic.mra.or.th/indx.php เพื่อขออนุมัติเบิกจ่ายค่ายาหรือขอต่ออายุการเบิกจ่ายค่ายา หรือขอหยุดการใช้ยา ตามแนวทางปฏิบัติที่สำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข (สพตส.) กำหนด

7.3) เบิกจ่ายค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลเท่านั้น โดยเบิกจ่ายได้ไม่เกินอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด

7.4) กรณีที่สถานพยาบาลจำเป็นต้องออกใบเสร็จรับเงิน ค่ายาชีววัตถุและยาสังเคราะห์มุ่งเป้าซึ่งใช้ในการรักษาภาวะตาอักเสบจากโรคในกลุ่มภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานผิดปกติ ทั้งที่เป็นยาในระบบ Uveitis และนอกระบบ Uveitis ให้แจงรายละเอียดชื่อรายการยา โดยระบุเป็น “ค่ายาที่เบิกไม่ได้” และมิให้ออกใบรับรองใน

การสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากผู้มีสิทธิไม่สามารถนำใบเสร็จรับเงินค่ายาดังกล่าวทุกรูปแบบ ขนาด และความแรง มายื่นเบิกเงินกับส่วนราชการต้นสังกัดได้

มีผลบังคับใช้สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 12 กันยายน 2564 เป็นต้นไป

8) **การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคลำไส้อักเสบเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง**

8.1) ผู้ป่วยกลุ่มโรค Crohn's disease และ Ulcerative colitis ในผู้ใหญ่ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยา Adalimumab, Infliximab, หรือ Vedolizumab

8.2) ผู้ป่วยกลุ่มโรค Crohn's disease และ Ulcerative colitis ในเด็ก ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยา Adalimumab หรือ Infliximab

8.3) สถานพยาบาลลงทะเบียนแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย แล้วส่งข้อมูลตามโปรโตคอลที่กำหนดในระบบ IBD ทางเว็บไซต์ http://biologic.mra.or.th/indx.php เพื่อขออนุมัติเบิกจ่ายค่ายาหรือขอต่ออายุการเบิกจ่ายค่ายา หรือขอหยุดการใช้ยา ตามแนวทางปฏิบัติที่สำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข (สพตส.) กำหนด

8.4) เบิกจ่ายค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลเท่านั้น โดยเบิกจ่ายได้ไม่เกินอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด

8.5) กรณีที่สถานพยาบาลจำเป็นต้องออกใบเสร็จรับเงิน ค่ายาชีววัตถุและยาสังเคราะห์มุ่งเป้าซึ่งใช้ในการรักษากลุ่มโรคลำไส้อักเสบเรื้อรังข้างต้น ทั้งที่เป็นยาในระบบ IBD และนอกระบบ IBD ให้แจงรายละเอียดชื่อรายการยา โดยระบุเป็น "ค่ายาที่เบิกไม่ได้" และมิให้ออกใบรับรองในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากผู้มีสิทธิไม่สามารถนำใบเสร็จรับเงินค่ายาดังกล่าว ทุกรูปแบบ ขนาด และความแรง มายื่นเบิกเงินกับส่วนราชการต้นสังกัดได้

มีผลบังคับใช้สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 12 พฤศจิกายน 2564 เป็นต้นไป สำหรับอัตราเบิกจ่ายค่ายา Vedolizumab ให้มีผลบังคับใช้สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2564 เป็นต้นไป

9) การเบิกจ่ายค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2)

9.1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

9.2) กรณีที่แพทย์สั่งใช้ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2) แต่ไม่เป็นไปตามแนวทางกำกับการใช้ยา อันเนื่องมาจากเหตุผลที่เป็นข้อจำกัดทางการแพทย์ มิใช่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษาต้องระบุเหตุผลที่ไม่สามารถดำเนินการตามแนวทางกำกับการใช้ยาของบัญชียาหลักแห่งชาติ ไว้ในเวชระเบียน เพื่อตรวจสอบต่อไป

10) การเบิกจ่ายค่ายาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) หรือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST Elevate Myocardial Infraction STEMI)

10.1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

10.2) ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2556 สามารถเบิกค่ายา แยกต่างหากจาก DRGs ได้

10.3) จ่ายตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บและไม่เกินอัตราราคาของสถานพยาบาล แต่ละแห่ง

11) การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่ามีความจำเป็นต้องล้างไต (Dialysis) ตามแนวทางของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หากเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาล ตามเงื่อนไข และอัตราที่กำหนด ดังต่อไปนี้

11.1) การเบิกค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง Erythropoiesis-Stimulating Agent (ESA) ให้หน่วยไตเทียมเป็นผู้เบิกผ่านระบบเบิกจ่ายตรง (DMIS-HD) เท่านั้น เว้นแต่การใช้ยากระตุ้นเม้ดเลือดแดง Erythropoiesis-Stimulating Agent (ESA) ในสถานพยาบาลของทางราชการ กรณีรักษาผู้ป่วยโรคอื่นให้เบิกผ่านระบบเบิกจ่ายตรงกรณีทั่วไป

ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ซึ่งใช้กับผู้ป่วยโรคอื่น หรือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง หรือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการอื่นซึ่งมิใช่การฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ให้สามารถเบิกค่ายาดังกล่าวเพื่อนำไปใช้นอกสถานพยาบาลของทางราชการได้ ตามความจำเปินและคำแนะนำของแพทย์ผู้ทำการรักษา

11.2) การเบิกจ่าย ยาหรือสารอาหารที่จะต้องบริหารจัดการในสถานพยาบาลโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ให้เบิกจ่ายได้เฉพาะกรณีที่ใช้กับผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในสถานพยาบาลเท่านั้น มิให้เบิกจ่ายเพื่อนำไปใช้นอกสถานพยาบาล ยกเว้นยาหรือสารอาหารตามหลักเกณฑ์และรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

ทั้งนี้สามารถเบิกยาหรือสารอาหารจากสถานพยาบาลของทางราชการเพื่อนำไปใช้ ในหน่วยไตเทียม (สถานพยาบาลของเอกชน) ได้ ตามความเห็นชองแพทย์ผู้รักษาที่สถานพยาบาลของทางราชการ โดยอ้างอิงมาตรฐานทางการแพทย์ที่สมาคมโรคไตแห่งบิระเทศไทยหรือราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องได้กำหนดไว้ โดยเป็นรายการยาหรือสารอาหารตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

11.3) การเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้หน่วยไตเทียมเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรง และให้สามารถเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระบบใบเสร็จได้

11.4) 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) กรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการฟอกเลือดในหน่วยไตเทียมอื่นที่มิใช่หน่วยไตเทียมที่เข้ารับการฟอกเลือดเป็นประจำ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนตัวกรองไตเทียมให้มีสิทธิเบิกค่าตัวกรองไตเทียมในอัตราชุดละ 500 บาท

ทั้งนี้ให้ถือปฏิบัติตั้งแต่วันที่ 15 เมษายน 2563 เป็นต้นไป

11.5) 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 โดยอัตราการเบิกให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับการรักษาทดแทน ไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ส่วนค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ให้ส่งเบิกตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) เช่นเดิม

12) การเบิกค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

12.1) ประเภทอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ที่มีลักษณะ ข้อบ่งชี้ในการใช้และคุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้เป็นการเฉพาะ ให้ถือปฏิบัติตามที่ประกาศ

12.2) ประเภทอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ที่มีความชัดเจนอยู่ในตัวจะไม่มีการกำหนดลักษณะ ข้อบ่งชี้ ในการใช้และคุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้

12.3) การซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้เบิกได้ตามที่แพทย์ของสถานพยาบาลที่ตรวจรักษาเป็นผู้สั่งซ่อมโดยประหยัด ทั้งนี้ไม่เกินอัตราตามรายการที่กำหนด เว้นแต่ค่าซ่อมแซมฟันเทียมให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินครึ่งหนึ่งของราคาฟันเทียมตามรายการที่กำหนด

12.4) การเบิกจ่ายค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ต้องดำเนินการผ่านระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเท่านั้น เว้นแต่ การเบิกจ่ายค่าฟันเทียมสามารถเบิกจ่ายได้ทั้งในระบบเบิกจ่ายตรงหรือนำใบเสร็จรับเงินยื่นขอใช้สิทธิเบิกที่ส่วนราชการต้นสังกัด

12.5) ในการออกใบเสร็จรับเงินค่าฟันเทียม ให้สถานพยาบาลระบุรหัสและตำแหน่งของฟันที่ทำในแต่ละครั้ง เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบของส่วนราชการ สำหรับกรณีที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงให้บันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย

12.6) กรณีที่สถานพยาบาลไม่มีอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคจำหน่ายให้ผู้มีสิทธินำหลักฐานพร้อมใบเสร็จรับเงินไปยื่นขอเบิกกับส่วนราชการต้นสังกัด โดยถือปฏิบัติตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

12.7) กรณีที่รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคใดมีราคาสูงกว่าอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด และผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวประสงค์จะใช้รายการดังกล่าว ให้สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บเงินส่วนเกินสิทธิจากผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้ สถานพยาบาลจะต้องชี้แจงถึงคุณภาพและค่าใช้จ่ายส่วนเกินของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่ไม่สามารถนำมาเบิกจากทางราชการให้ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวทราบ พร้อมทั้งมีหลักฐานการยินยอมและรับทราบจำนวนเงินที่ต้องร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวไว้เป็นหลักฐานเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

12.8) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นทางการแพทย์ต้องใช้รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หมวด 8 วัสดุ/อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเนื่องจากอวัยวะของร่างกายใช้งานไม่ได้อย่างปกติ แม้ผู้ป่วยจะมิได้เป็นคนพิการ กรณีดังกล่าวสามารถเบิกจ่ายได้ตามอัตราที่กำหนด

12.9) การเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดด้วยกล้อง (รหัส 5601) กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลจะสามารถแยกเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองฯ

นอกเหนือ DRGs ได้เฉพาะข้อบ่งชี้ที่กำหนดเท่านั้น เนื่องจากกรมบัญชีกลางได้ดำเนินการคำนวณอัตราฐาน (Base Rate) ซึ่งรวมรายการวัสดุสิ้นเปลืองฯ ไว้แล้ว จึงขอให้งดการเรียกเก็บค่าวัสดุสิ้นเปลืองฯ จากผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว เว้นแต่ ส่วนเกินอัตราที่กำหนดซึ่งเป็นการใช้ตามข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกต่างหากจาก DRGs

13) การเบิกค่าพาหนะส่งต่อ

ค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย หมายความว่า รถพยาบาลของสถานพยาบาลเท่านั้นไม่รวมถึงรถส่วนตัวหรือรถสาธารณะ

13.1) ผู้ป่วยต้องอยู่ระหว่างรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลต้นทางประเภทผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก เฉพาะกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่อยู่ในภาวะวิกฤติ หรือ เป็นอันตรายต่อชีวิต

13.2) สถานพยาบาลปลายทางต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือสังเกตอาการ (ยกเว้นกรณีเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ) หรือสถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยใน แล้วทำการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤติ เห็นควรส่งกลับเพื่อไปพักฟื้น หรือไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลต้นทางที่ทำการส่งต่อ

13.3) เป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งไปยังสถานพยาบาลอื่น เนื่องจากไม่สามารถทำการรักษาได้ แต่ไม่รวมถึงกรณีการรับผู้ป่วยจากบ้านหรือที่เกิดเหตุ การส่งไปตรวจทางห้องทดลองหรือเอกซเรย์ยังสถานพยาบาลอื่น เนื่องจากสถานพยาบาลนั้นไม่อาจให้การตรวจทางห้องทดลอง หรือเอกซเรย์แก่ผู้เข้ารับการรักษาได้

13.4) ในกรณีที่พาหนะที่ส่งต่อผู้ป่วยเป็นของสถานพยาบาลอื่น นอกจากสถานพยาบาลต้นทางหรือปลายทาง หรือเป็นพาหนะส่งต่อของสถานพยาบาลเอกชน ให้สถานพยาบาลต้นทางหรือปลายทางที่เป็น “ผู้ขอใช้พาหนะ” เป็นผู้เบิกจ่ายให้กับสถานพยาบาลเจ้าของพาหนะ

13.5) การคิดระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนด

13.6) กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยสถานพยาบาลหลายแห่ง จะคิดระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทางที่รับตัวผู้ป่วยไว้เพื่อทำการรักษาเท่านั้น

13.7) อัตราการเบิกค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย ให้เบิกได้ในอัตรา 500 บาท บวกด้วยอัตราตามระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง (กิโลเมตร) คูณ 2 (ไป-กลับ) คูณอัตรา 4 บาทต่อกิโลเมตร

13.8) ค่าบริการพาหนะส่งต่อผู้ป่วย ไม่ถือรวมเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้นก่อนรับผู้มีสิทธิเป็นผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง ที่จะต้องนำมาคำนวณตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

14) การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต

14.1) ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายไตจะต้องมีฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐสมบูรณ์ และการเบิกจ่ายให้ใช้สิทธิในระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น

14.2) ผู้รับบริจาคไตและผู้บริจาคไตที่มีชีวิต ต้องมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของแพทยสภา

14.3) สถานพยาบาลที่จะให้บริการทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไต ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย และต้องจัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตหรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์

14.4) การเบิกจ่ายค่าปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต จะต้องเป็นกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้รับบริจาคไตเพื่อบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเท่านั้น และคุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่มีชีวิต จะต้องเป็นไปตามข้อบังคับของแพทยสภา

14.5) ค่าเตรียมผู้บริจาคไตที่มีชีวิต ให้ถือปฏิบัติตามขั้นตอน และเบิกตามรายการค่าตรวจวินิจฉัยก่อนการปลูกถ่ายไต สำหรับผู้บริจาคไตตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

14.6) 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

14.7) การส่งข้อมูลเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim โดยให้แยกเบิกระหว่างผู้รับบริจาคและผู้บริจาค กรณีผู้บริจาคไตเป็นสิทธิอื่น ให้บันทึกรหัสโครงการพิเศษ KTLGOD

15) การปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต ประกอบด้วย การบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต จากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต และ ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาจากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต

15.1) สถานพยาบาลที่จะให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิตและผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาจากผู้บริจาคตาที่เสียชีวิต จะต้องเป็นสมาชิกของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย รวมทั้งสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บและรักษาคุณภาพของอวัยวะ ที่ได้รับการบริจาคจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตให้กับสภากาชาดไทย ตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

15.2) การเบิกค่ารักษาพยาบาลตามประกาศกระทรวงการคลังให้สถานพยาบาลเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรง ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลในหมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค โดยระบุรหัสดังนี้

ก) กรณีเข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต ค่าเตรียมและผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต ให้ระบุรหัส 6207

ข) กรณีเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต (รวมค่าน้ำยาแช่กระจกตา) ค่าจัดเก็บ และรักษาคุณภาพดวงตา จากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต ให้ระบุรหัส 2011

15.3) ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ได้รับการบริจาคอวัยวะจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตผ่านสภากาชาดไทยเท่านั้น

15.4) ผู้มีสิทธิมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลแยกต่างหากจากค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ดังนี้

ก) ค่าเตรียมและผ่าตัดนำไต ออกจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต ให้เบิกได้ในอัตราไม่เกิน 40,000 บาท ต่อหนึ่งไต

ข) ค่าจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา จากผู้บริจาคตาที่เสียชีวิต ให้เบิกได้ในอัตราไม่เกิน 15,000 บาท ต่อหนึ่งอัน

15.5) กรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวมีภาวะสลัดไต (rejection) โดยให้สามารถเบิกค่ายาได้ เช่นเดียวกับการปลูกถ่ายไต จากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต

16) การเบิกจ่ายกรณีค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากสิทธิประกันสังคม

16.1) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีผู้ป่วยที่มีสิทธิซ้ำซ้อนกับสิทธิประกันสังคม

การเบิกจ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงเฉพาะส่วนเกินสิทธิประกันสังคม 1,500 บาท แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามประกาศกระทรวงการคลัง ในการเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim ต้องมีรหัสโครงการพิเศษ HD3995

16.2) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรของสำนักงานประกันสังคม

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตราตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ในการเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim ต้องมีรหัสโครงการพิเศษ SSSOBS

16.3) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณี Vascular access ซ้ำภายใน 2 ปี ในการเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim ต้องมีรหัสโครงการพิเศษ SSSSPC

16.4) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณีทำฟันส่วนเกินจากค่าอุดฟัน ขูดหินปูน และถอนฟัน ที่เกินจาก 900 บาท/ปี ในการเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim ต้องมีรหัสโครงการพิเศษ SSSSPC

17) ค่ารักษาพยาบาลของผู้ประกันตนที่มิได้รับสิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตรของสำนักงานประกันสังคม

การเบิกจ่ายค่าคลอดบุตรให้เบิกจ่ายได้ เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินสิทธิที่กำหนดตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

18) การเบิกจ่ายกรณีการรักษาผู้ป่วยพักรอจำหน่าย

การรักษาผู้ป่วยพักรอจำหน่าย หมายถึง การรับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืนในสถานพยาบาลภายหลังจากการรักษาโรคกรณีเฉียบพลันและการฟื้นฟูสภาพได้สิ้นสุดลง ผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่จะต้องรับไว้รักษาในสถานพยาบาลเป็นกรณีผู้ป่วยในแบบปกติ แต่สถานพยาบาลยังไม่อาจจำหน่ายผู้ป่วยได้ด้วยเหตุผลอื่น เช่น การรอย้ายผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลพักฟื้น หรือการรอรับกลับไปพยาบาลผู้ป่วยต่อที่บ้าน เป็นต้น ซึ่งจำแนกออกได้เป็นผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีทั่วไปและผู้ป่วยพักรอจำหน่วยกรณีพิเศษตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ทั้งนี้การเป็น ผู้ป่วยพักรอจำหน่ายจะต้องเป็นกรณีที่การรักษาพยาบาลกรณีเฉียบพลันและการฟื้นฟูสภาพมีช่วงระยะเวลา ของการรักษาพยาบาลไม่ต่ำกว่า 60 วัน

การเบิกจ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ ผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีทั่วไป ให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราเหมาจ่ายวันละไม่เกิน 400 บาท ยกเว้น การเบิกค่ายาค่าชันสูตร ให้เบิกจ่ายได้ตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการสำหรับผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีพิเศษ ให้เบิกจ่ายได้ตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด

18.1) สถานพยาบาลต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาลก่อน

18.2) ต้องขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client ใหม่ อีกครั้งหนึ่ง

18.3) ในการเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim ต้องมีรหัสโครงการพิเศษ HOSPIC

18.4) กรณีผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีทั่วไป ให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราเหมาจ่ายไม่เกินวันละ 400 บาท (ไม่รวมค่ายา ค่าชันสูตร)

19) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยเพราะเหตุปฏิบัติราชการ

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ซึ่งได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่ หรือเนื่องจากต้องไปปฏิบัติราชการนอกที่ตั้งสำนักงานหรือถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำตามหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติสงเคราะห์ข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราการ พ.ศ. 2546 ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการเจ็บป่วยเพราะเหตุปฏิบัติราชการ พ.ศ. 2547 จะต้องเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลอันเกิดจากกรณีที่ข้าราชการปฏิบัติราชการในหน้าที่เท่านั้น

19.1) ต้องบันทึกข้อมูลและรหัสโครงการพิเศษ INJDTO ในโปรแกรม e-Claim

20) การเบิกจ่ายกรณีเด็กแรกเกิดทั้งป่วยและไม่ป่วย

การเบิกค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในของเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิทั้งกรณีเด็กป่วยและเด็กไม่ป่วยให้ส่งเบิกเงินแยกต่างหากจากมารดา ซึ่งทั้งสองกรณีการเบิกจ่ายเงินให้เป็นไปตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยให้ใช้ระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น และมิให้ส่งเบิกค่าห้อง ค่าอาหาร กรณีเด็กแรกเกิดที่ไม่เจ็บป่วย

20.1) กรณีไม่สามารถขอเลขอนุมัติได้ ให้บิดาหรือมารดาไปแจ้งเกิด และใช้หนังสือรับรองสิทธิมาขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client

20.2) ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim ให้ใช้รหัสบัตรประชาชนที่ใช้ขอเลขอนุมัติบันทึกเบิกและระบุรหัสโครงการพิเศษ Z38000

21) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา

กรณีผู้ป่วยใน จ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ซึ่งปรับด้วยค่าสัมประสิทธิ์ คูณอัตราจ่ายของสถานพยาบาล แล้วจ่ายค่ายารักษาโรคมะเร็ง ตามสูตรการคำนวณ ดังนี้

สูตรการคำนวณ (adjRW x CCUF x อัตราจ่าย) + ค่ายารักษาโรคมะเร็ง

ค่ายารักษาโรคมะเร็ง หมายถึง ค่ายาตามรายการที่กำหนดสำหรับใช้ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง

22) การตรวจสุขภาพประจำปี

22.1) การตรวจสุขภาพประจำปี ให้ตรวจตามปีงบประมาณ ปีละ 1 ครั้ง

22.2) การขอเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีตรวจสุขภาพประจำปี ให้ยื่นคำขอภายใน 1 ปี นับถัดจากวันที่ปรากฏในหลักฐานการรับเงินของสถานพยาบาล

22.3) ให้พบแพทย์เพื่อให้คำปรึกษาก่อนทุกครั้ง และให้เบิกจ่ายตามรายการและอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนดไว้ในรายละเอียดแนบท้าย

22.4) การตรวจสุขภาพประจำปี กรณีสิทธิ อปท. สามารถเบิกจ่ายได้ในระบบเบิกจ่ายตรง

23) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

23.1) การเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีการบำบัดรักษาโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนจีน จะต้องเป็นกรณีเพื่อการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ มิใช่กรณีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์นั้นๆ

23.2) กรณีการออกเอกสารการรับเงิน หรือใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาลให้ผู้มีสิทธินำไปยื่นเบิกกับต้นสังกัด ให้สถานพยาบาลออกใบรับรองการรักษาโดยผู้ประกอบวิชาชีพตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนดเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย

23.3) กรณีระบบเบิกจ่ายตรง ในการส่งข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาลทางอิเล็กทรอนิกส์ให้สถานพยาบาลระบุรหัสรายการทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 เป็นต้นไป

23.4) บันทึกข้อมูลการรักษาตามแนวเวชปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกไว้ในเวชระเบียนเพื่อประโยชน์การตรวจสอบ

24) การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก

24.1) การเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกในระบบเบิกจ่ายตรงให้ใช้บัตรประจำตัวประชาชนที่ราชการออกให้ทำธุรกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลทุกครั้ง เว้นแต่ บุคคลที่ไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชนได้ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชนหรือบุคคลที่กรมบัญชีกลางกำหนดให้ไม่ต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนในการใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

24.2) รายการค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่มีหลักเกณฑ์กำหนดไว้เป็นการเฉพาะเกี่ยวกับลงทะเบียนผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้ยาราคาสูง ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวเพิ่มเติมด้วย

24.3) รายการค่าตรวจสุขภาพประจำปี สามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงได้

24.4) ผู้ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีไตเทียม ซึ่งสถานพยาบาลของทางราชการส่งตัวให้มาเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน การใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง ณ สถานพยาบาลของเอกชน ให้ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวตลอดจนสถานพยาบาลของเอกชน ถือปฏิบัติตามแนวทางที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยกำหนด

25) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

กรณีสถานพยาบาลส่งเบิกค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ ซึ่งไม่ใช่การตรวจสุขภาพประจำปี ในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 เป็นต้นไป ให้ระบุรหัสรายการทุกรายการ ตามรูปแบบหรือโปรแกรมที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด

การเบิกจ่ายกรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเสี่ยง หรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

เป็นไปตามหลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการกรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเสี่ยงหรือติดเอไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกรมบัญชีกลาง

ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ที่มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ ตามประกาศของกระทรวงสารณณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย ฯ หากแพทย์ผู้รักษาได้ดำเนินการสอบสวนโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแล้วมีความเห็นว่า จำเป็นต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 โดยให้สถานพยาบาลของทางราชการเป็นผู้เบิกแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น และให้หมายความรวมถึงกรณีที่สถานพยาบาลของทางราชการไม่อาจให้การตรวจทางห้องปฏิบัติการได้และมีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยหรือเก็บตัวอย่างไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ ณ สถานที่อื่นด้วย

สถานพยาบาลสามารถเบิกจ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด ดังนี้

กรณีผู้ป่วยนอก

1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยเทคนิค Real time RT-PCR หรือเทคนิคอื่นๆ โดยรวมค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่ประกาศ

หมายเหตุ : จะต้องไม่เป็นการเบิกซ้ำซ้อนกับการเบิกกรณีการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ที่เบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เบิกจากหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเท่านั้น)

กรณีผู้ป่วยใน สามารถเบิกเพิ่มเติมนอกเหนือการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGS) ดังนี้

1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยเทคนิค Real time RT-PCR หรือเทคนิคอื่นๆ โดยรวมค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามรายการและอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่ประกาศ

2) ค่าห้องพักสำหรับควบคุมหรือดูแลรักษา ดังนี้

2.1) ข้อมูลผู้ป่วยที่รับบริการเป็นผู้ป่วยในก่อนวันที่ 16 สิงหาคม 2564 เบิกได้ตามรายการและอัตรา ดังนี้

(1) ค่าห้องพักในสถานพยาบาล ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 2,500 บาท ต่อวัน

(2) ค่าห้องพักในสถานที่ที่สถานพยาบาลของทางราชการได้จัดหาไว้เป็นการเฉพาะ เช่น สถานพยาบาลสนาม หอผู้ป่วย COVID19 ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น เพื่อดูแลผู้ป่วยจนกว่าจะกลับสู่สภาวะปกติและสามารถกลับบ้านได้ เบิกได้ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ 1,500 บาท ต่อวัน

2.2) ข้อมูลผู้ป่วยที่รับบริการเป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 16 สิงหาคม 2564 เป็นต้นไป เบิกได้ตามรายการและอัตรา ดังนี้

(1) กรณีผู้ติดเชื้อที่มีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) ให้เบิกได้ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,500 บาท ต่อวัน

(2) กรณีผู้ติดเชื้อที่มีอาการปานกลาง (สีเหลือง) ให้เบิกได้ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 3,000 บาท ต่อวัน

(3) กรณีผู้ติดเชื้อที่มีอาการรุนแรง (สีแดง) ให้เบิกได้ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 7,500 บาท ต่อวัน

3) ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 7,200 บาท

4) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 740 บาท ต่อชุด ปริมาณการเบิกจ่ายต่อวันตามเงื่อนไขที่กำหนด

5) กรณีมีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ไปเข้ารับการรักษาพยาบาลต่อเนื่องเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลของทางราชการแห่งอื่น หรือ สถานที่ที่สถานพยาบาลของทางราชการได้จัดหาไว้เป็นการเฉพาะสามารถเบิกค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากค่าพาหนะส่งต่อ รายการค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment) และค่าบริการทำความสะอาดฆ่าเชื้อบนรถพาหนะส่งต่อในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 3,700 บาท ต่อครั้งที่มีการส่งต่อ

การเบิกจ่ายกรณีการให้การรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด19 ที่บ้าน (Home Isolation) หรือในสถานที่อื่นๆ (Community Isolation)

ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และอยู่ระหว่างรอเข้ารับการรักษาพยาบาลในที่สถานพยาบาลของทางราชการหรือสถานพยาบาลอื่นที่สถานพยาบาลของทางราชการได้จัดเตรียมไว้ หากแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าสามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Isolation) หรือในสถานที่อื่นๆ (Community Isolation) และได้ดำเนินการตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สถานพยาบาลสามารถเบิกค่าใช้จ่ายทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน (ตามแนวทางปฏิบัติกรณีพักรอจำหน่าย) ได้ดังนี้

1. ค่าบริการของสถานพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยกรณีพักรอก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาลในอัตราเท่าที่จ่ายจริงวันละไม่เกิน 1,000 บาท เบิกได้ไม่เกิน 14 วัน

2. ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ในการติดตามอาการผู้ป่วยในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 1,100 บาทต่อราย

3. ค่ายา ค่าเอกซเรย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง ค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

4. กรณีมีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ไปเข้ารับการรักษาพยาบาลต่อเนื่องเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลของทางราชการแห่งอื่น หรือ สถานที่ที่สถานพยาบาลของทางราชการได้จัดหาไว้เป็นการเฉพาะ หรือ ต่อมาแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น (Step Down) สามารถส่งตัวไปพักฟื้นต่อที่บ้าน (Home Isolation) หรือในสถานที่อื่นๆ (Community Isolation) สามารถเบิกค่าพาหนะส่งต่อ และรายการค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment) และค่าบริการทำความสะอาดฆ่าเชื้อบนรถพาหนะส่งต่อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 3,700 บาท ต่อครั้งที่มีการส่งต่อ

มีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน 2564 เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง

การเบิกค่ารถรับรับส่งต่อจากที่พัก

ผู้มีสิทธิ หรือบุคคลในครอบครัวซึ่งได้รับการวินจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และสถานพยาบาลจัดรถของสถานพยาบาลเอง หรือรถของหน่วยงานอื่นที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมารับตัวจากที่พักเพื่อไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ในสถานที่ที่ได้จัดเตรียมไว้ สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ ดังนี้

1) พาหนะรับส่งต่อในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท

2) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment) และค่าบริการทำความสะอาดฆ่าเชื้อบนรถพาหนะส่งต่อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 3,700 บาท ต่อครั้งที่มีการส่งต่อ

มีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน 2564 เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง

การเบิกจ่ายผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว มีอาการผิดปกติภายหลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว มีอาการผิดปกติภายหลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 และเกิดภาวะเกร็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตันจากภูมิคุ้มกันภายหลังได้รับวัคซีน (Vaccine-induce immune thrombotic thrombocytopenia VITT)) สามารถเบิกค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมนอกเหนือการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ดังนี้

1) ค่าตรวจ Heparin-PF4 antibody (IgG) ELISA assay รหัส 30115 อัตรา 1,550 บาท ต่อครั้ง

2) ค่าตรวจ Heparin induce platelet activation test (HIPA) รหัส 30116 อัตรา 1,500 บาท ต่อครั้ง

3) ค่ายา IVIG (Human normal immunoglobulin, intravenous) ตามอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง ค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

มีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน 2564 เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง

หมายเหตุ : การเปลี่ยนแปลงรหัสรายการและอัตราการเบิกจ่ายเป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางประกาศกำหนด

การใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยนอก กรณีทั่วไป

การเบิกจ่ายกรณีผู้ป่วยนอก กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวไม่ได้ไปแสดงตน ณ สถานพยาบาล ให้สถานพยาบาลดำเนินการภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยเก่าของสถานพยาบาลที่รับยาต่อเนื่อง

2) จัดให้มีช่องทางการสื่อสารระหว่างแพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วย เพื่อสั่งการรักษา ซักประวัติ หรือสอบถามอาการจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลในเวชระเบียน

3) กำหนดประเภทยาโดยคำนึงถึงคุณภาพ วิธีการใช้ ปริมาณที่เหมาะสม และปลอดภัยกับผู้ป่วย

4) การจัดส่งยาให้ดำเนินการด้ด้วยวิธี ดังนี้

4.1) จัดส่งยาให้ผู้ป่วยโดยตรง โดยใช้ไปรษณีย์ลงทะเบียน หรือไปรษณีย์ด่วนพิเศษ หรือไปรษณีย์ตอบรับปลายทาง โดยเก็บเลขพัสดุที่จัดส่งไว้เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

4.2) จัดส่งยาไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิหรือสถานพยาบาลของทางราชการที่สถานพยาบาลได้จัดเตรียมไว้ และเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ส่งมอบยาให้ผู้ป่วย โดยให้ออกใบรับยาไว้เป็นหลักฐานเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

กรณีผู้ป่วยใน ที่ได้รับค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) น้อยกว่าค่าใช้จ่ายจริง

กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤต หรือมีความจำเป็นต้องระดมทรัพยากรทางการแพทย์เพื่อการรักษาพยาบาล หากค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) น้อยกว่าค่าใช้จ่ายจริง ตั้งแต่ร้อยละ 30 ของจำนวนเงินที่กำหนดไว้ ซึ่งแจ้งพร้อมอัตราฐานของแต่ละสถานพยาบาล (Outlier Loss Threshold) ให้สถานพยาบาลได้รับค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติม ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราการจ่ายตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยสถานพยาบาลของทางราชการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) (ฉบับที่ 4) ลงวันที่ 29 เมษายน 2559 มาใช้บังคับโดยอนุโลม

หมายเหตุ : อัตราค่าบริการมีการเปลี่ยนแปลงตามที่กรมบัญชีกลางประกาศกำหนด

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) ตรวจสอบรายชื่อผู้ประกันตนจากข้อมูลที่สำนักงานประกันสังคมจัดเตรียมไว้ให้และให้คำแนะนำการใช้บริการตามสิทธิ

2.2) ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและให้การรักษาพยาบาลตามข้อกำหนดและมาตรฐานที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

2.3) จัดให้มีบริการตรวจรักษาโรคทุกโรคยกเว้นโรคตามที่คณะกรรมการการแพทย์ได้กำหนดไว้

2.4) จัดทำข้อมูลการรักษาพยาบาลและข้อมูลค่าบริการทางการแพทย์ผ่านโปรแกรม e-Claim ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์ กรณีการ

รักษาพยาบาล โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมันตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

2.5) ตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ 2.4 ตามรอบที่กำหนด

หลักเกณฑ์ในการขอรับค่าบริการทางการแพทย์ปี 2565

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

<u>หมายเหตุ</u> : 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 ตามรอบการสรุปค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลได้ยืนยัน และรับรองความถูกต้องในแต่ละงวด ตามแบบคำขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดโดยลงลายมือชื่อผู้มีอำนาจในการลงนามขอเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์

2) วิธีการส่งข้อมูล

สถานพยาบาลส่งข้อมูลตามรูปแบบและวิธีการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในโปรแกรม e-Claim ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์เงื่อนไขการจ่ายชดเชย (ข้อมูลผ่าน A) สปสช. จะคำนวณจ่ายชดเชยค่าบริการแจ้งให้สถานพยาบาลทราบในรายงานการตรวจสอบ (REP) ที่ สปสช. กำหนด เพื่อให้สถานพยาบาลตรวจสอบทางเว็บไซต์ของระบบโปรแกรม e-Claim ในวันทำการ (จันทร์, พุธ และศุกร์) หากข้อมูลไม่เข้าเกณฑ์เงื่อนไขการจ่าย (ข้อมูลติด C / Deny) โดยจะแสดงรหัสที่ถูกปฏิเสธ ซึ่งสถานพยาบาลสามารถแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องและส่งมาใหม่

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 นับวันถัดจากวันที่รับบริการทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน สำหรับข้อมูลที่ส่งช้ากว่ากำหนด จะไม่ได้รับการชดเชยจากสำนักงานประกันสังคม

5.) การแก้ไขข้อมูลและการขออุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

สถานพยาบาลสามารถแก้ไขข้อมูลเบิกจ่ายที่ไม่ผ่านการตรวจสอบแล้วจัดส่งใหม่ได้จนกว่าจะผ่านการตรวจสอบ การแก้ไขนี้ใช้ระบบการส่งข้อมูลเหมือนกับการส่งเบิกปกติ

กรณีสถานพยาบาลพบข้อผิดพลาดของข้อมูลเบิกจ่าย ทั้งก่อนหรือหลังออกรายงานบัญชีสรุปค่าบริการทางการแพทย์ (Statement) สถานพยาบาลสามารถขออุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์มายัง สปสช. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ตามรูปแบบและวิธีการที่ สปสช. กำหนด

6.) การออกรายงานบัญชีสรุปค่าบริการทางการแพทย์(Statement)

สำนักงานประกันสังคม จะกำหนดปฏิทินการออก Statement สำหรับ ปี 2565 โดย สปสช.จะตัด ข้อมูลทุกวันที่ 25 ของเดือน หลังจากนั้น 2 วันทำการ จะออก Statement และคำขอเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์เพื่อให้สถานพยาบาลตรวจสอบและจัดทำคำขอเบิกมายัง สปสช.

ปฏิทินออก Statement 2564 (เพิ่มเติมจากภาคผนวก 2)

(1) เลขงวด = SSS (Socail Security Scheme) + YY(ปี คศ.) + 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) สำนักงานประกันสังคมทำรายงานและเสนอเรื่องขออนุมัติสั่งจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ต่อเลขาธิการตามที่กำหนด

(8) สำนักงานประกันสังคมส่งเรื่องที่เลขาธิการอนุมัติสั่งจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามรอบที่กำหนด

(9) สำนักงานประกันสังคม โอนเงินให้สถานพยาบาลตามรอบที่กำหนด

<u>หมายเหตุ</u> : 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

<u>ขอบเขตบริการ</u>

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 โดยจะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งตามที่กำหนด

2) เป็นกรณีผู้ป่วยนอก (OP) หรือผู้ป่วยใน (IP)

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ ไม่เกิน 50,000 บาท/รายหรือต่อปี

1.6) การใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument)

ขอบเขตบริการ

เป็นการให้บริการที่มีการใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument) ร่วมด้วยในการรักษา 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

การเบิกจ่ายกรณีการให้การรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด19 ที่บ้าน (Home Isolation) หรือ ในสถานที่อื่นๆ (Community Isolation) สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกชุมชนอบอุ่นที่กำหนดให้บันทึกเบิกผ่านโปรแกรม e-Claim ของ สปสช. ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด ดังนี้

1. เป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม รวมทั้งต่างด้าวที่มีสิทธิในระบบประกันสังคม

2. ผู้ประกันตนซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และแพทย์ผู้ดูแลรักษาของสถานพยาบาลพิจารณาแล้วเห็นสมควรให้ผู้ประกันตนนั้นสามารถแยกกักตัวในที่พักได้อย่างเหมาะสม และปลอดภัย โดยได้รับความยินยอมจากผู้ประกันตนและเจ้าของสถานที่ และรวมถึงกรณีที่ผู้ประกันตนรักษาในสถานพยาบาล และกลับมาแยกกักตัวในที่พักจนครบกำหนด ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ดังนี้

1) การตรวจทางห้องปฏิบัติการติดเชื้อไวรัสดคโรนา 2019 ด้วยวิธี RT-PCR

1.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่ประกาศกำหนด

1.2) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเหมาจ่ายในอัตราที่จ่ายจริง ไม่เกินอัตราที่ประกาศกำหนด

1.3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เหมาจ่ายตามจริง ไม่เกินอัตราที่ประกาศกำหนด

2) ค่าดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) หรือค่าดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) โดยเป็นค่าใช้จ่ายรวมค่าอาหาร 3 มื้อ การติดตามอาการ และการให้คำปรึกษา เหมาจ่ายในอัตรา 1,000 บาทต่อวัน ไม่เกิน 14 วัน

3) ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ประกันตนเป็นรายบุคคล สำหรับการติดตามอาการ และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

3.1) สำหรับผู้ประกันตนที่ป่วย

ค่าปรอทวัดไข้แบบดิจิตอล เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด และอุปกรณ์อื่นๆที่จำเป็น โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามรายการอุปกรณ์ที่ใช้จริง ไม่เกิน 1,100 บาทต่อราย หรือจ่ายเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านระบบ Vender Managed Inventory : (VMI) ขององค์การเภสัชกรรม เมื่อสามารถจัดหาได้

3.2) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation)

ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยเลือกเบิกกรณีใดกรณีหนึ่ง จ่ายตรามจริงไม่เกินวันละ 740 บาท ต่อราย โดยในการเบิกค่าใช้จ่ายดังกล่าวให้คิดจำนวนเบิกจ่ายตามจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงต่อวัน

4) ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย หรือจ่ายชดเชยเป็นยา ทั้งนี้ กรณียาที่สถานพยาบาลได้รับจ่ายชดชเยเป็นยาหรือสถานพยาบาลได้รับยาตามระบบการจัดส่งขององค์การเภสัชกรรม (Vender Managed Inventory: VMI) จะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงินอีก

5) ค่าพาหนะเพื่อรับส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างที่พัก โรงพยาบาลสนามในชุมชนและสถานพยาบาล สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการแก่สถานพพยาบาลที่ให้บริการหรือรับส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วย ดังนี้

5.1) กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานพยาบาลที่ข้างต้นซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดเดียวกัน จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท

5.2) กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานพยาบาลที่ข้างต้นซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดอื่น นอกจากจ่ายเงินเป็นค่าพาหนะตามข้อ 5.1) จ่ายเงินเพิ่มให้อีกในอัตรากิโลเมตรละ 4 บาท โดยคำนวณจ่ายตามระยะทางของกรมทางหลวงในทางสั้น และทางตรง

5.3) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment) รวมค่าทำความสะอาด

ฆ่าเชื้อยานพาหนะ จ่ายตามจริง ไม่เกิน 3,700 บาท ต่อครั้ง

6) ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray)

สำนักงานประกันสังคมจ่ายเพิ่มเติมสำหรับกรณีผู้ป่วยนอก เพื่อการคัดแยกระดับความรุนแรงของโรคและภาวะปอดอักเสบของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ก่อนเข้ารับไว้รักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) และการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) ในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง

มีผลกับข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 23 กรกฎาคม 2564 เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง

หมายเหตุ : การเปลี่ยนแปลงรายการและอัตราการเบิกจ่ายเป็นไปตามที่สำนักงานประกันสังคมประกาศกำหนด

4. แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีคนพิการที่เป็นผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคม

หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติได้มีคำสั่ง ที่ 58/2559 เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2559 และคำสั่งที่ 45/2560 วันที่ 25 กันยายน 2560 เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม โดยกำหนดให้ผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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 22

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

1) แนวคิด/หลักการ-เหตุผล

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เกิดขึ้นในประเทศไทยเพื่อให้ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทยได้รับการคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจนั้นเป็นภารกิจที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาคเอกชน ภาคราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสภาวิชาชีพ ที่สำคัญคือผู้ให้บริการสุขภาพ เพราะเป็นผู้ที่จะพัฒนาการบริการสุขภาพให้ประชาชนเข้ารับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานทั้งนี้ต้องอาศัยกระบวนการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นกลไกสำคัญที่ก่อให้เกิดความ เป็นธรรมที่ประชาชนพึงได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยซึ่งกลไกสำคัญนี้จำเป็นต้องได้รับการตรวจสอบเพื่อพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้นมีประสิทธิภาพมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการตรวจสอบเป็นมิติหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานขององค์กรมีความตระหนักถึงการมีธรรมาภิบาล ซึ่งต้องมีในการบริหารจัดการกองทุนทุกกองทุน เพื่อให้สะท้อนถึงความมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุนและแสดงให้เห็นถึงการที่ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานจาก ผลการตรวจสอบตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) วัตถุประสงค์การตรวจสอบเวชระเบียน

2.1) เพื่อการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลที่ใช้ประกอบการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

2.2) เพื่อพัฒนาคุณภาพการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการทุกระดับ

2.3) เพื่อนำผลการตรวจสอบไปพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยให้มีความถูกต้อง

2.4) เพื่อพัฒนาระบบและแนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับทุกกองทุน

3) เป้าประสงค์ของการตรวจสอบ

"มีระบบการตรวจสอบที่มีความถูกต้อง เป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับทุกองค์กร ในการตรวจสอบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและคุณภาพการให้บริการสาธารณสุข"

4) กลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการ หรือสถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2554 หรือสถานบริการรับส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เช่น สถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 สถานพยาบาลตามระเบียบมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2557

5) กระบวนการดำเนินงานการตรวจสอบเวชระเบียน

การตรวจสอบเวชระเบียน เพื่อสร้างความถูกต้อง เป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับทุกองค์กร ของการเบิกจ่ายเงินชดเชยและการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินงานตรวจสอบตามช่วงเวลา 3 รูปแบบดังนี้

(1) การตรวจสอบข้อบ่งชี้ก่อนการให้บริการ (Pre-authorization) : ตรวจสอบโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค

(2) การตรวจสอบข้อมูลก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Pre audit) -

(3) การตรวจสอบข้อมูลภายหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Post audit)

การตรวจสอบเวชระเบียน แบ่งประเภทของการตรวจสอบตามวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบได้ 4 ประเภท ดังนี้

(1) การตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Coding audit)

(2) การตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามรายการ (Billing audit)

(3) การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานวิชาชีพในการให้บริการสาธารณสุข (Quality of care audit)

(4) การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit)

โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการตรวจสอบดังนี้

5.1 ประเภทของการตรวจสอบ

5.1.1) การตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Coding audit) เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของรหัสโรคและรหัสหัตถการกับข้อมูลที่ปรากฏอยู่ในเวชระเบียนผู้ป่วยในของหน่วยบริการ

หลักการ

การจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีผู้ป่วยในเป็นการคำนวณจ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) และกำหนดให้หน่วยบริการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผ่านโปรแกรม e-Claim หรือ NHSO โดยที่หน่วยบริการไม่ได้ส่งเวชระเบียนมาพร้อมกับข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย ทั้งนี้องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้หน่วยบริการ ได้รับค่าใช้จ่ายที่ครบถ้วนถูกต้องสมบูรณ์ จะต้องมาจากการสรุปการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการที่สอดคล้องกับโรคและการทำหัตถการของการรักษาในครั้งนั้น ดังนั้นจากเหตุผลดังกล่าวจึงต้องมีการตรวจสอบรหัสโรคและรหัสหัตถการจากเวชระเบียนที่บันทึกไว้ เพื่อพิจารณาความถูกต้องของการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการดังกล่าว อันจะช่วยสร้างความเป็นธรรมในการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการผู้ป่วยใน ซึ่งจำกัดอยู่ภายใต้งบประมาณปลายปิด (global budget)

5.1.2) การตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามรายการ (Billing audit) เป็นการตรวจสอบการจ่ายชดเชยในรายการที่จ่ายเพิ่มจากระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เช่น อุปกรณ์ข้อเข่าเทียม เครื่องช่วยฟัง รองเท้าเบาหวาน การใส่ขดลวดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีโดยผ่านสายสวน ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกตามรายการในสิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท) เป็นต้น

<u>หลักการ</u>

การจ่ายเงินชดเชยตามระบบ DRG สำหรับผู้ป่วยในบางโรคอาจไม่พอเพียงจึงจำเป็นต้องมีการเบิกจ่ายค่าอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมเพิ่มเติมเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่เหมาะสม หากมีการเบิกจ่ายอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมที่มีแนวโน้มเบิกจ่ายไม่สอดคล้องตามบริบทของพื้นที่หรือกรณีที่มีแนวโน้มสูงกว่าปกติ จึงสมควรต้องได้รับการตรวจสอบ

5.1.3) การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานวิชาชีพในการให้บริการสาธารณสุข (Quality of care audit) เป็นการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการด้วยการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการรายโรคของหน่วยบริการ โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานวิชาชีพ หรือ Clinical Practice Guideline (CPG) ที่ สปสช. กำหนดร่วมกับสมาคมวิชาชีพ เช่น การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST เป็นต้น

<u>หลักการ</u>

เพื่อสร้างความมั่นใจของระบบบริการ ให้มีการเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนในโรคที่มีความเสี่ยงสูง ค่าใช้จ่ายมาก เป็นปัญหาสำคัญในอันดับต้น ๆ ของประเทศ และประชาชนมั่นใจว่าได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

5.1.4) การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit) เป็นการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการ

<u>หลักการ</u>

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนให้สามารถสะท้อนภาพการให้บริการที่สอดคล้องตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นเครื่องมือสื่อสารสำหรับผู้ให้บริการสาธารณสุขด้วยกัน เพื่อใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสามารถสืบค้นและสอบทานข้อมูลการสรุปโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรกซ้อน การผ่าตัด หัตถการที่มีผลต่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมได้ด้วย

4.2 **การตรวจสอบเวชระเบียน อื่น ๆ**

5.2.1) การตรวจสอบข้อบ่งชี้ก่อนการให้บริการ (Pre-authorization) เป็นการตรวจสอบข้อบ่งชี้ในการรักษาของผู้ป่วยที่หน่วยบริการส่งข้อมูลเพื่อขออนุมัติการให้บริการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค จะเป็นการ

ตรวจสอบการบริการรายโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและมีข้อบ่งชี้เฉพาะ เช่น การให้บริการ cochlea implant การให้ยารักษาแบบมุ่งเป้าในการรักษามะเร็ง เป็นต้น

5.2.2) การตรวจสอบเวชระเบียน ในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว ของกองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดให้สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (สตช.) เป็นผู้ดำเนินการตรวจสอบ ตามแนวทางตามระเบียบที่กรมบัญชีกลางกำหนด (อ้างอิงตามข้อ 2 ของหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่ มท.0809.3/232 ลงวันที่ 8 มกราคม)

5.2.3) การตรวจสอบเวชระเบียนในระบบการตรวจสอบร่วม 3 กองทุน เนื่องด้วยประเทศไทยมีกองทุนสุขภาพหลัก ๆ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคมและกองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ดังนั้น คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมกำกับการชดเชยค่าบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาล ร่วมกันระหว่าง 3 กองทุน ซึ่งมีผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นประธาน ภายใต้คำสั่งที่ 2/2554 ของคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่าง กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย 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 ระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลาง โดย ฝตช. และ สปสช.เขต ดังนี้

6.1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลาง โดย ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (ฝตช.) มีหน้าที่ความรับผิดชอบตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2564 ดังนี้

(ก) พัฒนาระบบและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ทั้งกรณีตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย (Pre audit) และตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย (Post audit)

(ข) พัฒนาระบบการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ (Quality of care audit) ให้สอดคล้องกับมาตรฐานบริการสาธารณสุข และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการตรวจสอบเพื่อประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical record audit)

(ค) พัฒนาการตรวจสอบกรณีการให้บริการสาธารณสุขที่ต้องขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre-authorization)

(ง) พัฒนาระบบตรวจสอบร่วมกับกองทุนสุขภาพในประเทศให้มีมาตรฐานเดียวกันและ เป็นที่ยอมรับ

ของผู้เกี่ยวข้อง

(จ) ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยบริการมีการนำผลการตรวจสอบไปใช้ในการพัฒนา การดำเนินงานด้านคุณภาพบริการและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

ดังนั้นฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (ฝตช.) จึงมีบทบาทในการพัฒนาเครื่องมือและทดสอบวิธีการตรวจสอบ รวมถึงการพัฒนาหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการตรวจสอบพร้อมถ่ายโอนภารกิจการตรวจสอบให้เขตพื้นที่ดำเนินการได้ด้วยตนเองและสนับสนุนงบประมาณการตรวจสอบ

6.2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต มีบทบาทในการตรวจสอบเวชระเบียน โดยใช้เครื่องมือที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลาง ได้พัฒนาไว้ และเป็นผู้พิจารณาเลือกเวชระเบียนจากหน่วยบริการมาตรวจสอบให้สอดคล้องตามบริบทของเขตพื้นที่ และดำเนินการตรวจสอบโดยคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนที่ สปสช. เขตหรือ สปสช.เป็นผู้แต่งตั้ง

7. ขั้นตอนกระบวนการตรวจสอบและการทบทวนผลการตรวจสอบ

7.1 การตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Pre audit)

การตรวจสอบก่อนจ่ายชดเชย (Pre audit) หมายถึงการตรวจสอบข้อมูล เอกสาร หลักฐาน ที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการแก่ผู้รับบริการในเอกสารเวชระเบียนหรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อมูลที่หน่วยบริการส่งมาให้สำนักงาน เพื่อการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประเภทการจ่ายชดเชยที่สำนักงานได้ดำเนินการตรวจสอบและมีแผนพัฒนาระบบตรวจสอบมี ดังนี้

1. กรณีการเบิกชดเชย PP Fee Schedule
2. กรณีการเบิกชดเชยการให้บริการที่เกี่ยวกับโรค Covid-19 ทุกประเภทการจ่าย
3. กรณีการให้บริการผู้ป่วยนอกทุกรายการ
4. กรณีการเบิกชดเชยรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียม
5. กรณีการบริการฟื้นฟู

ในปัจจุบันสำนักงานได้พัฒนาระบบการตรวจสอบก่อนจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์หลายรูปแบบตามความเหมาะสม สอดคล้องกับการจ่ายชดเชยในแต่ละรายการ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ตรวจสอบข้อมูลที่หน่วยบริการส่งเบิกโดยใช้ระบบตรวจสอบก่อนการเบิกจ่าย (Verification system) และหรือการประมวลผลอัจฉริยะโดยระบบปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence : AI) กำหนดเงื่อนไขประมวลผลเบื้องต้นคัดเลือกข้อมูลที่ผิดปกติ เพื่อดำเนินการตรวจสอบในขั้นตอนต่อไป
2. ตรวจสอบโดยคณะกรรมการตรวจสอบ (auditor) มีรูปแบบการดำเนินการดังนี้
    - 1.1 โทรศัพท์สอบถามข้อมูลการรับบริการจากผู้รับบริการโดยตรง
    - 1.2 ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามที่ส่งไปยังผู้รับบริการผ่านระบบ application ต่าง ๆ
    - 1.3 ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการนำส่งให้สำนักงานเพื่อการตรวจสอบโดยคณะกรรมการตรวจสอบ **โดยสำนักงานจะกำหนดระยะเวลา รูปแบบเอกสารและช่องทางการรับเอกสารหลักฐานดังกล่าว**
3. ประมวลผลข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบ โดยมีแนวทางการประมวลผล ดังนี้
    - 3.1 ผลการตรวจสอบข้อมูลถูกต้องตรงกับข้อมูลที่หน่วยบริการส่งเบิก และหรือเงื่อนไขที่กำหนดสำนักงานพิจารณาจ่ายชดเชยรายการนั้น
    - 3.2 ผลการตรวจสอบข้อมูลไม่ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่หน่วยบริการส่งเบิก และหรือเงื่อนไข

ที่กำหนด สำนักงานจะจัดส่งรายงานผลการตรวจสอบพร้อมระบุเหตุผลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบให้หน่วยบริการรับทราบ

4. หากหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบ สปสช. ดำเนินการจ่ายเงินตามข้อมูลผลการตรวจสอบ หากหน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ ให้ดำเนินการขอทบทวนผลการตรวจสอบภายในวันเวลาที่กำหนดหลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ หากพ้นกำหนดแล้วจะไม่รับพิจารณาทบทวนผลการตรวจสอบและถือว่าหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบ โดยหน่วยบริการสามารถยื่นทบทวนผลการตรวจสอบผลการตรวจสอบได้ 1 ครั้ง ภายใน 10 วันหลังจากรับทราบผลการตรวจสอบ

5. สำนักงานดำเนินการพิจารณาข้อทักท้วงของหน่วยบริการและรายงานผลการพิจารณาให้แก่หน่วยบริการรับทราบ

6. สำนักงานนำข้อมูลที่สิ้นสุดกระบวนการตรวจสอบไปดำเนินการประมวลผลจ่ายชดเชยตามผลการตรวจสอบตามรอบการจ่ายชดเชย

บทบาทของหน่วยบริการ

1) ให้บริการผู้รับบริการตามมาตรฐานวิชาชีพและเงื่อนไขการจ่ายที่สำนักงานกำหนด

2) บันทึกข้อมูลการให้บริการในเวชระเบียน เอกสารอื่นหรือในรูปแบบอื่น รวมทั้งจัดเก็บเอกสารหลักฐานการให้บริการต่างๆ อย่างน้อย 5 ปี สำหรับการตรวจสอบ

3) ส่งข้อมูลการให้บริการในรูปแบบอิเลกทรอนิกส์ มายัง สปสช.เพื่อเบิกจ่ายชดเชยตามรูปแบบและแนวทางปฏิบัติที่ สปสช.กำหนด

4) ติดตามผลการเบิกชดเชยและหรือผลจากการตรวจสอบโดยการ verify data หรือ AI เพื่อเตรียมส่งเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมกรณีที่ สำนักงานร้องขอ

5) จัดส่งเอกสารหลักฐานเอกสารเพื่อยืนยันการให้บริการตามรูปแบบเอกสาร และช่องทางการส่งตามที่แนวทางในระยะเวลาที่กำหนด

6) พิจารณาผลการตรวจสอบหากไม่เห็นด้วยให้แจ้งทบทวนผลการตรวจสอบมายังสำนักงานตามแนวทางและระยะเวลาที่กำหนดได้ 1 ครั้ง

7) รับทราบผลการพิจารณาผลทบทวนผลการตรวจสอบและติดตามการจ่ายชดเชยเงินค่าบริการทางการแพทย์

8) นำผลการตรวจสอบที่รับทราบจากสำนักงานมาเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบบริการและการเบิกชดเชยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อกำหนดในการจัดส่งเอกสารเพื่อตรวจสอบและการขอทบทวนผลการตรวจสอบกรณีการตรวจสอบก่อนจ่ายชดเชยสำหรับหน่วยบริการ

สำนักงานมีนโยบาย<u>จ่ายให้ถูกต้องตามเงื่อนไขการจ่าย รวดเร็วและทันเวลา</u> เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายและเพื่อประโยชน์สำหรับหน่วยบริการ สำนักงานจึงมีความจำเป็นต้องมีข้อกำหนดในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบข้อมูลก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ดังนี้

1. การจัดส่งเอกสารหลักฐานยืนยันการให้บริการของหน่วยบริการเพื่อตรวจสอบ

1.1 สำนักงานจะกำหนดช่วงเวลาให้หน่วยบริการจัดส่งเอกสารให้สำนักงานเพื่อการตรวจสอบ และจะถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

1.2 กรณีที่หน่วยบริการไม่สามารถจัดส่งเอกสารหลักฐานในช่วงเวลาที่กำหนดสำนักงานจะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ที่จะเบิกชดเชยรายการนั้นๆ

1.3 เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการส่งเอกสารหลักฐานเพื่อการตรวจสอบแล้ว สำนักงานจะพิจารณาเอกสารหลักฐานตามที่หน่วยบริการจัดส่งเท่านั้น

1.4 การจัดส่งข้อมูล เอกสารหลักฐานเพื่อการตรวจ ต้องเป็นไปตามรูปแบบ ช่องทางการส่ง และระยะเวลาที่กำหนด

1.5 หน่วยบริการต้องตรวจสอบเอกสารหลักฐานให้ถูกต้อง ครบถ้วนก่อนส่งทุกครั้งและมีหลักฐานการนำส่งโดยผู้บริหารของหน่วยงานรับทราบ กรณีที่เป็นการจัดส่งผ่านระบบ web application ผู้ดำเนินการจัดส่งต้องเป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการจากผู้บริหารของหน่วยงานเท่านั้น

2. การทบทวนผลการตรวจสอบข้อมูลก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Pre Audit)

2.1 หน่วยบริการติดตามผลการตรวจสอบตามช่องทางที่สำนักงานแจ้งและดำเนินการทบทวนผลการตรวจสอบตามช่องทางและระยะเวลาที่กำหนด (ภายใน 10 วันหลังรับทราบผลการตรวจสอบ)

2.2 กรณีที่หน่วยบริการมีความเห็นในประเด็นที่ถูกตรวจสอบไม่ตรงกับที่คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนตรวจสอบได้ หรือไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบที่คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนตรวจสอบได้ ให้หน่วยบริการดำเนินการทบทวนผลการตรวจสอบพร้อมระบุเหตุผลประกอบการพิจารณา และระบุข้อความหรือหลักฐานที่เคยส่งให้ตรวจสอบทางช่องทางที่สำนักงานกำหนด

2.3 การทบทวนผลการตรวจสอบต้องดำเนินการโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจเท่านั้น กรณีการส่งเสริมป้องกันโรคอาจเป็นเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ และได้รับมอบอำนาจจากหัวหน้าหน่วยงานนั้นๆ

2.4 หน่วยบริการสามารถดำเนินการขอทบทวนผลการตรวจสอบได้ 1 ครั้ง ทั้งนี้สำนักงานจะไม่รับเอกสารเพิ่มเติมในขั้นตอนการพิจารณาทบทวนผลการตรวจสอบ และผลการพิจารณาทบทวนผลการตรวจสอบของสำนักงานถือเป็นที่สิ้นสุด

7.2 การตรวจสอบข้อมูลภายหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Post audit)

ภายหลังที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้พิจารณาจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของ สปสช. หรือ ตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ไปเรียบร้อยแล้ว ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ จะดำเนินการสุ่มเลือกข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนดหรือเลือกข้อมูลที่สุ่มแบบเจาะจงหรือเลือกตรวจทั้งหมด เพื่อนำมาตรวจสอบประสิทธิภาพการเบิกจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการของหน่วยบริการต่าง ๆ ว่าตรงตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของ สปสช หรือตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาล อปท.หรือไม่ และดำเนินการตรวจสอบตามตารางเวลาแผนการตรวจสอบ ทั้งนี้ภายหลังการตรวจสอบฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการหรือคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงานเขต จะรายงานผลการตรวจสอบให้กับหน่วยบริการทราบถึงผลการตรวจสอบดังกล่าว หากหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบ สปสช. ดำเนินการจ่ายเงินเพิ่มหรือเรียกเงินคืนตามข้อมูลผลการตรวจสอบ หากหน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ ให้ดำเนินการขอทบทวนผลการตรวจสอบภายในวันเวลาที่กำหนดหลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ หากพ้นกำหนดแล้วจะไม่รับพิจารณาทบทวนผลการตรวจสอบและถือว่าหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบแล้ว

ข้อกำหนดแนวทางการทบทวนผลการตรวจสอบ

กรณีที่หน่วยบริการมีความเห็นในประเด็นที่ถูกตรวจสอบหรือมีความเห็นในเรื่องรหัสโรคและหรือรหัสหัตถการไม่ตรงกับที่คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนตรวจสอบได้ หรือไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบอื่นๆ ที่คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนตรวจสอบได้ ให้หน่วยบริการดำเนินการขอทบทวนผลการตรวจสอบได้ที่ระบบทบทวนผลการตรวจสอบออนไลน์ ผ่าน Web Site URL : http://audit.nhso.go.th/ema หรือบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายที่ต้องการทบทวนผลการตรวจสอบในแบบทบทวนผลการตรวจสอบผลเวชระเบียนที่ สปสช.

เขตส่งให้ พร้อมระบุเหตุผลและแนบหลักฐานประกอบการให้รหัสโรคและ/หรือ รหัสหัตถการหรือประเด็นดังกล่าวทุกรหัสและ/หรือ ทุกประเด็น หากหน่วยบริการไม่บันทึกเหตุผลและแนบหลักฐานประกอบการขอทบทวนผลการตรวจสอบทุกรหัสหรือทุกประเด็น ฝตช./สปสช.เขต. จะไม่รับพิจารณารหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการหรือประเด็นที่ขอทบทวนผลการตรวจสอบดังกล่าว

วิธีการบันทึกข้อมูลขอทบทวนผลการตรวจสอบเวชระเบียนของหน่วยบริการ

ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีแบบบันทึกการขอทบทวนผลการตรวจสอบ 3 รูปแบบตามประเภทการตรวจสอบคือ แบบขอทบทวนผลการตรวจสอบกรณี coding billing และ quality **ซึ่งมีข้อกำหนดแนวทางการทบทวนผลการตรวจสอบ ดังนี้**

1. ข้อกำหนดแนวทางการบันทึกข้อมูลในแบบขอทบทวนผลการตรวจสอบเวชระเบียนจากหน่วยบริการสำหรับ coding audit

1) เจ้าหน้าที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายที่ต้องการขอทบทวนผลการตรวจสอบได้ที่ระบบทบทวนผลการตรวจสอบออนไลน์ ผ่าน Web Site URL : http://audit.nhso.go.th/ema ตามคู่มือการใช้งานระบบทบทวนผลการตรวจสอบออนไลน์

2) กรณีการขอทบทวนผลการตรวจสอบเรื่องการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ ให้บันทึกข้อมูลรหัสโรคและรหัสหัตถการที่ขอทบทวนผลการตรวจสอบทุกรหัส ในช่องทบทวนผลการตรวจสอบ พร้อมบันทึกเหตุผลและ/หรือเอกสารหลักฐานประกอบการขอทบทวนฯ ของรหัสโรคและรหัสหัตถการที่ขอทบทวนฯดังกล่าว ในช่องเหตุผลหลักฐานประกอบการทบทวนผลการตรวจสอบ หากหน่วยบริการไม่บันทึกเหตุผลการขอทบทวนฯ และ/หรือไม่ส่งหลักฐานประกอบการให้รหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการที่หน่วยบริการขอทบทวนฯ **<u>สปสช.จะไม่รับพิจารณาการทบทวนผลการตรวจสอบรหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการดังกล่าว</u>**

3) ผู้ขอทบทวนผลการตรวจสอบ **<u>ต้องเป็นแพทย์เท่านั้น</u>**

4) กรณีการขอทบทวนผลการตรวจสอบ SA หรือ CA ให้บันทึกข้อมูลที่ขอทบทวนผลการตรวจสอบในช่องทบทวนผลการตรวจสอบ SA หรือ CA พร้อมบันทึกเหตุผลและเอกสารหลักฐานประกอบการขอทบทวนฯดังกล่าว (ถ้ามี) ในช่องเหตุผลหลักฐานประกอบการทบทวนผลการตรวจสอบ

5) กรณีการขอทบทวนผลการตรวจสอบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ให้บันทึกข้อมูลที่ขอทบทวนผลการตรวจสอบในช่องทบทวนผลการตรวจสอบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ พร้อมบันทึกเหตุผลและเอกสารหลักฐานประกอบการขอทบทวนผลการตรวจสอบดังกล่าว (ถ้ามีในช่องเหตุผล หลักฐานประกอบการทบทวนผลการตรวจสอบ)

6) สปสช. จะไม่รับพิจารณาทบทวนผลการตรวจสอบรหัสโรคและรหัสหัตถการ ในกรณีต่อไปนี้

6.1) การขอเพิ่มรหัสใหม่ จากเหตุที่หน่วยบริการยังไม่ได้ดำเนินการส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกจ่ายชดเชยจาก สปสช. รหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลส่งเพื่อขอเบิกจ่ายชดเชยในโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ (ICD in com) หรือรหัสที่ได้จากการบันทึกสรุปในdischarge summary ของแพทย์ที่หน่วยบริการ (SICD) และไม่ใช่รหัสที่ได้จากการตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช. (RICD)

6.2) การขอเปลี่ยนแปลงรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก (Pdx) กรณีที่รหัสการวินิจฉัยโรคหลัก (Pdx) ใน ICD in com ตรงกับผลการตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช. (RICD) แล้ว

6.3) หน่วยบริการขอส่งเอกสารเพิ่มเติมเนื่องจากการส่งมอบไม่ทันในวันตรวจสอบเวชระเบียนตามที่ สปสช. กำหนดไว้

6.4) การขอเพิ่มรหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการในการทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 2 ต่อฝ่าย

ตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ ซึ่งหน่วยบริการไม่ได้มีการทบทวนผลการตรวจสอบรหัสดังกล่าวในการทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 1 จะถือว่าหน่วยบริการได้ยอมรับรหัสโรคหรือหัตถการดังกล่าวแล้ว

6.5) การขอเพิ่มรหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการในการทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 3 ต่อคณะกรรมการพิจารณาทบทวนผลการตรวจสอบ 3 ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญที่แต่งตั้งโดยสำนักงาน กรณีที่หน่วยบริการไม่ได้มีการทักท้วงรหัสดังกล่าวในการทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 จะถือว่าหน่วยบริการได้ยอมรับรหัสโรคหรือหัตถการดังกล่าวแล้ว

6.6) หน่วยบริการไม่บันทึกเหตุผลการขอทบทวนผลการตรวจสอบ และ/หรือไม่ส่งหลักฐานประกอบการให้รหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการที่หน่วยบริการขอทบทวนผลการตรวจสอบ

6.7) กรณียื่นขอทบทวนผลการตรวจสอบหลังระยะเวลาตามที่ สปสช. กำหนด

7) แนบเอกสารเวชระเบียนประกอบการทบทวนผลการตรวจสอบ ลงในช่องเอกสารประกอบการทบทวนผลการตรวจสอบ ตามรายการเอกสารที่ระบุ เช่น summary discharge, progress note เป็นต้น **กรณีที่การตรวจสอบเวชระเบียนผ่านระบบตรวจสอบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (eMA) สปสช. จะอ้างอิงเอกสารไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่หน่วยบริการแนบเข้ามาในระบบครั้งแรกเพื่อประกอบการพิจารณาทบทวนผลการตรวจสอบ (ไม่รับเอกสารใหม่เพิ่มเติม)**

<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) คู่มือการใช้งานระบบทบทวนผลการตรวจสอบออนไลน์ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ Web Site URL : http://audit.nhso.go.th/ema/index-download

2. ข้อกำหนดแนวทางการบันทึกข้อมูลในแบบขอทบทวนผลการตรวจสอบเวชระเบียนจากหน่วยบริการสำหรับ Billing Audit และ Quality Audit

เจ้าหน้าที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายที่ต้องการขอทบทวนผลการตรวจสอบลงในส่วนของการขอทบทวนผลการตรวจสอบจากหน่วยบริการตามแบบขอทบทวนผลการตรวจสอบเวชระเบียน เช่น ลำดับที่, HN, AN, PID เป็นต้น **กรณีการตรวจสอบที่มีการพัฒนาระบบทบทวนผลการตรวจสอบออนไลน์ไว้แล้ว เจ้าหน้าที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายที่ต้องการขอทบทวนผลการตรวจสอบได้ที่ระบบทบทวนผลการตรวจสอบออนไลน์ ผ่าน Web Site URL : http://audit.nhso.go.th/ema ตามคู่มือการใช้งานระบบทบทวนผลการตรวจสอบออนไลน์**

1) การขอทบทวนผลการตรวจสอบเรื่องรหัสอุปกรณ์ จำนวนชิ้น ราคาต่อชิ้น ให้ระบุรายการ รหัสอุปกรณ์ จำนวนชิ้น ราคาต่อชิ้น หรือประเด็นคุณภาพ ที่ขอทบทวนผลการตรวจสอบทั้งหมด ในช่องรายการขอทบทวนผลการตรวจสอบจากหน่วยบริการ

2) ต้องระบุเหตุผลประกอบการทบทวนผลการตรวจสอบทุกรหัสอุปกรณ์ในแต่ละรายการหรือทุกประเด็นคุณภาพ ที่ขอทบทวนฯในช่อง เหตุผล/เอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณาทบทวนผลการตรวจสอบ และให้สำเนาเวชระเบียนชุดเดิมที่ส่งมาให้ตรวจสอบทั้งฉบับ รวมทั้งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการทบทวนผลการตรวจสอบ(ไม่รับเอกสารใหม่เพิ่มเติม) **กรณีที่การตรวจสอบเวชระเบียนผ่านระบบตรวจสอบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (eMA) สปสช. จะอ้างอิงเอกสารไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่หน่วยบริการแนบเข้ามาในระบบครั้งแรกเพื่อประกอบการพิจารณาทบทวนผลการตรวจสอบสปสช. จะไม่รับพิจารณาทบทวนผลการตรวจสอบโดยที่หน่วยบริการไม่ระบุเหตุผลการขอทบทวนฯ**

3) กรณีการขอทบทวนผลการตรวจสอบ จำนวนชิ้นของอุปกรณ์ ราคาของอุปกรณ์ ต้องส่งใบจัดซื้อราคาพัสดุอุปกรณ์ของหน่วยบริการที่สามารถสืบได้ว่าได้จ่ายอุปกรณ์ชิ้นนี้ให้แก่บุคคลใด

4) ผู้ขอทบทวนผลการตรวจสอบ **ต้องเป็นแพทย์เท่านั้น**

5) หน่วยบริการต้องส่งแบบขอทบทวนผลการตรวจสอบเวชระเบียนจากหน่วยบริการภายในระยะเวลาที่ สปสช. กำหนด ในหนังสือแจ้งรายงานผลการตรวจสอบเวชระเบียน ถ้าเกินระยะเวลาที่กำหนด สปสช. จะไม่รับพิจารณาการขอทบทวนผลการตรวจสอบนั้น

6) สปสช. จะไม่รับพิจารณาทบทวนผลการตรวจสอบ ในกรณีต่อไปนี้

6.1) กรณีการขอเพิ่มรหัสอุปกรณ์ใหม่ หรือประเด็นคุณภาพใด ๆ จากเหตุที่หน่วยบริการยังไม่ได้ดำเนินการส่งข้อมูลให้ สปสช. เพื่อขอเบิกจ่ายชดเชย เช่น รหัสอุปกรณ์หรือประเด็นคุณภาพที่ไม่ปรากฏใน in com และไม่ใช่รหัสอุปกรณ์หรือประเด็นคุณภาพ ที่ได้จากการตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช.

ช่อง in com หมายถึง รหัสอุปกรณ์/ราคาอุปกรณ์ หรือประเด็นคุณภาพ ที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลส่งเพื่อขอเบิกจ่ายชดเชย ในโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์

6.2) กรณีการขอเพิ่มรหัสอุปกรณ์/ราคาอุปกรณ์ หรือประเด็นคุณภาพในการทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 2 ต่อฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ หรือ ทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 3 ต่อคณะกรรมการพิจารณาทบทวนผลการตรวจสอบ 3 ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญที่แต่งตั้งโดยสำนักงาน กรณีที่หน่วยบริการไม่ได้มีการทักท้วงรหัสหรือประเด็นคุณภาพดังกล่าว ในการทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 1 และการทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 2 ตามลำดับ จะถือว่าหน่วยบริการได้ยอมรับรหัสอุปกรณ์/ราคาอุปกรณ์หรือประเด็นคุณภาพ ดังกล่าวแล้ว

6.3) กรณีหน่วยบริการไม่บันทึกเหตุผลรายการที่มีการขอทบทวนผลการตรวจสอบหรือทุกประเด็นคุณภาพที่ทักท้วง ในแบบขอทบทวนผลการตรวจสอบเวชระเบียนที่ สตช. หรือ สปสช.เขตส่งให้ หรือไม่ส่งหลักฐานประกอบการขอทบทวนผลการตรวจสอบ

6.4) กรณีหน่วยบริการขอส่งเอกสารเพิ่มเติมเนื่องจากการส่งมอบไม่ทันในวันตรวจสอบเวชระเบียนตามที่ สปสช. กำหนดไว้

6.5) กรณีที่บันทึกรายการเอกสารเวชระเบียนประกอบการทบทวนผลการตรวจสอบ ที่ส่งมาให้ สปสช. ทั้งหมดไม่ใช่เอกสารชุดเดิมที่ใช้ในการตรวจสอบหรือการทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 1 หรือครั้งที่ 2 หรือครั้งที่ 3

6.6) กรณียื่นขอทบทวนผลการตรวจสอบหลังระยะเวลาตามที่ สปสช. กำหนด

8) แนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการใน การจัดเตรียมเอกสารหรือหลักฐาน เพื่อรับการตรวจสอบของ สปสช.

8.1 กรณีผู้ป่วยใน

หน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นไฟล์ PDF ตามมาตรฐาน Acrobat สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับการตรวจสอบ 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 เอกสารการประเมินต่างๆ ที่เกี่ยวข้องผู้ป่วย เช่น ใบประเมินระบบประสาท NIHSS, Barthel's Index, MRS เป็นต้น
5. แบบบันทึกความก้าวหน้า (Progress note) ของแพทย์
6. แบบบันทึกการสั่งการรักษา (Doctor's order)
7. แบบบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (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 พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอุปกรณ์

และอวัยวะเทียมทุกชิ้น หรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

17.2 กรณีรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่ไม่มี sticker หน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานทางการแพทย์ว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วยรายนั้นจริง เช่น ใบสั่งยา หรือ ใบเบิก-จ่าย ระบุจำนวนรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม พร้อมหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้น หรือ เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

18. กรณีการขอตรวจสอบเวชระเบียน โรคเฉพาะทางอื่น ๆ เช่นโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ต้องมีเอกสารประกอบเพิ่มเติมซึ่งแต่ละกองทุนจะแจ้งในการขอเอกสารเพื่อการตรวจสอบในเรื่องนั้น ๆ

19. การขอเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ

19.1 กรณีที่มีการขอตรวจสอบเวชระเบียนแล้วไม่พบเอกสารหลักฐานหรือ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้รักษาในครั้งนั้น ภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้ถือว่าสถานบริการหรือหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น โดยไม่รับพิจารณาทบทวนผลการตรวจสอบเอกสารที่สถานพยาบาลหรือ หน่วยบริการส่งเพิ่มเติมมาในภายหลัง

19.2 กรณีผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิการรักษา เช่น ผู้ป่วยชำระเงินเอง ใช้สิทธิประกันชีวิต เป็นต้น ให้ถือว่า สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น

19.3 กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียน เพื่อการตรวจสอบได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เนื่องจากชำรุดอันเกิดจากภัยพิบัติ อัคคีภัย อุทกภัย เป็นต้น สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องส่งหลักฐานประกอบคำชี้แจงถึงเหตุผลของการไม่สามารถส่งเอกสารเวชระเบียนเพื่อให้แต่ละกองทุนพิจารณาเหตุผล โดยให้ผู้บริหารสูงสุด เช่น หัวหน้าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ กรรมการผู้จัดการ (ที่มีอำนาจลงนาม) ของสถานพยาบาล ลงนามรับรองการชี้แจงดังกล่าว

8.2 กรณีผู้ป่วยนอก

การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกจะพิจารณาจากข้อมูลการบันทึกในเวชระเบียนและหลักฐานต่าง ๆ ที่ปรากฏในการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐานจะถือว่าไม่มีบริการในเรื่องนั้น ๆ โดยหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นไฟล์ PDF ตามมาตรฐาน Acrobat สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้

1. เอกสารหลักฐานการตรวจรักษาและให้บริการ (จัดเรียงตามวันที่เข้ารับบริการ) ดังนี้

1.1 เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ต้นฉบับหรือสำเนาทั้งฉบับ ในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบ และย้อนหลังอย่างน้อย 1 ปี 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 หลักฐานการทำหัตถการต่าง ๆ (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 กรณีที่มีการรับเข้านอนรพ. ควรมีบันทึกแพทย์ในการสรุปจำหน่ายรวมข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ยาที่ได้รับใน รพ. และยาที่ให้กลับบ้านพร้อมจำนวน (ฉบับย่อ) ลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

1.10 กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคที่เป็น

1) กรณีอุปกรณ์ภายในร่างกาย เช่น เลนส์แก้วตาเทียม โลหะดามกระดูก เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว ได้แก่ บันทึกการสั่ง และหลักฐานการใช้อุปกรณ์ในเวชระเบียน และ Sticker (ถ้าอุปกรณ์นั้นมี Sticker)

2) กรณีเป็นอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย เช่น ฟันเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดิน หรือรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการสั่งจ่ายและหลักฐานการลงนามรับอุปกรณ์ของผู้ป่วยหรือญาติ

1.11 รายการส่งตรวจเฉพาะโรคตามแนวทางปฏิบัติ CPG/protocol /standing order กำกับของแต่ละหน่วยบริการ

ทั้งนี้ กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

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 หลักฐานอื่น ๆ 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 เช่น โรคเรื้อรัง กรณี emergency claim online เป็นต้น

2. การตรวจสอบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ประเด็นการพิจารณามี ดังนี้

2.1 การระบุใบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) เพื่อการตรวจสอบ กรณีที่มีใบ discharge summary หลายใบ จะต้องมีหนังสือรับรองจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุว่าใช้ใบ discharge summary ใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มีจะใช้ใบแรกสุดที่ผู้ตรวจสอบพบในเวชระเบียนในการตรวจสอบ หากใช้แบบฟอร์มอื่นเพื่ออ้างอิงว่าเป็นใบสรุปนั้น แบบฟอร์มดังกล่าวต้องมีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับ general discharge summary จึงเป็นเอกสารที่ยอมรับได้

2.2 หน่วยบริการควรสรุปเป็นคำวินิจฉัยโรคและหัตถการทางการแพทย์ ไม่ควรสรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-9, ICD-10 หรือกรณีสรุปด้วยดินสอให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล ทั้งนี้การไม่สรุปการรักษาพยาบาลให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ประสงค์จะเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้น

2.3 การลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียน แพทย์สามารถลงนาม attending or approval ด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมลงนามได้เพียง attending และต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) จึงจะถือว่าเป็นใบสรุปการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์ หากไม่มีการลงนามรับรองจะถือว่าเวชระเบียนดังกล่าวไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล

2.4 ผู้ให้รหัสโรคและรหัสหัตถการควรมีการลงนามรับรองการให้รหัส

2.5 ในกรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ general discharge summary จึงสามารถใช้แทนการลงนามได้

3. ตรวจสอบแบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกาย (admission note) ต้องมีประวัติตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรคเพื่อความสมบูรณ์ในการตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกโดยแพทย์ผู้รักษา ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา ในแบบบันทึกประวัติและตรวจร่างกายจึงจะถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้

4. ตรวจสอบ progress note ในการตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้รักษาหรือลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาจึงสามารถอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้ ส่วนข้อมูลที่มีการบันทึกโดยวิชาชีพอื่น เช่น เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์

5. ตรวจสอบข้อมูลใน doctor’s order ใช้คำสั่งการรักษาพยาบาลของแพทย์เท่านั้น ในกรณีนักศึกษาแพทย์หรือการบันทึกของพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้งที่สั่งการรักษาพยาบาล หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้

6. ตรวจสอบในกรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัดหัตถการ

6.1 กรณีที่เป็น major OR procedure ต้องมีแบบบันทึกการผ่าตัด (operative note) ประกอบ

การตรวจสอบเสมอ ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ

6.2 กรณี non OR procedure ต้องมีบันทึกเป็น short operative note ในบันทึกความก้าวหน้าของโรค พร้อมทั้งต้องมีข้อมูลสิ่งที่ตรวจพบและรายละเอียดที่สำคัญของการทำหัตถการ หรือมีผลการตรวจที่เข้าได้กับการทำหัตถการนั้น ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ

6.3 กรณีหน่วยบริการใช้บันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปโดยบันทึกข้อมูลบางส่วนเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์ถ้าไม่พบการลงนามของแพทย์ให้ถือว่าไม่มีบริการ

6.4 การตรวจสอบหลักฐานการทำหัตถการของแพทย์ให้ยึดข้อมูลในส่วน description ที่อธิบายถึง finding และขั้นตอนรายละเอียดการทำหัตถการ และหรือการมี complication ถือเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน หากมีเพียงบันทึกโรคและหัตถการในเอกสารไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้น ๆจริง

7. ตรวจสอบ anesthetic record ถ้ามีการให้บริการทางวิสัญญีเพื่อประกอบการดูแลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัด ระหว่างและหลังการผ่าตัด ให้ระบุรายละเอียดภาวะแทรกซ้อนและการดูแลรักษาเพิ่มเติม

8. ตรวจสอบแบบบันทึกสัญญาณชีพ (graphic sheet) ได้แก่ body temperatures, blood pressure, pulse rate, respiratory rate และยังสามารถใช้บันทึกจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาล leave day การสิ้นสุดการรักษา น้ำหนักผู้ป่วย fluid intake/output ในรูปแบบต่าง ๆ ของการพยาบาล

การนับวันนอนและเวลาจำหน่ายของผู้ป่วยใน กรณีตรวจสอบเอกสารว่าเป็นการรับผู้ป่วยวันและเวลาใดอนุโลมให้นับตั้งแต่เวลาที่บันทึกโดยศูนย์ admit หรือหน่วยเวชระเบียน ส่วนวันเวลาที่จำหน่ายให้นับเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยที่อยู่ใน nurses’ note และข้อมูลต้องสอดคล้องกับฟอร์มปรอท กรณีไม่พบข้อมูลที่ปรากฏใน nurses’ note จึงจะใช้ข้อมูลจากฟอร์มปรอทโดยจะดูเวลาที่บันทึกเป็นครั้งสุดท้ายในฟอร์มปรอท ส่วน leave day เริ่มนับ 1 วันเมื่อผู้ป่วยลากลับบ้านนานติดต่อกันมากกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป

9. ตรวจสอบรายละเอียดของ nurses’ note ต้องตรวจสอบแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล ใบบันทึกการให้ยาของพยาบาล บันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย แผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบว่ามีการดำเนินการตามคำสั่งแพทย์หรือไม่ การประเมินสภาพผู้ป่วยระหว่างที่นอนในโรงพยาบาล เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เวลาการ on ventilator กรณีที่ต้องตรวจสอบการให้ยาว่ามีการให้ยากับผู้ป่วยจริงหรือไม่ต้องตรวจสอบจากใบบันทึกการให้ยาและพบลายเซ็นของพยาบาลกำกับ เช่น ยา streptokinase, chemotherapy , blood transfusion เป็นต้น

10. ผู้ตรวจสอบจะตรวจสอบรายละเอียดเอกสารรายงานผลการตรวจเพิ่มเติมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจรังสีวิทยา ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา เอกสารการให้รังสีรักษาพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด แบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชีจ.2 ประกอบการตรวจสอบด้วยทุกครั้ง ซึ่งเป็นการบันทึกโดย หน่วยบริการที่ทำการรักษา หรือหน่วยบริการอื่น ๆ 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 ยกเว้นมีการประเมิน มีบันทึกการวินิจฉัย มีคำสั่งการรักษา คำสั่งการให้ยา ที่ปรากฏใน doctor's order จึงจะถือว่ามีการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น

การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษา การตรวจพิเศษเพิ่มเติม ถือเป็นการให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาร่วมด้วยก็ได้

กรณีที่เป็นการให้ยากลับบ้าน (home medication) ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในครั้งนั้น ไม่ถือว่าโรคที่เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น

12. กรณีที่มีการส่งปรึกษา (consult) ต้องพบใบส่งปรึกษาและผลการให้คำปรึกษา หรืออาจบันทึกการปรึกษาและผลการให้คำปรึกษาใน 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, clinical summary 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 รวมถึงการทบทวนผลการตรวจสอบ เว้นแต่เอกสารออกรายงานหลังวันที่ทำการตรวจสอบ สถานพยาบาลหรือ

หน่วยบริการจึงจะสามารถส่งเป็นเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้

9.2 กรณีผู้ป่วยนอก

แนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วยนอก กำหนดหลักการการตรวจสอบรายการค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใน **ทุกรายการค่าใช้จ่าย** ต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. บันทึกการวินิจฉัยโรค (Diagnosis) ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่ การซักประวัติ อาการผู้ป่วย การตรวจร่างกาย บันทึกการวินิจฉัยโรค หรือปัญหาของผู้ป่วยพร้อมทั้งหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นต้องมีสำหรับโรคนั้น ๆ

กรณีของโรคเดิม โรคเรื้อรัง ที่มาทำการรักษาต่อเนื่อง ควรมีสถานะภาพของโรคในขณะนั้น เช่น ความจำเสื่อม โรคมะเร็ง มีระบุความรุนแรงของโรค ระยะของโรค ยังตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับอยู่หรือไม่ มีแผนการรักษาต่อเนื่องอย่างไร 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 ผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ หรือบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ 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 การพยาบาล

ต่าง ๆ 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) ข้อบังคับคณะ กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการบริหารจัดการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง 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

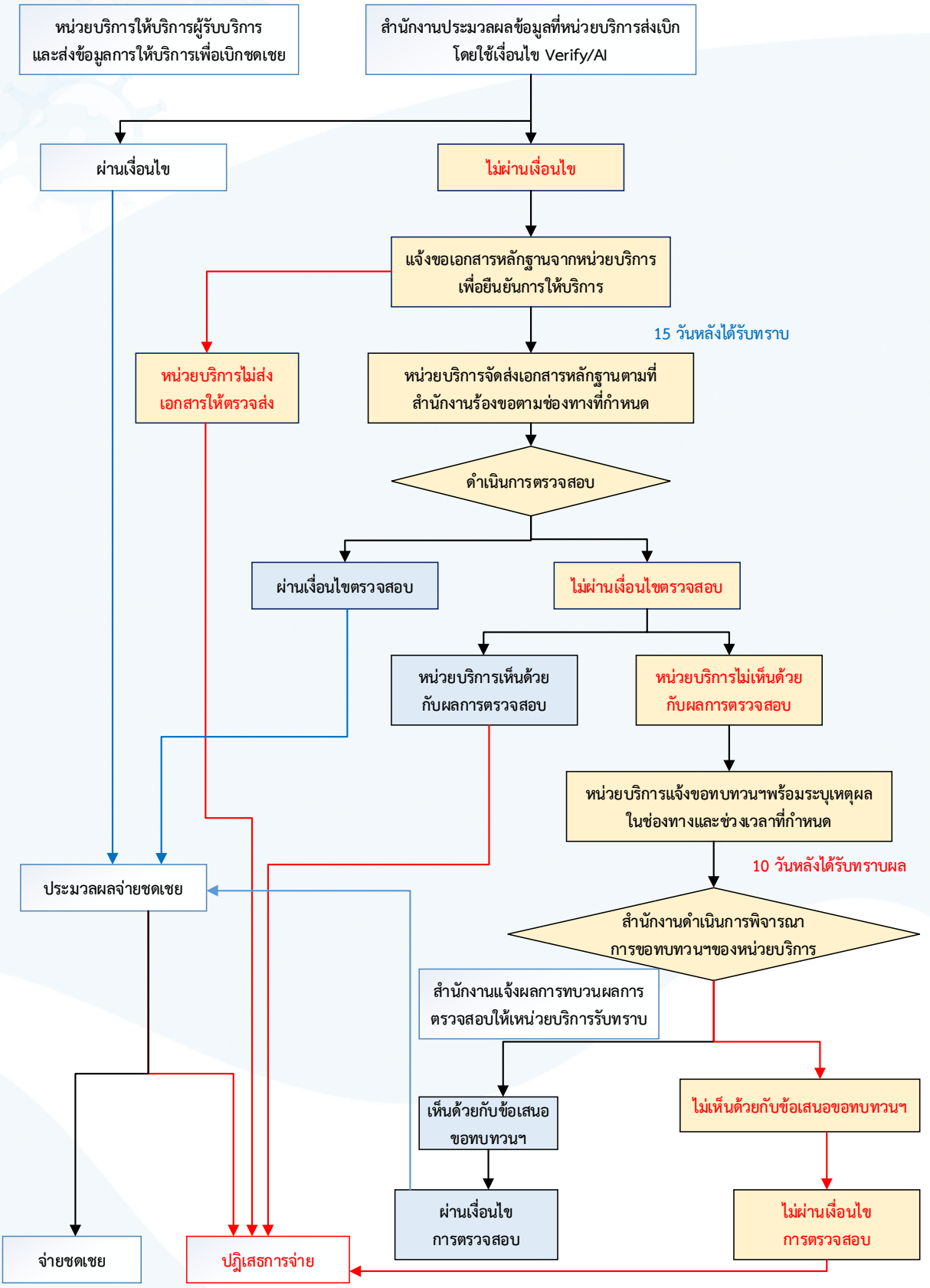
10.8) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ 2550 มาตรา 7

10.9) หนังสือบัญชียาหลักแห่งชาติ ของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

10.10) คู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม 3 กองทุน ตามประกาศของแต่ละปี

10.11) คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามประกาศของแต่ละปี

ขั้นตอนการตรวจสอบและทบทวนผลการตรวจสอบก่อนจ่ายค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์ (Pre Audit) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน<u>หลังการจ่ายชดเชย</u> (Post Audit) แบบ ณ หน่วยบริการ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. สปสช. แจ้งรายการเวชระเบียนของหน่วยบริการที่จะตรวจเยี่ยมภายใน 3 วัน

↓

2. สปสช. ตรวจสอบเวชระเบียนแบบ ณ หน่วยบริการ

↓

3. สปสช. รายงานผลการตรวจสอบเวชระเบียนแบบ ณ หน่วยบริการ ภายใน 30 วันทำการ

↓

4. ทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 1 หน่วยบริการขอทบทวนผลการตรวจสอบพร้อมหลักฐาน ภายใน 30 วัน หลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ

↓

5. คณะกรรมการตรวจสอบของ สปสช.เขต / ฝตช. พิจารณาการขอทบทวนผลการตรวจสอบ ภายใน 30 วันทำการ

↓

6. ทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 2 หน่วยบริการขอทบทวนผลการตรวจสอบพร้อมหลักฐาน ภายใน 15 วัน หลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ

↓

7. สปสช.เขต ส่งเรื่องทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 2 ให้ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ(ฝตช.) ภายใน 15 วัน

↓

8. ฝตช.พิจารณา และออกรายงานผลการทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 2 ภายใน 30 วันทำการ

↓

9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ส่งรายงานให้หน่วยบริการภายใน 7 วัน

↓

10. การทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 3 หน่วยบริการขอทบทวนผลการตรวจสอบพร้อมหลักฐาน ภายใน 15 วัน หลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ

↓

11. สปสช.เขต ส่งเรื่องทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 3 ให้ ฝตช. ภายใน 15 วัน

↓

12. คณะกรรมการประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญที่แต่งตั้งโดยสำนักงานจะพิจารณาทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 3 และ ออกรายงานผลการทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 3 <u>ผลการการพิจารณา ถือว่าเป็นอันสิ้นสุด</u>

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน<u>หลังการจ่ายชดเชย</u> (Post Audit) แบบรวมศูนย์

ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. สปสช. แจ้งรายการเวชระเบียนของหน่วยบริการที่จะตรวจสอบภายใน 15 วัน

↓

2. สปสช. ตรวจสอบเวชระเบียนแบบรวมศูนย์

↓

3. สปสช. รายงานผลการตรวจสอบเวชระเบียนแบบรวมศูนย์ ภายใน 30 วันทำการ

↓

4. ทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 1 หน่วยบริการขอทบทวนผลการตรวจสอบพร้อมหลักฐาน ภายใน 30 วัน หลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ

↓

5. คณะกรรมการตรวจสอบของ สปสช.เขต / ฝตช. พิจารณาการขอทบทวนผลการตรวจสอบ ภายใน 30 วันทำการ

↓

6. ทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 2 หน่วยบริการขอทบทวนผลการตรวจสอบพร้อมหลักฐาน ภายใน 15 วัน หลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ

↓

7. สปสช.เขต ส่งเรื่องทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 2 ให้ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ(ฝตช.) ภายใน 15 วัน

↓

8. ฝตช.พิจารณา และออกรายงานผลการทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 2 ภายใน 30 วันทำการ

↓

9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ส่งรายงานให้หน่วยบริการภายใน 7 วัน

↓

10. การทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 3 หน่วยบริการขอทบทวนผลการตรวจสอบพร้อมหลักฐาน ภายใน 15 วัน หลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ

↓

11. สปสช.เขต ส่งเรื่องทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 3 ให้ ฝตช. ภายใน 15 วัน

↓

12. คณะกรรมการประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญที่แต่งตั้งโดยสำนักงานจะพิจารณาทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 3 และ ออกรายงานผลการทบทวนผลการตรวจสอบครั้งที่ 3 <u>ผลการการพิจารณา ถือว่าเป็นอันสิ้นสุด</u>

ภาคผนวก

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน
พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรับปรุงแก้ไข กฎ ระเบียบ จึงต้องปรับปรุงหลักเกณฑ์การเข้ารับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน จากสถานบริการ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของสถานบริการ เพื่อให้ผู้มีสิทธิเข้าถึงการบริการสาธารณสุขในกรณีดังกล่าวได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบมติคณะรัฐมนตรี ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต เมื่อวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๐ และมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ ๖/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๐ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า "ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๐"

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๕

(๒) ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๘

ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้

"สถานบริการ" หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

"ผู้มีสิทธิ"...

X:\ปีงบประมาณ 2560\1. กลุ่มพัฒนากฎหมาย\งานยกร่าง\ร่าง มาตรา 7\ร่างขอบังคับ.ม. ๗ (๒๘_๖_๖๐) (เสนอลงนาม) สำเนา.doc

"ผู้มีสิทธิ" หมายความว่า บุคคลที่มีสิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

"กองทุน" หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"สำนักงาน" หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ ผู้มีสิทธิที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่ กรณีที่มีเหตุสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้มีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และสถานบริการที่ให้บริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินตามวรรคหนึ่ง ให้แยกระดับตามความฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน หรือผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

ข้อ ๖ สถานบริการที่ให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้แจ้งสำนักงานทราบโดยเร็ว และให้สถานบริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ดังนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมง จ่ายในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(๒) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมงนับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต กรณีที่ไม่สามารถย้ายกลับเข้าระบบหน่วยบริการได้ เนื่องจากยังไม่พ้นภาวะวิกฤตหรือกรณีไม่มีเตียงรับย้าย สถานบริการมีสิทธิเรียกเก็บจากสำนักงานตามอัตราค่ารักษาพยาบาลของสถานบริการหรือตามข้อตกลงระหว่างสถานบริการกับสำนักงาน

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ หรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน

ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถย้ายเข้าระบบหน่วยบริการได้ แต่ปฏิเสธไม่ขอย้าย ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อไปเอง

ข้อ ๗ เพื่อ...

ข้อ ๗ เพื่อประโยชน์ในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของสถานบริการ ให้นำประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต มาบังคับใช้โดยอนุโลม

ข้อ ๘ สถานบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง มีหน้าที่แจ้งการเข้ารับบริการให้สำนักงานทราบทันทีหรือโดยเร็วภายในยี่สิบสี่ชั่วโมง เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น พิจารณารับย้ายผู้ป่วย โดยให้สถานบริการอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้ป่วย และให้สถานบริการนั้น มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ดังนี้

(๑) ผู้ป่วยนอก มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่รวมแล้วไม่เกิน ๗๐๐ บาทต่อครั้ง

(๒) ผู้ป่วยใน มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) ค่ารักษาพยาบาล ค่าห้องและอาหาร ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน รายละ ๔,๕๐๐ บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง หรือ

(ข) กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดไม่เกินสองชั่วโมง ให้ได้รับตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ ๘,๐๐๐ บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง หรือ

(ค) กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดเกินกว่าสองชั่วโมง หรือกรณีต้องมีการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit : ICU) ให้ได้รับตาม จำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ ๑๔,๐๐๐ บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

(๓) ค่ารถพยาบาล หรือเรือพยาบาลนำส่งผู้ป่วยที่ประสงค์จะย้ายไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหรือหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำเห็นชอบ จะจ่ายในอัตราตามประกาศว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณนั้น

การเปลี่ยนแปลงอัตราค่าใช้จ่ายใน (๑) - (๓) ให้เป็นไปตามที่สำนักงานประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนหรือผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง สามารถย้ายเข้าระบบหน่วยบริการได้ แต่ปฏิเสธไม่ขอย้าย หรือเป็นค่าใช้จ่ายส่วนเกิน (๑) - (๓) ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

ข้อ ๙ กรณีที่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นไม่สามารถรับย้ายผู้ป่วยตามข้อ ๘ วรรคหนึ่งได้ ให้หน่วยบริการประจำหรือสำนักงาน รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการแจ้งขอย้ายครบยี่สิบสี่ชั่วโมงเป็นต้นไป และสถานบริการมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากสำนักงานตามอัตราค่ารักษาพยาบาลของสถานบริการนั้น หรือตามข้อตกลงระหว่างสถานบริการกับสำนักงาน ซึ่งสำนักงานจะจ่ายจากเงินกองทุน แทนหน่วยบริการประจำ

ข้อ ๑๐ ผู้มีสิทธิ...

ข้อ ๑๐ ผู้มีสิทธิที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการหรือจากสำนักงาน ให้เข้ารับบริการสาธารณสุขจากสถานบริการได้ ถือเป็นกรณีที่มีเหตุสมควร และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นได้รับค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อหรือจากกองทุน แล้วแต่กรณี ทั้งนี้ ในอัตราค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙

เหตุสมควรอื่นนอกจากวรรคหนึ่ง และอัตราค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามที่สำนักงานประกาศกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๑๑ การส่งข้อมูลและวิธีการบันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ให้สถานบริการบันทึกรายละเอียดการขอรับค่าใช้จ่ายตามแบบที่กำหนดและบันทึกข้อมูลเป็นอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน Web online พร้อมทั้งแนบเอกสารดังกล่าวเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่าน Web online ด้วย หรือกรณีที่ไม่สามารถบันทึกและส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน Web online ได้ ให้บันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเป็นเอกสาร ทั้งนี้การส่งข้อมูลและการบันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ กรณีที่มีข้อขัดข้องในการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ ให้ผู้มีสิทธิหรือญาติหรือสถานบริการมีหนังสือแจ้งต่อเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีคำวินิจฉัย ทั้งนี้ภายในเก้าสิบวันนับแต่วันที่ทราบข้อขัดข้องดังกล่าว แต่ไม่เกินหนึ่งปีนับจากวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานบริการ

คำวินิจฉัยของเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ถือเป็นที่สุด

กรณีสถานบริการไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ สำนักงานอาจแจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องโดยเร็ว

ข้อ ๑๓ ให้ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้รักษาการตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ปิยะสกล ส.

(นายปิยะสกล สกลสัตยาทร)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปฏิทินการออก Statement สำหรับข้อมูลผู้ป่วยใน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565

เดือนที่จำหน่าย	วันที่ตัดยอดออก STM	วันที่ส่งข้อมูลทันเวลา (PS=0)	งวดและวันที่ออก Statement											
			6410	6411	6412	6501	6502	6503	6504	6505	6506	6507	6508	6509
ต.ค.64	31 ต.ค. 64	30 พ.ย. 64	4 พ.ย. 64	7 ธ.ค. 64	6 ม.ค. 65	7 ก.พ. 65	7 มี.ค. 65	7 เม.ย. 65	6 พ.ค. 65	7 มิ.ย. 65	6 ก.ค. 65	4 ส.ค. 65	7 ก.ย. 65	6 ต.ค. 65
พ.ย.64	30 พ.ย. 64	31 ธ.ค. 64		7 ธ.ค. 64	6 ม.ค. 65	7 ก.พ. 65	7 มี.ค. 65	7 เม.ย. 65	6 พ.ค. 65	7 มิ.ย. 65	6 ก.ค. 65	4 ส.ค. 65	7 ก.ย. 65	6 ต.ค. 65
ธ.ค.64	31 ธ.ค. 64	31 ม.ค. 65			6 ม.ค. 65	7 ก.พ. 65	7 มี.ค. 65	7 เม.ย. 65	6 พ.ค. 65	7 มิ.ย. 65	6 ก.ค. 65	4 ส.ค. 65	7 ก.ย. 65	6 ต.ค. 65
ม.ค.65	31 ม.ค. 65	28 ก.พ. 65				7 ก.พ. 65	7 มี.ค. 65	7 เม.ย. 65	6 พ.ค. 65	7 มิ.ย. 65	6 ก.ค. 65	4 ส.ค. 65	7 ก.ย. 65	6 ต.ค. 65
ก.พ.65	28 ก.พ. 65	31 มี.ค. 65					7 มี.ค. 65	7 เม.ย. 65	6 พ.ค. 65	7 มิ.ย. 65	6 ก.ค. 65	4 ส.ค. 65	7 ก.ย. 65	6 ต.ค. 65
มี.ค.65	31 มี.ค. 65	30 เม.ย. 65						7 เม.ย. 65	6 พ.ค. 65	7 มิ.ย. 65	6 ก.ค. 65	4 ส.ค. 65	7 ก.ย. 65	6 ต.ค. 65
เม.ย.65	30 เม.ย. 65	31 พ.ค. 65							6 พ.ค. 65	7 มิ.ย. 65	6 ก.ค. 65	4 ส.ค. 65	7 ก.ย. 65	6 ต.ค. 65
พ.ค.65	31 พ.ค. 65	30 มิ.ย. 65								7 มิ.ย. 65	6 ก.ค. 65	4 ส.ค. 65	7 ก.ย. 65	6 ต.ค. 65
มิ.ย.65	30 มิ.ย. 65	31 ก.ค. 65									6 ก.ค. 65	4 ส.ค. 65	7 ก.ย. 65	6 ต.ค. 65
ก.ค.65	31 ก.ค. 65	31 ส.ค. 65										4 ส.ค. 65	7 ก.ย. 65	6 ต.ค. 65
ส.ค.65	31 ส.ค. 65	30 ก.ย. 65											7 ก.ย. 65	6 ต.ค. 65
ก.ย.65	25 ก.ย. 65	31 ต.ค. 65												6 ต.ค. 65
วันที่หน่วยบริการได้รับเงินชดเชย			**10 พ.ย. 64**	**13 ธ.ค. 65**	**10 ม.ค. 65**	**10 ก.พ. 65**	**10 มี.ค. 65**	**11 เม.ย. 65**	**10 พ.ค. 65**	**10 มิ.ย. 65**	**11 ก.ค. 65**	**10 ส.ค. 65**	**12 ก.ย. 65**	**10 ต.ค. 65**

หมายเหตุ

1) วันที่ส่งข้อมูลทันเวลา หมายถึง วันที่ส่งข้อมูลทันกำหนด (PS = 0) เป็นวันเดียวกับวันตัดยอดออก STM ของเดือนถัดไป

2) 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 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565

เดือนที่ให้บริการ	วันที่ตัดยอด STM	วันที่ส่งข้อมูลทัน	งวดและวันที่ออก Statement																							
			6410_1	6410_2	6411_1	6411_2	6412_1	6412_2	6501_1	6501_2	6502_1	6502_2	6503_1	6503_2	6504_1	6504_2	6505_1	6505_2	6506_1	6506_2	6507_1	6507_2	6508_1	6508_2	6509_1	6509_2
ต.ค.64	15/10/64	30/11/64	18/10/64	3/11/64	18/11/64	3/12/64	18/12/64	3/1/65	18/1/65	3/2/65	18/2/65	3/3/65	18/3/65	3/4/65	18/4/65	3/5/65	18/5/65	3/6/65	18/6/65	3/7/65	18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
	31/10/64			3/11/64	18/11/64	3/12/64	18/12/64	3/1/65	18/1/65	3/2/65	18/2/65	3/3/65	18/3/65	3/4/65	18/4/65	3/5/65	18/5/65	3/6/65	18/6/65	3/7/65	18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
พ.ย.64	15/11/64	31/12/64			18/11/64	3/12/64	18/12/65	3/1/65	18/1/65	3/2/65	18/2/65	3/3/65	18/3/65	3/4/65	18/4/65	3/5/65	18/5/65	3/6/65	18/6/65	3/7/65	18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
	30/11/64					3/12/64	18/12/65	3/1/65	18/1/65	3/2/65	18/2/65	3/3/65	18/3/65	3/4/65	18/4/65	3/5/65	18/5/65	3/6/65	18/6/65	3/7/65	18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
ธ.ค.64	15/12/64	31/1/65					18/12/65	3/1/65	18/1/65	3/2/65	18/2/65	3/3/65	18/3/65	3/4/65	18/4/65	3/5/65	18/5/65	3/6/65	18/6/65	3/7/65	18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
	31/12/64							3/1/65	18/1/65	3/2/65	18/2/65	3/3/65	18/3/65	3/4/65	18/4/65	3/5/65	18/5/65	3/6/65	18/6/65	3/7/65	18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
ม.ค. 65	15/1/65	28/2/65							18/1/65	3/2/65	18/2/65	3/3/65	18/3/65	3/4/65	18/4/65	3/5/65	18/5/65	3/6/65	18/6/65	3/7/65	18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
	31/1/65									3/2/65	18/2/65	3/3/65	18/3/65	3/4/65	18/4/65	3/5/65	18/5/65	3/6/65	18/6/65	3/7/65	18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
ก.พ.65	15/2/65	31/3/65									18/2/65	3/3/65	18/3/65	3/4/65	18/4/65	3/5/65	18/5/65	3/6/65	18/6/65	3/7/65	18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
	28/2/65											3/3/65	18/3/65	3/4/65	18/4/65	3/5/65	18/5/65	3/6/65	18/6/65	3/7/65	18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
มี.ค.65	15/3/65	30/4/65											18/3/65	3/4/65	18/4/65	3/5/65	18/5/65	3/6/65	18/6/65	3/7/65	18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
	31/3/65													3/4/65	18/4/65	3/5/65	18/5/65	3/6/65	18/6/65	3/7/65	18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
เม.ย.65	15/4/65	31/5/65													18/4/65	3/5/65	18/5/65	3/6/65	18/6/65	3/7/65	18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
	30/4/65															3/5/65	18/5/65	3/6/65	18/6/65	3/7/65	18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
พ.ค.65	15/5/65	30/6/65															18/5/65	3/6/65	18/6/65	3/7/65	18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
	31/5/65																	3/6/65	18/6/65	3/7/65	18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
มิ.ย.65	15/6/65	31/7/65																	18/6/65	3/7/65	18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
	30/6/65																			3/7/65	18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
ก.ค.65	15/7/65	31/8/65																			18/7/65	3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
	31/7/65																					3/8/65	18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
ส.ค.65	15/8/65	30/9/65																					18/8/65	3/9/65	18/9/65	3/10/65
	31/8/65																							3/9/65	18/9/65	3/10/65
ก.ย.65	15/9/65	31/10/65																							18/9/65	3/10/65
	25/9/65																									3/10/65
วันที่หน่วยบริการได้รับเงินชดเชย			22/10/64	7/11/64	22/11/64	7/12/65	22/12/64	7/1/65	22/1/65	7/2/65	22/2/65	7/3/65	22/3/65	7/4/65	22/4/65	7/5/65	22/5/65	7/6/65	22/6/65	7 ก.ค. 65	22/7/65	7/8/65	23/8/65	8 ก.ย. 65	22/9/65	7/10/65

หมายเหตุ

1) วันออก Statement หรือวันที่โอนเงิน หากตรงกับวันหยุด อาจจะเลื่อนเป็นวันทำการถัดไป

2) วันที่ส่งข้อมูลทันเวลา หมายถึง วันที่ส่งข้อมูลทันกำหนด (PS = 0) เป็นวันเดียวกับวันตัดยอดออก STM ในครั้งที่ 2 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 สำหรับสิทธิข้าราชการ ปีงบประมาณ 2565

งวด	งวดส่ง ประจำเดือน	สรุปข้อมูลออก Statement (2 วันทำการ)	รพ.ตรวจสอบข้อมูล จัดทำใบขอเบิก และ ส่งกลับ สปสช. (4 วันทำการ)	สปสช.ตรวจสอบ และส่ง กรมบัญชีกลาง (5 วันทำการ)
OP 211001	1-15 ต.ค.64	17 ต.ค.64	21 ต.ค.64	26 ต.ค.64
OP 211002	16-31 ต.ค.64	2 พ.ย.64	6 พ.ย.64	11 พ.ย.64
IP 211001	ต.ค.64	20 ต.ค.64	24 ต.ค.64	29 ต.ค.64
OP 211101	1-15 พ.ย.64	17 พ.ย.64	21 พ.ย.64	26 พ.ย.64
OP 211102	16-30 พ.ย.64	2 ธ.ค.64	6 ธ.ค.64	11 ธ.ค.64
IP 211101	พ.ย.64	20 พ.ย.64	24 พ.ย.64	29 พ.ย.64
OP 211201	1-15 ธ.ค.64	17 ธ.ค.64	21 ธ.ค.64	26 ธ.ค.64
OP 211202	16-31 ธ.ค.64	2 ม.ค.65	6 ม.ค.65	11 ม.ค.65
IP 211201	ธ.ค.64	20 ธ.ค.64	24 ธ.ค.64	29 ธ.ค.64
OP 220101	1-15 ม.ค.65	17 ม.ค.65	21 ม.ค.65	26 ม.ค.65
OP 220102	16-31 ม.ค.65	2 ก.พ.65	6 ก.พ.65	11 ก.พ.65
IP 220101	ม.ค.65	20 ม.ค.65	24 ม.ค.65	29 ม.ค.65
OP 220201	1-15 ก.พ.65	17 ก.พ.65	21 ก.พ.65	26 ก.พ.65
OP 220202	16-28 ก.พ.65	2 มี.ค.65	6 มี.ค.65	11 มี.ค.65
IP 220201	ก.พ.65	20 ก.พ.65	24 ก.พ.65	1 มี.ค.65
OP 220301	1-15 มี.ค.65	17 มี.ค.65	21 มี.ค.65	26 มี.ค.65
OP 220302	16-31 มี.ค.65	2 เม.ย.65	6 เม.ย.65	11 เม.ย.65
IP 220301	มี.ค.65	20 มี.ค.65	24 มี.ค.65	29 มี.ค.65
OP 220401	1-15 เม.ย.65	17 เม.ย.65	21 เม.ย.65	26 เม.ย.65
OP 220402	16-30 เม.ย.65	2 พ.ค.65	6 พ.ค.65	11 พ.ค.65
IP 220401	เม.ย.65	20 เม.ย.65	24 เม.ย.65	29 เม.ย.65
OP 220501	1-15 พ.ค.65	17 พ.ค.65	21 พ.ค.65	26 พ.ค.65
OP 220502	16-31 พ.ค.65	2 มิ.ย.65	6 มิ.ย.65	11 มิ.ย.65
IP 220501	พ.ค.65	20 พ.ค.65	24 พ.ค.65	29 พ.ค.65
OP 220601	1-15 มิ.ย.65	17 มิ.ย.65	21 มิ.ย.65	26 มิ.ย.65
OP 220602	16-30 มิ.ย.65	2 ก.ค.65	6 ก.ค.65	11 ก.ค.65
IP 220601	มิ.ย.65	20 มิ.ย.65	24 มิ.ย.65	29 มิ.ย.65
OP 220701	1-15 ก.ค.65	17 ก.ค.65	21 ก.ค.65	26 ก.ค.65
OP 220702	16-31 ก.ค.65	2 ส.ค.65	6 ส.ค.65	11 ส.ค.65
IP 220701	ก.ค.65	20 ก.ค.65	24 ก.ค.65	29 ก.ค.65
OP 220801	1-15 ส.ค.65	17 ส.ค.65	21 ส.ค.65	26 ส.ค.65
OP 220802	16-31 ส.ค.65	2 ก.ย.65	6 ก.ย.65	11 ก.ย.65
IP 220801	ส.ค.65	20 ส.ค.65	24 ส.ค.65	29 ส.ค.65
OP 220901	1-15 ก.ย.65	17 ก.ย.65	21 ก.ย.65	26 ก.ย.65
OP 220902	16-30 ก.ย.65	2 ต.ค.65	6 ต.ค.65	11 ต.ค.65
IP 220901	ก.ย.65	20 ก.ย.65	24 ก.ย.65	29 ก.ย.65

หมายเหตุ หากวันที่กำหนดของแต่ละช่วงตรงกับวันหยุด จะเลื่อนเท่ากับจำนวนวันหยุดเป็นวันทำการถัดไป

ปฏิทินการออก Statement สำหรับสำนักงานประกันสังคม ปี 2565

สำหรับค่าบริการทางการแพทย์โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง

(1) เลขงวด	(2) ประจำเดือน	(3) วันตัดข้อมูล	(4) วันออก STM	(5) วันปิดรับคำขอเบิกของร.พ.	(6) สปสช.ตรวจสอบและ
SSS220101	มกราคม	25 ม.ค.65	27 ม.ค. 65	2 ก.พ. 65	9 ก.พ. 65
SSS220201	กุมภาพันธ์	25 ก.พ.65	1 มี.ค. 65	7 มี.ค. 65	14 มี.ค. 65
SSS220301	มีนาคม	25 มี.ค.65	29 มี.ค. 65	4 เม.ย. 65	11 เม.ย. 65
SSS220401	เมษายน	25 เม.ย.65	27 เม.ย. 65	3 พ.ค. 65	10 พ.ค. 65
SSS220501	พฤษภาคม	25 พ.ค.65	27 พ.ค. 65	2 มิ.ย. 65	9 มิ.ย. 65
SSS220601	มิถุนายน	25 มิ.ย.65	28 มิ.ย. 65	4 ก.ค. 65	11 ก.ค. 65
SSS220701	กรกฎาคม	25 ก.ค.65	27 ก.ค. 65	2 ส.ค. 65	9 ส.ค. 65
SSS220801	สิงหาคม	25 ส.ค.65	29 ส.ค. 65	2 ก.ย. 65	8 ก.ย. 65
SSS220901	กันยายน	25 ก.ย.65	27 ก.ย. 65	3 ต.ค. 65	10 ต.ค. 65
SSS221001	ตุลาคม	25 ต.ค.65	27 ต.ค. 65	2 พ.ย. 65	9 พ.ย. 65
SSS221101	พฤศจิกายน	25 พ.ย.65	29 พ.ย. 65	6 ธ.ค. 65	14 ธ.ค. 65
SSS221201	ธันวาคม	25 ธ.ค.65	27 ธ.ค. 65	3 ม.ค. 66	10 ม.ค. 66

(1) เลขงวด = SSS(Socail Security Scheme) + YY(ปี คศ.) + 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

ปฏิทินการออก Statement สำหรับข้อมูลผู้ป่วยนอก OP Refer ประจำปีงบประมาณ 2565

เดือนที่ส่งข้อมูล	วันที่ตัดยอดการส่งข้อมูล	สิ้นสุดวัน Approve ข้อมูล	วันที่ส่งข้อมูลทัน	งวดและวันที่ออก Statement											
				6410	6411	6412	6501	6502	6503	6504	6505	6506	6507	6508	6509
ก.ย. 64	25-ก.ย.-64	14-ต.ค.-64	31-ต.ค.-64	25-ต.ค.-64[0]	25-พ.ย.-64[0]	25-ธ.ค.-64[1]	25-ม.ค.-65[2]	25-ก.พ.-65[3]	25-มี.ค.-65[3]	25-เม.ย.-65[3]	25-พ.ค.-65[3]	25-มิ.ย.-65[3]	25-ก.ค.-65[3]	25-ส.ค.-65[3]	25-ก.ย.-65[3]
ต.ค. 64	31-ต.ค.-64	14-พ.ย.-64	30-พ.ย.-64		25-พ.ย.-64[0]	25-ธ.ค.-64[0]	25-ม.ค.-65[1]	25-ก.พ.-65[2]	25-มี.ค.-65[3]	25-เม.ย.-65[3]	25-พ.ค.-65[3]	25-มิ.ย.-65[3]	25-ก.ค.-65[3]	25-ส.ค.-65[3]	25-ก.ย.-65[3]
พ.ย. 64	30-พ.ย.-64	14-ธ.ค.-64	31-ธ.ค.-64			25-ธ.ค.-64[0]	25-ม.ค.-65[0]	25-ก.พ.-65[1]	25-มี.ค.-65[2]	25-เม.ย.-65[3]	25-พ.ค.-65[3]	25-มิ.ย.-65[3]	25-ก.ค.-65[3]	25-ส.ค.-65[3]	25-ก.ย.-65[3]
ธ.ค. 64	31-ธ.ค.-64	14-ม.ค.-65	31-ม.ค.-65				25-ม.ค.-65[0]	25-ก.พ.-65[0]	25-มี.ค.-65[1]	25-เม.ย.-65[2]	25-พ.ค.-65[3]	25-มิ.ย.-65[3]	25-ก.ค.-65[3]	25-ส.ค.-65[3]	25-ก.ย.-65[3]
ม.ค. 65	31-ม.ค.-65	14-ก.พ.-65	28-ก.พ.-65					25-ก.พ.-65[0]	25-มี.ค.-65[0]	25-เม.ย.-65[1]	25-พ.ค.-65[2]	25-มิ.ย.-65[3]	25-ก.ค.-65[3]	25-ส.ค.-65[3]	25-ก.ย.-65[3]
ก.พ. 65	28-ก.พ.-65	14-มี.ค.-65	31-มี.ค.-65						25-มี.ค.-65[0]	25-เม.ย.-65[0]	25-พ.ค.-65[1]	25-มิ.ย.-65[2]	25-ก.ค.-65[3]	25-ส.ค.-65[3]	25-ก.ย.-65[3]
มี.ค. 65	31-มี.ค.-65	14-เม.ย.-65	30-เม.ย.-65							25-เม.ย.-65[0]	25-พ.ค.-65[0]	25-มิ.ย.-65[1]	25-ก.ค.-65[2]	25-ส.ค.-65[3]	25-ก.ย.-65[3]
เม.ย. 65	30-เม.ย.-65	14-พ.ค.-65	31-พ.ค.-65								25-พ.ค.-65[0]	25-มิ.ย.-65[0]	25-ก.ค.-65[1]	25-ส.ค.-65[2]	25-ก.ย.-65[3]
พ.ค. 65	31-พ.ค.-65	14-มิ.ย.-65	30-มิ.ย.-65									25-มิ.ย.-65[0]	25-ก.ค.-65[0]	25-ส.ค.-65[1]	25-ก.ย.-65[2]
มิ.ย. 65	30-มิ.ย.-65	14-ก.ค.-65	31-ก.ค.-65										25-ก.ค.-65[0]	25-ส.ค.-65[0]	25-ก.ย.-65[1]
ก.ค. 65	31-ก.ค.-65	14-ส.ค.-65	31-ส.ค.-65											25-ส.ค.-65[0]	25-ก.ย.-65[0]
ส.ค. 65	31-ส.ค.-65	14-ก.ย.-65	30-ก.ย.-65												25-ก.ย.-65[0]
วันที่หน่วยบริการได้รับเงินชดเชย				10 พ.ย. 64	13 ธ.ค. 65	10 ม.ค. 65	10 ก.พ. 65	10 มี.ค. 65	11 เม.ย. 65	10 พ.ค. 65	10 มิ.ย. 65	11 ก.ค. 65	10 ส.ค. 65	12 ก.ย. 65	10 ต.ค. 65

หมายเหตุ

1) วันออก Statement หากตรงกับวันหยุด จะเลื่อนเป็นวันทำการถัดไป

2) การนับว่าส่งข้อมูลทันเวลา คือ ส่งภายใน 30 วัน หลังจากวันที่รับบริการ (DATEADM) ยกเว้น STM 6310 ที่สามารถรับข้อมูลบริการตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 64 – กันยายน 65

3) อัตราการจ่ายชดเชย กรณีการส่งข้อมูลทันกำหนด (PS)

- * [0]ส่งทันกำหนด (PS=0) = จ่าย 100%
- * [1]ส่งช้า 1 เดือน (PS=1) = จ่าย 95%
- * [2]ส่งช้า 2 เดือน (PS=2) = จ่าย 90%
- * [3]ส่งช้าเกิน 2 เดือน (PS=3 เป็นต้นไป) = จ่ายไม่เกิน 80%

ภาคผนวก 4

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	
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	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
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	
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 semiautomat-ic 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	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
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	
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	
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	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
	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 + Pertechn-etate)	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	
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	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
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	
150	11.3.12	71272	Microdirect laryngo scopy 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-broncho-scope	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	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
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	
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 เครื่องมือวัดสัญญาณชีพผู้ป่วย

<u>หมายเหตุ</u> : รายการค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยนอก (รายการที่กำหนดราคากลาง) หน่วยบริการจะได้รับชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกินราคากลางของแต่ละรายการตามที่กำหนด

ภาคผนวก 5

กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา รวมถึงการเข้ารับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร

แนวทางการรักษาโรคมะเร็ง มีดังนี้

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)

ภาคผนวก 6

คุณสมบัติของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่ให้บริการด้านเคมีบำบัดหรือฮอร์โมน

(1) เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพะด้านรังสีรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน Hospital accreditation (HA) หรือ ISO 9001:2000 ทั้งระบบ หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่เทียบเท่า (แสดงหลักฐาน ณ วันเวลาที่ได้ประเมิน ฯ โดย สปสช. ขยายเวลาให้ 180 วัน หลังวันหมดอายุ)

(2) มีศักยภาพในการให้บริการเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ การสั่งยา การผสมยา และการบริหารยาเคมีบำบัด ในรูปแบบใด รูปแบบหนึ่ง หรือกรณีให้ฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ดังนี้

<u>ระดับ 1 มีศักยภาพในการสั่งการรักษา การผสมยา และการบริหารยาเคมีบำบัด</u>

1. ความพร้อมด้านสถานที่ ประกอบด้วย

1.1 มีห้องตรวจผู้ป่วยนอก เป็นไปตามมาตรฐาน

1.2 มีความพร้อมด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินผู้ป่วยก่อนการสั่งยาเคมีบำบัดตามมาตรฐาน

1.3 มีความพร้อมของธนาคารเลือดที่สามารถจ่ายส่วนประกอบของเลือดได้อย่างเพียงพอ ภายในระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง (กรณีให้บริการมะเร็งโลหิตวิทยา)

1.4 มีห้องผสมยาเคมีบำบัดเป็น clean room หรือ separated room ตามมาตรฐาน

1.5 มีห้องบริหารยาสำหรับผู้ป่วยนอกแยกเป็นสัดส่วน

2. ความพร้อมด้านบุคลากร ประกอบด้วย

2.1 มีแพทย์เฉพาะทางที่สามารถให้บริการและคำปรึกษาด้านเคมีบำบัด ปฏิบัติงานประจำ อย่างน้อย 1 คนต่อหน่วยบริการ ดังนี้

2.1.1 อายุรแพทย์เฉพาะทางสาขามะเร็งวิทยา (Medical oncologist)

2.1.2 อายุรแพทย์เฉพาะทางสาขาโลหิตวิทยา (Hematologist)

2.1.3 กุมารเวชศาสตร์โรคเลือด (Pediatric Hematology- oncologist)

2.1.4 สูตินรีแพทย์เฉพาะทางสาขามะเร็ง (Gynecologic oncologist)

2.1.5 ศัลยแพทย์เฉพาะทางสาขามะเร็ง (Surgical oncologist)

2.1.6 แพทย์รังสีรักษา (Radiation oncologist)

2.2 ในกรณีที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางในข้อ 2.1 อนุโลมให้มีศัลยแพทย์ หรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้ยาเคมีบำบัดที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมวิชาชีพ หรือมีประสบการณ์ในการสั่งยาเคมีบำบัด และสามารถให้บริการและคำปรึกษาด้านเคมีบำบัดในโรคมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้มาอย่างน้อย 3 ปี ปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย 1 คน ต่อหน่วยบริการ

2.3 มีเภสัชกรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเภสัชกรรมผสมยาเคมีบำบัด ที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 1 คน ต่อหน่วยบริการ

2.4 มีเจ้าหน้าที่ ที่ทำหน้าที่ขนส่งยาเคมีบำบัด ทุกคนต้องผ่านการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับอันตรายของยาเคมีบำบัด รวมทั้งต้องฝึกปฏิบัติการจัดการการขนส่ง และเมื่อเกิดอุบัติเหตุยาหก ตก แตก โดยเภสัชกร ตามข้อ 2.3

2.5 มีพยาบาลเคมีบำบัด ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง หรือหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัด อย่างน้อย 2 คนต่อหน่วยบริการ

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 มีตู้หรือภาชนะการจัดเก็บยาที่ผสมแล้ว ที่ปลอดภัย ติดป้ายให้ชัดเจน แยกเก็บจากยาตัวอื่น และแยกสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

4. ความพร้อมด้านบริการ ประกอบด้วย

4.1 มีคลังยา และรายการยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนสำหรับให้บริการผู้ป่วย

4.2 มีกระบวนการผสมยา และกระบวนการ label/packaging ที่ได้มาตรฐาน

4.3 มีกระบวนการผสมยา และกระบวนการ label/packaging ที่ได้มาตรฐาน

4.4 มี Inventory control ที่ได้มาตรฐาน

4.5 มีกระบวนการส่งต่อยาที่ผสมแล้ว และเก็บยาที่ได้รับการผสมแล้วที่ได้มาตรฐาน

4.6 มีกระบวนการให้ความรู้กับผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาเคมีบำบัด

4.7 มีมาตรฐานด้าน double checking procedure ของยาเคมีบำบัด

4.8 มีกระบวนการเฝ้าระวัง ป้องกัน จัดการและสามารถดูแลอาการแพ้ หรืออาการข้างเคียง (Hypersensitivity reaction) จากการได้รับยาเคมีบำบัด

4.9 มีกระบวนการบริหารจัดการ และทำความสะอาดเมื่อเกิดอุบัติเหตุยาหก ตก แตก

4.10 มีกระบวนการกำจัดขยะปนเปื้อนยาเคมีบำบัดที่ได้มาตรฐาน

<u>ระดับ 2 มีศักยภาพในการผสมยา และการบริหารยาเคมีบำบัด</u>

ข้อ 1 ความพร้อมด้านสถานที่ ประกอบด้วย

1.1 มีห้องผสมยาเคมีบำบัดเป็น clean room หรือ separated room ตามมาตรฐาน

1.2 มีห้องบริหารยาสำหรับผู้ป่วยแยกเป็นสัดส่วน

ข้อ 2 ความพร้อมด้านบุคลากร ประกอบด้วย

2.1 มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัดที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมวิชาชีพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือที่มีประสบการณ์ในการสั่งยาเคมีบำบัดมาอย่างน้อย 3 ปี ปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย 1 คน ต่อหน่วยบริการ โดยมีคำสั่งการรักษา และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยาเคมีบำบัด

2.2 มีเภสัชกรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเภสัชกรรมผสมยาเคมีบำบัดที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 1 คน ต่อหน่วยบริการ

2.3 มีเจ้าหน้าที่ ที่ทำหน้าที่ขนส่งยาเคมีบำบัด ทุกคนต้องผ่านการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับอันตรายของยาเคมีบำบัด รวมทั้งต้องฝึกปฏิบัติการจัดการการขนส่ง และเมื่อเกิดอุบัติเหตุยาหก ตก แตก โดยเภสัชกร ตามข้อ 2.2

2.4 มีพยาบาลเคมีบำบัด ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง หรือหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัด อย่างน้อย 2 คนต่อหน่วยบริการ

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 มีตู้หรือภาชนะการจัดเก็บยาที่ผสมแล้ว ที่ปลอดภัย ติดป้ายให้ชัดเจน แยกเก็บจากยาตัวอื่น และแยกสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

4. ความพร้อมด้านบริการ ประกอบด้วย

4.1 มีคลังยา และรายการยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนสำหรับให้บริการผู้ป่วย

4.2 มีคำสั่งการรักษายาเคมีบำบัดจากหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปกรณีให้ยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมน ระดับ 1

4.3 มีกระบวนการผสมยา และกระบวนการ label/packaging ที่ได้มาตรฐาน

4.4 มี Inventory control ที่ได้มาตรฐาน

4.5 มีกระบวนการส่งต่อยาที่ผสมแล้ว และเก็บยาที่ได้รับการผสมแล้วที่ได้มาตรฐาน

4.6 มีกระบวนการให้ความรู้กับผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาเคมีบำบัด

4.7 มีมาตรฐานด้าน double checking procedure ของยาเคมีบำบัด

4.8 มีกระบวนการเฝ้าระวัง ป้องกัน จัดการและสามารถดูแลอาการแพ้ หรืออาการข้างเคียง (Hypersensitivity reaction) จากการได้รับยาเคมีบำบัด

4.9 มีกระบวนการจัดการ และทำความสะอาดเมื่อเกิดอุบัติเหตุยาหก ตก แตก

4.10 มีกระบวนการกำจัดขยะปนเปื้อนยาเคมีบำบัดที่ได้มาตรฐาน

หมายเหตุ ในกรณีที่หน่วยบริการมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วน สามารถไปใช้บริการร่วมกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปกรณีให้ยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมน ระดับ 1 ได้ในข้อ 2.3 หรือ 3.1 หรือ 4.1 หรือ 4.2 โดยแนบใบยินยอมจากหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปกรณีให้ยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนระดับ 1 ประกอบการประเมิน

<u>ระดับ 3 มีศักยภาพในการบริหารยาเคมีบำบัด</u>

1. ความพร้อมด้านสถานที่ โดยมีบริเวณสำหรับการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยแยกเป็นสัดส่วน

2. ความพร้อมด้านบุคลากร ประกอบด้วย

2.1 มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัดที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมวิชาชีพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีเครือข่ายที่ปรึกษาในการส่งต่อผู้ป่วยมาเพื่อรับยาเคมีบำบัด อย่างน้อย 1 คนต่อหน่วยบริการ

2.2 มีเภสัชกร ทำหน้าที่ในการติดตาม ดูแลผู้ป่วยด้านการบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างน้อย 1 คนต่อหน่วยบริการ

2.3 มีพยาบาลเคมีบำบัด ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัด ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจากสมาคมวิชาชีพ อย่างน้อย 1 คน ต่อหน่วยบริการ

3. ความพร้อมด้านเครื่องมือ ประกอบด้วย

3.1 มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเพื่อป้องกันยาเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกายบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ

3.2 มีชุด Spill kit ประจำห้องให้ยาเคมีบำบัด

3.3 มีเตียงหรือเก้าอี้ให้บริการผู้ป่วยเคมีบำบัด ที่เพียงพอในการบริการผู้ป่วย

3.4 มีตู้หรือภาชนะการจัดเก็บยาที่ผสมแล้ว ที่ปลอดภัย ไม่มีการปนเปื้อนเชื้อ อุณหภูมิ ความชื้นและแสงสว่างเหมาะสม ติดป้ายให้ชัดเจน แยกสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย และแยกเก็บจากยาตัวอื่น

4. ความพร้อมด้านบริการ ประกอบด้วย

4.1 มีคลังยา และรายการยาฮอร์โมนสำหรับให้บริการผู้ป่วย

4.2 มีคำสั่งการรักษายาเคมีบำบัดจากหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปกรณีให้ยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมน ระดับ 1

4.3 มีกระบวนการส่งยาที่ผสมแล้วจากหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปกรณีให้ยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน ระดับ 1 หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปกรณีให้ยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน ระดับ 2 และเก็บยาที่ได้รับการผสมแล้วรอบริหารที่ได้มาตรฐาน

4.4 มีกระบวนการให้ความรู้กับผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาเคมีบำบัด

4.5 มีมาตรฐานด้าน double checking procedure ของยาเคมีบำบัด

4.6 มีกระบวนการเฝ้าระวัง ป้องกัน จัดการและสามารถดูแลอาการแพ้ หรืออาการข้างเคียง (Hypersensitivity reaction) จากการได้รับยาเคมีบำบัด

4.7 มีกระบวนการจัดการ และทำความสะอาดเมื่อเกิดอุบัติเหตุยาหก ตก แตก

4.8 มีกระบวนการกำจัดขยะปนเปื้อนยาเคมีบำบัดที่ได้มาตรฐาน

<u>มีศักยภาพในการให้ฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม</u>

ข้อ 1 เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน Hospital accreditation (HA) หรือ ISO 9001:2000 ทั้งระบบ หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่เทียบเท่า (แสดงหลักฐาน ณ วันเวลาที่ได้ประเมิน ฯ โดย สปสช. ขยายเวลาให้ 180 วัน หลังวันหมดอายุ)

ข้อ 2 มีคลังยา และรายการยาฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

ข้อ 3 มีคำสั่งการรักษาหรือใบส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยมารับบริการ โดยมีอายุรแพทย์ หรือศัลยแพทย์ที่สามารถให้บริการและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการให้ฮอร์โมนสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

ข้อ 4 มีเภสัชกร ทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานฮอร์โมนและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

ข้อ 5 มีการติดตามผลการรักษาและรายงานให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปกรณีให้ยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมน ระดับ 1 รับทราบเป็นระยะ ๆ ในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับฮอร์โมน

ภาคผนวก 7

รายละเอียดรายการบริการ (Fee schedule) จำนวน 515 รายการ

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
1	5102	ท่อให้อาหารเข้ากระเพาะอาหารผ่านผิวหนังหน้าท้อง (Gastrostomy tube)	เส้นละ	300	
2	OP5P021	PACLITAXEL INFUSION SET	SET	485	
3	OP5P022	PACLITAXEL EXTENSION SET	SET	160	
4	22114	cross matching	test	80	
5	22115	cross matching (gel test)	test	150	
6	23101	Whole Blood (สภากาชาดไทย)	Unit	600	
7	23102	Leukocyte Depleted Whole Blood (LDWB) (สภากาชาดไทย)	Unit	1,550	
8	23151	Whole Blood	Unit	740	
9	23152	Whole Blood (NAT)	Unit	1,000	
10	23153	Preoperative Autologous Whole Blood Donation (PAD - รวมค่า LAB)	Unit	740	
11	23154	Leukocyte Depleted Whole Blood (LDWB) (NAT)	Unit	1,800	
12	23201	PRC (NAT) (สภากาชาดไทย)	Unit	540	
13	23202	Leukocyte Poor PRC (NAT) (สภากาชาดไทย)	Unit	520	
14	23203	Leukocyte Depleted PRC (NAT) (สภากาชาดไทย)	Unit	1,500	
15	23206	Single Donor Red Cell. (SDR) - Non Filtered (NAT) (สภากาชาดไทย)	Unit	2,000	
16	23207	Single Donor Red Cell. (SDR) - Filtered (NAT) (สภากาชาดไทย)	unit	2,200	
17	23208	Single Donor Red Cell. (SDR) - Non Filtered (NAT)	unit	2,200	
18	23209	Single Donor Red Cell. (SDR) - Filtered (NAT)	unit	3,170	
19	23251	PRC	Unit	500	
20	23252	PRC (NAT)	Unit	700	
21	23253	Leukocyte Poor PRC	Unit	550	
22	23254	Leukocyte Poor PRC (NAT)	Unit	700	
23	23255	Leukocyte Depleted PRC	Unit	1,500	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
24	23256	Leukocyte Depleted PRC (NAT)	Unit	1,800	
25	23301	Random Platelet Concentrate (NAT) (สภากาชาดไทย)	Unit	340	
26	23302	Leukocyte Poor Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (สภากาชาดไทย)	ถุง	3,200	
27	23303	Leukocyte Depleted Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (สภากาชาดไทย)	ถุง	6,000	
28	23304	Single Donor Platelet Concentrate - Non - Filtered, Close System (NAT) (สภากาชาดไทย)	Unit	7,000	
29	23305	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Close System (NAT) (สภากาชาดไทย)	Unit	7,000	
30	23351	Random Platelet Concentrate	Unit	400	
31	23352	Leukocyte Poor Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT)	ถุง	4,300	
32	23353	Leukocyte Depleted Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (Filtration method)	ถุง	6,300	
33	23354	Single Donor Platelet Concentrate - Non-Filtered, Open System (NAT)	unit	6,500	
34	23355	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Open System (NAT)	unit	7,600	
35	23356	Single Donor Platelet Concentrate - Non - Filtered, Close System (NAT)	unit	7,000	
36	23357	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Close System (NAT)	Unit	8,800	
37	23358	Random Platelet Concentrate (NAT)	Unit	600	
38	23359	Leukocyte Depleted Platelet Concentrate 1 unit	Unit	1,600	
39	23360	Leukodepleted Single Donor Platelet Concentrate (SDP)	unit	6,300	
40	23361	Leukocyte Poor Platelet Concentrate (NAT)	Unit	1,000	
41	23362	Single Donor Platelet Concentrate PAS-C (สภากาชาดไทย)	unit	7,000	
42	23363	Leukodepleted Single Donor Platelet Concentrate (SDP) (NAT)	unit	8,400	
43	23364	Single Donor Platelets PAS-C	unit	8,800	
44	23365	Pl Psorelen-treated Plateletpheresis PAS-C (สภากาชาดไทย)	unit	12,000	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
45	23401	Fresh Frozen Plasma (NAT) (สภากาชาดไทย)	Unit	450	
46	23402	Cryo-Removed Plasma (NAT) (สภากาชาดไทย)	Unit	350	
47	23403	Cryoprecipitate (NAT) (สภากาชาดไทย)	Unit	400	
48	23451	Fresh Frozen Plasma	Unit	400	
49	23452	Fresh Frozen Plasma (NAT)	Unit	650	
50	23453	Leukocyte Depleted Fresh Frozen Plasma (LDFFP)	Unit	690	
51	23454	Aged Plasma/Cryo-Removed Plasma	Unit	400	
52	23455	Cryoprecipitate	Unit	370	
53	23456	Single Donor Granocyte	unit	7,640	
54	23457	Single Donor Granocyte Concentrate (สภากาชาดไทย)	unit	9,000	
55	23458	Cryo-Removed Plasma	Unit	300	
56	23459	Cryo-Removed Plasma (NAT)	Unit	500	
57	23460	Aged Plasma/Cryo-Removed Plasma (NAT)	Unit	500	
58	23461	Leukocyte Depleted Cryo-Removed Plasma (LDCRP)	Unit	300	
59	23462	Leukocyte Depleted Cryo-Removed Plasma (LDCRP) (NAT)	Unit	400	
60	23463	Bovine thrombin (1000 IU)	Bottle	1,100	
61	23464	Leukocyte Depleted Cryoprecipitate (NAT) (สภากาชาดไทย)	Unit	400	
62	23465	Cryoprecipitate (NAT)	Unit	600	
63	23466	Leukocyte Depleted Cryoprecipitate (NAT)	Unit	750	
64	23467	Heat Treat Freeze Dried Cryoprecipitate (HTFDC)	Unit	1,000	
65	23468	Leukocyte Depleted Cryo-Removed Plasma (LDCRP) (NAT) (สภากาชาดไทย)	Unit	200	
66	23469	Leukocyte Depleted Fresh Frozen Plasma (LDFFP) (สภากาชาดไทย)	Unit	550	
67	23470	Wash and Frozen Red Cell	unit	2,000	
68	23501	ค่าบริการฉายแสงเลือด	ครั้ง	350	
69	23502	Leukapheresis (ใช้เครื่อง Apheresis)	unit	8,400	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
70	23503	Blood Exchange (ใช้เครื่อง Apheresis)	unit	8,400	
71	23504	Plasma Exchange (ใช้เครื่อง Apheresis)	unit	8,400	
72	23511	Therapuetic Blood Letting	unit	220	
73	30101	Complete blood count (CBC)	Test	90	
74	30103	Reticulocyte count	Test	45	
75	30104	Hematocrit (centrifuged)	Test	35	
76	30105	Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR)	Test	50	
77	30110	Wright stain, Buffy coat *(Differential panel)*	Test	210	
78	30201	Prothombin Time (PT) and International Normalize Ratio (INR)	Test	80	
79	30202	Partial Thomboplastin Time (PTT)	Test	85	
80	30203	Thrombin Time (TT)	Test	90	
81	30204	Venous Clotting Time (VCT)	Test	50	
82	30208	D-dimer (Automate) *(Quantitative)*	Test	250	
83	30214	Fibrinogen level	Test	350	
84	30304	Iron, Serum	Test	100	
85	30305	TIBC *(Iron binding capacity)*	Test	80	
86	30306	Ferritin	Test	310	
87	30313	Hemoglobin typing	Test	280	
88	30401	Chromosome study from blood /BM	test	1,500	
89	30402	Chormosome study from amniotic fluid/chorion-ic villus	test	2,500	
90	30620	HLA antibody screening - Luminex	Test	1,100	
91	31001	Urinalysis (Physical + Chemical + Microscopic) *PANEL.UA*	Test	65	
92	31004	Albumin, Urine *(Qualitative)*	Test	10	
93	31101	Pregnancy test, Urine	Test	75	
94	31201	Direct smear, Stool *(Blood Cell Count Panel)*	Test	45	
95	31203	Occult blood, Stool	Test	75	
96	31218	Parasite identification *(Ova & parasites identified)*	Test	65	
97	31301	Cell count and diff, Body fluid	Test	55	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
98	32001	Electrolyte (Na, K, Cl, CO_2)	Test	110	
99	32002	Blood gas analysis	Test	215	
100	32003	Liver function test	Test	320	
101	32004	Lipid profile (Cholesterol, HDL-chol, LDL-chol, TG)	Test	200	
102	32006	Protein electrophoresis, serum/urine	Test	385	
103	32007	Free light chain (FLC) Kappa/Lambda ใน serum ด้วยวิธี Nephelometry	Test	1,500	
104	32008	Lactate	Test	165	
105	32101	Osmolality, Serum	Test	130	
106	32102	Sodium	Test	40	
107	32103	Potassium	Test	40	
108	32104	Chloride	Test	40	
109	32105	CO2	Test	40	
110	32106	Calcium (Serum or Plasma, mg/dL)	Test	50	
111	32107	Magnesium	Test	55	
112	32109	Phosphorus (Phosphate)	Test	55	
113	32201	BUN (Blood Urea Nitrogen)	Test	45	
114	32202	Creatinine	Test	45	
115	32203	Glucose (Blood, Urine, Other) *(Quantitative)*	Test	40	
116	32205	Uric acid *(Urate)(Quantitative)*	Test	60	
117	32207	Bilirubin, Direct *(Bilirubin.glucuronidated + Bilirubin.albumin bound)*	Test	45	
118	32208	Bilirubin, Total	Test	45	
119	32209	Bilirubin, Micro *(Neonatal bilirubin panel)*	Test	60	
120	32216	Ketones, Serum *(Quantitative)*	Test	150	
121	32304	Creatinine Phosphokinase (CPK) *(Creatine kinase) (Quantitative)*	Test	85	
122	32306	LDH *Lactate dehydrogenase (Quantitative)*	Test	60	
123	32309	Alkaline phosphatase	Test	45	
124	32310	SGOT (AST *Aspartate aminotransferase)*	Test	45	
125	32311	SGPT (ALT *Alanine aminotransferase)*	Test	40	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
126	32312	Gamma glutamyl transpeptidase	Test	130	
127	32401	Hb A1C	Test	150	
128	32403	Albumin *(Quantitative)*	Test	35	
129	32501	Lipid - Cholesterol	Test	60	
130	32502	Lipid - TG (Triglyceride)	Test	60	
131	32503	Lipid - HDL - cholesterol *Cholesterol in HDL*	Test	100	
132	32504	Lipid - LDL - chol (direct) *Cholesterol in LDL, Direct assay* สั่งรายการเดียว	Test	150	
133	32608	Thyroid hormone - TSH (Thyroid Stimulating Hormone) *(Thyrotropin) (Quantitative)*	Test	185	
134	32610	Thyroid hormone - Free T4 (Free Thyroxine)	Test	165	
135	32611	Thyroid hormone - T3 (Tri - iodothyroxine) *(Triiodothyronine)*	Test	165	
136	32612	Thyroid hormone - Free T3 (Free Tri - iodothyroxine) *(Triiodothyronine.free)*	Test	170	
137	32620	Testosterone *(Quantitative)*	Test	210	
138	32624	C-peptide	Test	350	
139	32625	Insulin *(Quantitative)*	Test	300	
140	32626	Insulin - IGF1 *(Insulin-like growth factor-I)*	Test	790	
141	32630	Thyroglobulin	Test	400	
142	33201	Cyclosporin (quantitative)	Test	1,000	
143	33203	Tacrolimus (quantitative)	Test	1,000	
144	34101	Creatinine, Urine	Test	50	
145	34103	Total protein, Urine random *(Quantitative)*	Test	55	
146	34116	Microalbumin, Urine	Test	270	
147	34301	Total protein *(Quantitative)*	Test	60	
148	35001	AFB stain (Acid-Fast Bacilli stain)	Test	65	
149	35002	Gram stain	Test	65	
150	35004	KOH preparation	Test	60	
151	35101	Aerobic culture and sensitivity	Test	275	
152	35105	Hemoculture and sensitivity, Automate ต่อ 1 ขวด	Test	300	
153	35107	Culture for fungus	Test	330	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
154	36311	Hepatitis B virus HBc Ab *(Hepatitis B virus core Ab)*	Test	220	
155	36312	Hepatitis B virus HBc Ab (IgM)	Test	300	
156	36315	Hepatitis B virus Hbe Ab	Test	300	
157	36318	Hepatitis B virus HBs Ag (Hepatitis B surface antigen) - PHA	Test	145	
158	36320	Hepatitis B virus HBV PCR - viral load	Test	1,800	
159	36443	CMV viral load	test	2,500	
160	37103	C-reactive protein (CRP) (Quantitative)	Test	185	
161	37201	Immunoglobulin level IgG *(Quantitative)*	Test	265	
162	37227	Cryptococcal Ag, serum/CSF/other body fluid (Qualitative)	Test	295	
163	37302	Alpha Fetoprotein (AFP) *(Alpha-1-Fetoprotein)*	Test	270	
164	37303	Beta - HCG *(Choriogonadotropin.beta subunit) (Quantitative)*	Test	295	
165	37306	CA 125 *(Cancer Ag 125) (Quantitative)*	Test	600	
166	37307	CA 19-9 *(Cancer Ag 19-9) (Quantitative)*	Test	550	
167	37308	CEA (Carcinoembryonic antigen)	Test	300	
168	37310	PSA (Prostate-specific antigen)	Test	330	
169	37311	Free PSA *(Prostate specific Ag.free)*	Test	400	
170	37314	CA 153	test	400	
171	38001	Biopsy หรือชิ้นเนื้อที่มีความยาวมากที่สุด ไม่เกิน 2 ซม.	ภาชนะ	240	
172	38002	Biopsy หรือชิ้นเนื้อที่มีความยาวมากกว่า 2 ซม. แต่ไม่เกิน 5ซม.	ภาชนะ	500	
173	38003	Biopsy หรือชิ้นเนื้อที่มีความยาวมากกว่า 5ซม.	ภาชนะ	1,000	
174	38060	Tonsil, each specimen	ภาชนะ	240	
175	38121	Liver needle biopsy	ภาชนะ	500	
176	38146	Urinary bladder, cystoscopic biopsy	ภาชนะ	240	
177	38147	Urinary bladder, TUR-tumor	ภาชนะ	500	
178	38150	Prostate, needle biopsy	ภาชนะ	1,000	
179	38151	Prostate gland, prostatic chips (TUR)	ภาชนะ	1,450	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
180	38181	Cervical conization, LEEP	ภาชนะ	1,200	
181	38220	Breast (mass, excision, 2-5 cm)	ภาชนะ	500	
182	38221	Breast (mass, excision, > 5 cm)	ภาชนะ	1,000	
183	38222	Breast (mass, excision, less than 2 cm)	ภาชนะ	240	
184	38223	Breast (core needle biopsy, multiple pieces)	ภาชนะ	1,200	
185	38224	Breast (simple mastectomy)	ภาชนะ	1,200	
186	38225	Breast, mastectomy (simple, radical, modified radical) and axillary content	ภาชนะ	2,400	
187	38230	Skin biopsy (Dermatosis)	ภาชนะ	500	
188	38301	การตรวจเซลล์วิทยา - Non-Gynecological specimen	ราย	500	
189	38302	การตรวจเซลล์วิทยา - Gynecological specimen (PAP smear)	ราย	100	
190	38330	การตรวจด้วยวิธีจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องผ่าน (Transmission electron microscopy)	ชิ้น	2,800	
191	38331	การตรวจด้วยวิธีจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องกวาด (Scanning electron microscopy)	ชิ้น	3,400	
192	41202	Intra oral film (Full-mouth x-ray of teeth)	ครั้ง	80	
193	42001	Fluoroscopic observation	ครั้ง	600	ไม่รวมค่าตัดหรือเจาะส่งตรวจชิ้นเนื้อ
194	42010	Venography	ครั้ง	1,800	ทุกรายการรวม สารทึบแสงและวัสดุอุปกรณ์พื้นฐานของหัตถการนั้นๆ แล้ว (รวมทั้งลวดนำทางสาย และสาย catheter ที่จำเป็นพื้นฐานหนึ่งชุด ในกรณีที่ใช้เพิ่ม สามารถเบิกเพิ่มจากพื้นฐานได้ และต้องมีหลักฐานการใช้ประกอบการเบิกจ่าย)
195	42101	Myelography one part cervical / lumbar	ครั้ง	2,000	
196	42102	Myelography complete / thoracic	ครั้ง	2,550	
197	42201	Sialography	ครั้ง	1,150	
198	42202	Dracyography	ครั้ง	1,150	
199	42330	Mammography	ครั้ง	1,200	
200	42331	Mammography with US	ครั้ง	1,700	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
201	42501	Barium swallowing	ครั้ง	1,350	
202	42502	Esophagogram	ครั้ง	1,350	
203	42503	BS with esophagogram	ครั้ง	1,350	
204	42504	UGI	ครั้ง	1,400	
205	42505	UGI with small bowel series	ครั้ง	1,700	
206	42506	Barium enema, single CM	ครั้ง	1,750	
207	42507	Barium enema, double CM	ครั้ง	2,300	
208	42508	Transhepatic cholangiography	ครั้ง	2,050	
209	42509	T-Tube cholangiography	ครั้ง	1,300	
210	42512	Angiography, single shot	ครั้ง	4,000	รวมวัสดุเวชภัณฑ์พื้นฐานในการทำหัตถการ set เข็ม สายสวน catheter และเครื่องมือรังสีวินิจฉัย
211	42513	Angiography, selective	ครั้ง	17,000	
212	42514	Angiography, each following vessel	ครั้ง	5,000	
213	42515	Splenoportography (percutaneous)	ครั้ง	2,050	
214	42516	Splenoportography (selective)	ครั้ง	18,000	
215	42601	IVP (Ionic contrast)	ครั้ง	1,950	
216	42702	Bone density: X-rays 1 part	ครั้ง	1,000	
217	42703	Bone density: X-Rays whole body	ครั้ง	2,900	
218	43001	US Portable	ครั้ง	1,050	
219	43002	3-D Ultrasound	ครั้ง	800	
220	43003	4-D Ultrasound, diagnostic of fetal anomalies, breast biopsy	ครั้ง	2,500	
221	43004	US Small part	ครั้ง	650	
222	43005	Ultrasonography doppler artery / vein	ครั้ง	1,000	
223	43501	US Upper/lower abdomen	ครั้ง	650	
224	43502	US Whole abdomen	ครั้ง	850	
225	43601	US Endovaginal or endorectal probe	ครั้ง	850	
226	43701	Bone density: US	ครั้ง	650	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
227	43910	Fine needle aspiration under U/S	ครั้ง	1,000	รวมวัสดุ set sterile เวชภัณฑ์พื้นฐาน และการใช้เครื่องมือรังสีวินิจฉัย
228	43911	US guided for biopsy	ครั้ง	2,300	รวมวัสดุ set semiautomatic needle เวชภัณฑ์พื้นฐาน และการใช้เครื่องมือรังสีวินิจฉัย
229	44001	CT 1 part + Multiphase CM	ครั้ง	6,800	
230	44002	CT 1 part + 3D Navigator	ครั้ง	14,500	
231	44003	3D CT scan	ครั้ง	8,000	
232	44004	Additional surface 3D views	ครั้ง	350	
233	44005	Additional multiphase	ครั้ง	1,000	
234	44010	CTA 1 part	ครั้ง	12,000	
235	44011	CTA Peripheral run off	ครั้ง	12,000	
236	44020	CT Fistulogram	ครั้ง	6,000	
237	44101	CT Brain NC	ครั้ง	3,100	
238	44102	CT Brain with CM	ครั้ง	4,600	
239	44103	CTA Brain	ครั้ง	12,000	
240	44110	CT Sella	ครั้ง	4,000	
241	44111	CT Pituitary gland 2 planes	ครั้ง	5,000	
242	44140	CT Spine 1 part	ครั้ง	5,350	
243	44150	CT Myelogram	ครั้ง	5,800	
244	44201	CT Facial bone	ครั้ง	4,000	
245	44202	CT Facial bone3 D	ครั้ง	6,000	
246	44210	CT Orbits 2 planes	ครั้ง	5,000	
247	44220	CT Temporal bone	ครั้ง	5,000	
248	44221	CT IAC/Temporal bone screening	ครั้ง	3,100	
249	44222	CT IAC	ครั้ง	5,000	
250	44223	CT Parotid gland	ครั้ง	5,700	
251	44230	CT Nasal cavity	ครั้ง	4,000	
252	44231	CT Nasopharynx 2 planes	ครั้ง	5,700	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
253	44232	CT PNS screening 1 plane	ครั้ง	2,500	
254	44233	CT PNS 2 planes	ครั้ง	5,000	
255	44240	CT Oral cavity	ครั้ง	5,700	
256	44241	CT Dental scan -maxilla	ครั้ง	5,000	
257	44242	CT Dental scan -mandible	ครั้ง	5,000	
258	44243	CT Oropharynx	ครั้ง	5,700	
259	44250	CT Neck	ครั้ง	5,700	
260	44251	CTA Neck	ครั้ง	12,000	
261	44252	CT Neck, Thyroid and Patathyroid	ครั้ง	5,700	
262	44260	CT Larynx	ครั้ง	5,700	
263	44261	CT Thyroid	ครั้ง	5,700	
264	44301	CT Chest/Lungs CM	ครั้ง	5,000	
265	44302	High resolution CT (Lungs)	ครั้ง	4,000	เป็นราคาเพิ่มจากรายการตรวจ CT พื้นฐาน
266	44310	CTA Chest	ครั้ง	12,000	
267	44311	CTA for Pulmonary Emboli	ครั้ง	12,000	
268	44401	Cardiac function graft full cardiac function including coronary artery angiogram	ครั้ง	18,000	
269	44402	CTA Coronary artery	ครั้ง	13,000	
270	44420	CTA Aorta (1 part)	ครั้ง	12,000	
271	44421	CTA Whole aorta	ครั้ง	16,000	
272	44501	CT Upper abdomen	ครั้ง	5,000	
273	44502	CT Lower abdomen	ครั้ง	5,000	
274	44503	CT Whole abdomen	ครั้ง	9,500	
275	44510	CTA Liver donor	ครั้ง	12,000	
276	44511	CT Pancreas spiral	ครั้ง	5,000	
277	44610	CT Kidney spiral	ครั้ง	5,000	
278	44611	CTA Renal artery	ครั้ง	12,000	
279	44612	CT Adrenal	ครั้ง	5,000	
280	44701	CT Extremily and joint per part	ครั้ง	5,000	
281	44710	Bone density: CT	ครั้ง	2,500	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
282	44750	CTA Arm	ครั้ง	12,000	
283	44901	Using Nonionic CM add	50 ml.	750	
284	44910	Biopsy under CT guidance	ครั้ง	3,000	รวมวัสดุ set sterile และ set semiautomatic needle
285	45001	MRI 1 small part or small organ	ครั้ง	4,000	
286	45003	MRI Diffusion/Perfusion	ครั้ง	4,000	
287	45004	Functional MRI	ครั้ง	10,000	
288	45005	MR Spectroscopy	ครั้ง	4,000	
289	45010	MRA 1 part	ครั้ง	9,100	
290	45011	MRV (one part)	ครั้ง	9,100	
291	45020	MRI + MRA (nonbrain)	ครั้ง	12,000	
292	45021	MRA + MRV	ครั้ง	12,000	
293	45022	MRI + MRA + MRV	ครั้ง	15,000	
294	45030	MR SRT or SRS	ครั้ง	4,000	
295	45101	MRI Brain	ครั้ง	8,000	
296	45102	MRI Brain + MRA	ครั้ง	11,000	
297	45103	MRI Brain + CSF flow	ครั้ง	11,000	
298	45104	MRI Hippocampus	ครั้ง	4,000	
299	45110	MRI Pituitary gland	ครั้ง	8,000	
300	45111	MR Cisternography	ครั้ง	8,000	
301	45120	MRI Base of skull	ครั้ง	4,000	
302	45121	MRI Cavernous sinus	ครั้ง	4,000	
303	45130	MRI Cranial nerve	ครั้ง	4,000	
304	45140	MRI Spine 1 part	ครั้ง	8,000	
305	45141	MRI Whole spine	ครั้ง	16,000	
306	45150	MRI Myelogram	ครั้ง	8,000	
307	45160	MRI Brachial plexus	ครั้ง	13,500	
308	45161	MRI LS - Plexus	ครั้ง	8,000	
309	45162	MRI Sacral plexus	ครั้ง	4,000	
310	45201	MRI TM joint	ครั้ง	8,000	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
311	45211	MRI Orbits	ครั้ง	8,000	
312	45220	MRI 3D IAC	ครั้ง	4,000	
313	45230	MRI Nasopharynx	ครั้ง	8,000	
314	45231	MRI PNS	ครั้ง	8,000	
315	45240	MRI Oropharynx	ครั้ง	8,000	
316	45260	MRI Larynx (Neck)	ครั้ง	8,000	
317	45261	MRI Thyroid glands	ครั้ง	8,000	
318	45301	MRI Chest	ครั้ง	8,000	
319	45302	MRV Chest	ครั้ง	12,000	
320	45310	MRA Pulmonary	ครั้ง	12,000	
321	45320	MRI Mediastinum	ครั้ง	4,000	
322	45330	MRI Breast (1 side)	ครั้ง	8,000	
323	45331	MRI Breasts (2 sides)	ครั้ง	12,000	
324	45332	MRI Guided breast biopsy	ครั้ง	8,000	
325	45401	MRI Heart	ครั้ง	8,000	
326	45402	MRI Heart + perfusion	ครั้ง	12,000	
327	45403	MRI Heart CgHD/Cine	ครั้ง	12,000	
328	45404	MRI Heart screening ASD	ครั้ง	4,000	
329	45501	MRI Upper/Lower abdomen	ครั้ง	8,000	
330	45502	MRI Whole abdomen	ครั้ง	16,000	
331	45503	MRA Upper / Lower Abdomen	ครั้ง	12,000	
332	45504	MRA Whole Abdomen	ครั้ง	16,000	
333	45505	MRV upper/lower abd.	ครั้ง	12,000	
334	45510	MRI Pancrease	ครั้ง	4,000	
335	45511	MRCP only	ครั้ง	4,000	
336	45512	MRCP + Upper abdomen	ครั้ง	12,000	
337	45513	MRV Portal v.	ครั้ง	12,000	
338	45601	MRI Pelvic cavity	ครั้ง	4,000	
339	45602	MRI Urography	ครั้ง	4,000	
340	45611	MRI Kidney	ครั้ง	4,000	
341	45612	MRI Adrenal gland	ครั้ง	4,000	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
342	45613	MRA Renal artery	ครั้ง	12,000	
343	45640	MRI Prostate gland	ครั้ง	8,000	
344	45641	MRS Prostate gland	ครั้ง	4,000	
345	45642	MRI Prostate special coil	ครั้ง	12,000	
346	45701	MRI Bone/Joint/Extremity 1 part	ครั้ง	8,000	
347	45710	MR Arthrography	ครั้ง	8,000	
348	45901	Using Gd contrast medium (15 ml)	15 ml	2,500	
349	45902	Using Ferucarbotran contrast medium (vial)	Vial	9,050	
350	47001	Total Body scan I-131	ครั้ง	2,900	
351	47002	Total Body scan MIBI	ครั้ง	4,100	
352	47003	Tc-99m-WBC	ครั้ง	8,000	
353	47004	Gallium scan (Ga-67-citrate)	ครั้ง	13,500	
354	47005	Octreoscan (In-111 Pentetreotide)	ครั้ง	59,000	
355	47201	Parotid scan	ครั้ง	2,800	
356	47202	Parathyroid (MIBI)	ครั้ง	4,000	
357	47203	Thyroid uptake	ครั้ง	500	
358	47204	Thyroid scan pertechnetrate	ครั้ง	800	
359	47205	Parathyroid (MIBI + Pertechnetate)	ครั้ง	4,200	
360	47206	Thyroid study (Perchlorate washout test)		2,000	
361	47301	Lung scan	ครั้ง	5,800	
362	47401	MUGA scan (Multiple Gated Acquisition)	ครั้ง	3,000	
363	47402	Heart SPECT MIBI TL-201	ครั้ง	8,300	
364	47403	Venogram scan	ครั้ง	1,000	
365	47404	Lymphatic scan (Dextrans)	ครั้ง	7,400	
366	47405	Lymphatic/sentinel node scan - (Technitium-99m nanocolloid)	ครั้ง	7,400	
367	47406	Heart - perfusion study (MIBI or Thallium-201) rest only	ครั้ง	4,000	
368	47407	Heart - Technitium-99m PYP scan for cardiac amyloidosis	ครั้ง	5,100	
369	47408	Lung aspiration scan (salivagram)	ครั้ง	2,000	
370	47409	Lung perfusion scan	ครั้ง	5,800	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
371	47410	Lung ventilation scan	ครั้ง	5,800	
372	47411	Lung shunting scan - hepatic tumor (Technitium-99m MAA)	ครั้ง	5,800	
373	47412	Pleuroperitoneal scan	ครั้ง	5,600	
374	47501	GI Bleeding (Phaytate)	ครั้ง	2,300	
375	47502	GI Bleeding (RBC)	ครั้ง	4,700	
376	47503	GI scan (Albumin)	ครั้ง	7,600	
377	47504	GI- Gastric emptying time scan	ครั้ง	3,200	
378	47505	Meckel's diverticulum scan	ครั้ง	4,000	
379	47506	Liver scan (Phytate)	ครั้ง	2,100	
380	47507	Liver scan (RBC)	ครั้ง	3,500	
381	47508	Hepatobiliary (DISIDA)	ครั้ง	5,800	
382	47509	GI- Esophageal transit scan	ครั้ง	3,000	
383	47510	Brain - Cisternoscintigraphy	ครั้ง	6,600	
384	47511	GI- Gastro-esophageal reflux (Milk) scan	ครั้ง	3,000	
385	47512	Additional SPECT/SPECT-CT 1 part	PART	2,500	
386	47513	Bladder/KUB - Radionuclide cystography	ครั้ง	3,500	
387	47601	Renal scan - DMSA	ครั้ง	3,500	
388	47602	Captopril renogram	ครั้ง	3,700	
389	47603	Furosemide renogram	ครั้ง	3,700	
390	47604	Testicular scan	ครั้ง	3,300	
391	47605	Renal study - GFR (Blood DTPA)	ครั้ง	3,000	
392	47606	Spleen scan (Technitium-99m Heat Treated RBC)	ครั้ง	4,000	
393	47607	Spleen/marrow scan	ครั้ง	4,500	
394	47701	Bone scan	ครั้ง	2,900	
395	48001	Rx Sr-89	ครั้ง	60,000	
396	48002	Rx Sm-153 50 mCi (Samarium Sm 153 lexidronam)	ครั้ง	10,000	
397	48201	Rx Hyperthyroid I-131: 1-30 mCi	ครั้ง	1,500	
398	48202	Rx CA Thyroid with l-I31 (OPD)	ครั้ง	3,000	
399	48203	Rx CA Thyroid with I-131: 31-100 mCi	ครั้ง	12,000	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
400	48204	Rx CA Thyroid with I-131: 101-150 mCi	ครั้ง	17,000	
401	48205	Rx CA Thyroid with I-131: 151-200 mCi	ครั้ง	22,000	
402	48208	Post treatment I-131 scan	ครั้ง	4,000	
403	48209	I-MIBG treatment (30 mCi)	ครั้ง	20,000	
404	48210	I-MIBG treatment (150 mCi)	ครั้ง	85,000	
405	49003	การจำลองการฉายรังสี 2 มิติด้วยเครื่อง CT simulator	ครั้ง	1,500	
406	49005	การจำลองการฉายรังสี 3 มิติด้วยเครื่อง CT simulator	ครั้ง	4,100	
407	49006	การจำลองการฉายรังสี 2 มิติด้วยเครื่อง simulator	ครั้ง	800	
408	49206	การฉายรังสีด้วย orthovoltage หรือ superficialvoltage	ครั้ง	300	
409	49208	Half body irradiation	ครั้ง	4,100	
410	49301	การคำนวณตามแผนการรักษา SRS , SRT	ครั้ง	10,000	
411	49304	การฉายรังสี 3D-CRT	ครั้ง	2,500	
412	49305	การฉาย 3D-CRT (IMRT)-Planning	ครั้ง	7,900	
413	49306	การฉาย 3D-CRT (IMRT)-ฉาย IMRT	วัน	3,300	
414	49603	การทำ Mould brachytherapy	ครั้ง	2,000	
415	51110	Scalp E.E.G. (16 ช่อง)	ครั้ง	900	
416	51111	Scalp & Sphenoid E.E.G. (16 ช่อง)	ครั้ง	1,500	
417	51112	Scalp & Sleep Record E.E.G. (16 ช่อง)	ครั้ง	1,500	
418	51114	Scalp EEG 10-20 system (32 ช่อง)	ครั้ง	1,800	
419	51115	Scalp EEG & Nasopharynx (32 ช่อง)	ครั้ง	2,000	
420	51116	Scalp EEG & Sleep deprivation (32 ช่อง)	ครั้ง	2,000	
421	51117	Scalp EEG & VDO monitoring (4-8 hours)	ครั้ง	4,200	
422	51118	Scalp EEG & VDO monitoring (24 hours)	ครั้ง	4,800	
423	51119	Intra-Op Cortical EEG	ครั้ง	3,000	ไม่รวมค่าอุปกรณ์
424	51310	Lung Function Test - Spirometry (Peak flow)	ครั้ง	30	
425	51311	Lung Function Test - Spirometry (Pulmonary Function Test)	ครั้ง	300	
426	51410	E.C.G. (Electrocardiography)	ครั้ง	200	รวม red dot
427	51420	Echo-Transthoracic + color + Doppler	ครั้ง	2,000	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
428	51421	3 D Echocardiography	ครั้ง	3,000	
429	51422	Transesophageal Echocardiogram	ครั้ง	2,000	
430	51423	Dobutamine Echocardiography	ครั้ง	4,000	ไม่รวมค่ายา
431	55310	การช่วยทางเดินหายใจให้โล่ง (Clear air way)	ครั้ง (visit)	100	รวม Airway
432	55311	การดูดเสมหะจากท่อหลอดลม	ครั้ง (visit)	60	รวมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ เช่น O2, ถุงมือ เป็นต้น , ไม่รวมสาย Suction
433	55320	การพ่นยาขยายหลอดลม	ครั้ง (visit)	60	รวมทุกอย่าง เช่น Syringe, Needle, O2, NSS , ไม่รวมยา
434	55510	การใส่สายยางกระเพาะอาหาร	ครั้ง (visit)	80	ไม่รวมสายสวนและถุง
435	55511	การให้อาหารทางสายยาง	ครั้ง (visit)	70	
436	55512	การล้างกระเพาะอาหาร	ครั้ง (visit)	260	รวมน้ำเกลือที่ใช้ล้างด้วย 3-7 ลิตร
437	55520	การตรวจทางทวารหนัก	ครั้ง (visit)	70	รวมวัสดุ
438	55521	การสวนอุจจาระด้วยน้ำเกลือ	ครั้ง (visit)	100	เพิ่มน้ำเกลือ 2 ขวด
439	55610	การสวนปัสสาวะทิ้ง	ครั้ง (visit)	110	รวมสายสวนและน้ำยา
440	55611	การสวนปัสสาวะคาสาย	ครั้ง (visit)	110	ไม่รวมสายสวนและถุง
441	55612	การล้างกระเพาะปัสสาวะ	ครั้ง (visit)	160	รวมน้ำเกลือที่ใช้ล้าง 3 ลิตร
442	55620	การตรวจภายใน	ครั้ง (visit)	120	รวมน้ำยา ถุงมือ
443	55810	การทำแผลแห้ง/แผลเย็บ	ครั้ง (visit)	80	รวม Set น้ำยา พลาสเตอร์ กอส และสำลีที่อยู่ในชุด อย่างละ 5-7 ชิ้น
444	55811	การทำแผลเปิด/ติดเชื้อ	ครั้ง (visit)	170	รวมเพิ่ม Top dressing 3-7 ชิ้น Sterile glove, Syringe
445	55812	การทำแผลเปิดขนาดใหญ่ (>15 นาที)	ครั้ง (visit)	320	รวมเพิ่ม Top dressing 8-12 ชิ้น Sterile glove, Syringe

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
446	55820	การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	ครั้ง (visit)	120	รวม IV set, T-way, extension, IV catheter,ไม่รวมสารน้ำ
447	55822	การฉีดยา IV (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	เข็ม	30	รวมเข็ม และ Syringe
448	55823	การฉีดยา IM (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	เข็ม	30	รวมเข็ม และ Syringe
449	55824	การฉีดยาใต้ผิวหนัง (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	เข็ม	30	รวมเข็ม และ Syringe
450	71011	การฟื้นคืนชีพ	ครั้ง	900	รวมการใช้เครื่อง Defibrillation แต่ไม่รวมยา และ ET tube
451	71121	Lumbar puncture	ครั้ง	200	
452	71220	การขยายม่านตาและดูจอประสาทตา	ครั้ง (visit)	50	
453	71250	Nasal endoscope	ครั้ง	800	
454	71270	Direct FOL laryngoscopy	ครั้ง	1,000	
455	71271	Direct laryngoscopy with remove FB	ครั้ง	1,400	
456	71272	Microdirect laryngoscopy with or without laser therapy	ครั้ง	1,500	
457	71320	Rigid bronchoscope	ครั้ง	1,200	
458	71321	Rigid bronchoscope with FB removal/ dilatation	ครั้ง	1,400	ไม่รวมค่าดมยา
459	71322	Laryngo-esophago-bronchoscope	ครั้ง	2,050	
460	71330	FOL Bronchoscopy	ครั้ง	1,800	- เป็นกล้องตรวจ VDO - ไม่รวมค่าดมยา
461	71331	FOL Bronchoscopy & biopsy	ครั้ง	1,900	
462	71332	FOL Bronchoscopy with remove FB	ครั้ง	2,100	
463	71333	FOL Bronchoscopy & treatment(laser,heat)	ครั้ง	2,600	- เป็นกล้องตรวจ VDO - ไม่รวมค่าดมยา
464	71340	เจาะปอด (Diagnostic thoracocentesis)	ครั้ง	200	
465	71341	การระบายเอาน้ำในช่องปอดออก (Chest Drain)	ครั้ง	400	ไม่รวมสาย chest drain (รหัส 3101)
466	71342	ตัดเยื่อบุช่องปอด (Pleural Biopsy)	ครั้ง	300	
467	71510	เจาะท้องเอาน้ำออก (Abdominal Paracentesis)	ครั้ง	200	
468	71511	การดูดหนองจากฝีที่ตับ (Liver Aspiration)	ครั้ง	250	
469	71512	การเจาะชิ้นเนื้อตับส่งตรวจพยาธิ (Liver Biopsy)	ครั้ง	250	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
470	71520	การส่องตรวจช่องท้อง (Peritonescopy)	ครั้ง	700	
471	71530	Esophagoscopy	ครั้ง	1,300	- เป็นกล้องตรวจ VDO - ไม่รวมค่าดมยา
472	71531	Esophagoscopy with remove FB	ครั้ง	1,400	
473	71540	Gastroduodenoscopy	ครั้ง	1,300	
474	71541	Gastroduodenoscopy & biopsy	ครั้ง	1,500	ไม่รวมค่าดมยา
475	71542	Esophago-gastroscope with banding	ครั้ง	1,900	ไม่รวมสาย Banding
476	71543	Gastroscope & adrenaline injection	ครั้ง	1,600	รวมยา Adrenaline
477	71544	Gastroduodenoscopy & sclerotherapy (laser, heat)	ครั้ง	2,900	รวมอุปกรณ์ ยา และ/หรือ Probe ที่ใช้
478	71545	Endoscopic ultrasound	ครั้ง	3,000	
479	71550	การส่องตรวจทวารหนัก (Proctoscopy)	ครั้ง	40	
480	71551	การส่องตรวจทวารหนักและซิกมอยด์ (Proctosigmoidoscopy fiberoptic)	ครั้ง	1,000	
481	71560	Colonoscopy (การส่องตรวจลำไส้ใหญ่)	ครั้ง	2,300	
482	71561	Colonoscopy & biopsy	ครั้ง	2,500	แยกคิดค่าชิ้นเนื้อ
483	71562	Colonoscopy & Polypectomy	ครั้ง	3,300	
484	71570	การทำ Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography (ERCP)	ครั้ง	6,500	รวมอุปกรณ์พื้นฐานในการวินิจฉัย สาย catheter และ GW ไม่รวมค่าฟิล์มและอุปกรณ์เพื่อการรักษา เช่น stent, brush, balloon, sphincterostomy
485	72610	PTBD (ราคาเหมาจ่าย)	ครั้ง	13,000	รวมอุปกรณ์พื้นฐาน Set introducer access สาย PTBD
486	72940	Fluoroscopew	ครั้ง	1,700	ราคานี้คำนวณที่เวลา 2 ชั่วโมง รวม Set พื้นฐานในหัตถการ ถุงมือ Mask ผ้าปู เสื้อคลุม การใช้ออกซิเจน เครื่องมือวัดสัญญาณชีพผู้ป่วย
487	72941	DSI	ครั้ง	5,000	
488	62101	ถอนฟัน	ซี่	350	
489	62102	ถอนฟันที่ยาก (เช่น กรอแบ่งรากฟัน)	ซี่	350	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
490	62103	ผ่าตัดเอารากฟันตกค้างออก (Surgical Removal of Residual Tooth Root)	ซี่	350	
491	63102	Pulpotomy ฟันน้ำนม	ครั้ง	480	
492	63104	Pulpectomy (ฟันน้ำนม) ฟันหน้า	ครั้ง	970	
493	63105	Pulpectomy (ฟันน้ำนม) ฟันหลัง	ครั้ง	970	
494	64101	ขูดหินน้ำลายทั้งปาก	ครั้ง	400	
495	67201	อุดฟันด้วยวัสดุ amalgam ด้านเดียว	ครั้ง	350	
496	67202	อุดฟันด้วยวัสดุ amalgam 2 ด้าน	ครั้ง	400	
497	67203	อุดฟันด้วยวัสดุ amalgam 3 ด้าน	ครั้ง	500	
498	67204	อุดฟันด้วยวัสดุ amalgam 4 ด้านขึ้นไป	ครั้ง	500	
499	67210	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟันด้านเดียว	ครั้ง	350	
500	67211	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน 2 ด้าน	ครั้ง	400	
501	67212	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน 3 ด้าน	ครั้ง	500	
502	67213	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน 4 ด้านขึ้นไป	ครั้ง	500	
503	1139	Other excision of pterygium	ครั้ง	3,000	จ่ายชดเชยตามเรียกเก็บ ไม่เกิน 3,000 บาท/ visit
504	1241	Destruction of lesion of iris, nonexcisional Destruction of lesion of iris by : cauterization , cryotherapy ,photocoagulation	ครั้ง	1,500	
505	1273	Cyclophotocoagulation	ครั้ง	4,000	
506	3995	Hemodialysis	ครั้ง	2,000	
507	4411	Transabdominal gastroscopy	ครั้ง	1,300	
508	4412	Gastroscopy through artificial stoma	ครั้ง	1,300	
509	4413	Other gastroscopy	ครั้ง	1,300	
510	5498	Peritoneal dialysis	ครั้ง	2,000	จ่ายชดเชยตามเรียกเก็บ ไม่เกิน 2,000 บาท/วัน รหัส ICD10 : N17*,O084, O904 ICD9=5498(N17,N171,N172,N178,N179)
511	5731	Cystoscopy through artificial stoma	ครั้ง	2,000	
512	5732	Other cystoscopy	ครั้ง	2,000	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
513	6902	Dilate & Curettage (Dilation and curettage following delivery or abortion)	ครั้ง	4,000	จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อครั้ง(ครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมด ทั้งค่าอัลตร้าซาวด์ ดมยา และวิสัญญี)
514	6909	Dilate & Curettage (Other dilation and curet-tage)	ครั้ง	4,000	
515	47050	ค่าตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งด้วย PET/CT	ครั้ง	30,000	จ่ายเฉพาะโรคมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก โรค มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจ์กิน (HL) ค่าบริการ ยกเว้นหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ภูมิภาค (นอกเหนือ จาก เขต กทม.และปริมณฑล) อัตราจ่ายตามเรียกเก็บไม่เกินอัตรา 34,337 บาท/ครั้ง

หมายเหตุ : รายการบริการ (Fee schedule) สำนักงานอาจมีการประกาศเพิ่มเติมในภายหลัง

ภาคผนวก 8

รายการยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน และรายการรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1) 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 (ก)	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)	Freez-dried powder	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)	10 mg	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
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

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาดความแรง	หน่วย	ราคา (บาท)
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 (ค)	25 mg	tab	225.00
34	Etoposide (ค)	50 mg	tab	450.00
35	Etoposide (ค)	100 mg	vial	480.00
36	Filgrastim (ง)	300 mcg	syringe/vial	1,020.00
37	Fludarabine (ง)	50 mg	vial	4711.00
38	Flutamide (ง)	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 (ก)	100 mg	vial	90.00
42	Hydroxyurea (ค)	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 (ง)	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 (ง)	11.25mg/	syringe/vial	8,035.00
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

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาดความแรง	หน่วย	ราคา (บาท)
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 (ก)	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 (ง)	11.25 mg	vial	8,035.00
81	Vinblastine (ค)	10 mg	vial	585.00
82	Vincristine (ค)	1 mg	vial	210.00
83	Vinorelbine tartrate (ง)	10 mg	vial	1,624.42
84	Vinorelbine tartrate (ง)	50 mg	vial	8,121.00
85	Erlotinib (จ2)	150 mg	tablet	(จ2)
86	Octreotide acetate (ชนิดออกฤทธิ์นาน) (จ2)	20 mg	vial	(จ2)
87	Octreotide acetate (ชนิดออกฤทธิ์นาน) (จ2)	30 mg	vial	(จ2)
88	Irinotecan hydrochloride (ง)	40 mg/2ml	vial	1,356.00
89	Irinotecan hydrochloride (ง)	100 mg/5ml	vial	3,288.00

หมายเหตุ

1) *มีผลสำหรับวันเข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ 4 พ.ค. 2564 (ทั้ง OP/IP)

2) กรณีใช้ปริมาณยานอกเหนือจากประกาศ การเบิกชดเชยให้คำนวณตามสัดส่วนเนื้อยา โดยเบิกตามปริมาณหรือจำนวนใช้จริง

3) รายการและราคายาและยาเคมีบำบัด สำนักงานอาจมีการประกาศเพิ่มเติมในภายหลัง

2) รายการรังสีรักษา ราคา และรหัสเบิกจ่ายในการรักษาโรคมะเร็ง

2.1) รายการรหัสเบิกรังสีรักษาสำหรับการรักษามะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา (Protocol)

No	CODE	NAME	COST	UNIT
1	RTX101	การตรวจและกำหนดแผนการรักษาด้วยรังสี	900	ครั้ง
2	RTX102	การจำลองการฉายรังสี 2 มิติ	800	ครั้ง
3	RTX103	การคำนวณตามแผนการรักษา 2 มิติ	700	ครั้ง
4	RTX104	การจำลองการฉายรังสี 3 มิติ	4,100	ครั้ง
5	RTX105	การคำนวณตามแผนการรักษา 3 มิติ	4,000	ครั้ง
6	RTX106	การคำนวณตามแผนการรักษาแบบ IMRT	7,900	ครั้ง
7	RTX107	การทำ Customized block	1,600	ครั้ง
8	RTX108	การทำอุปกรณ์ยึดอวัยวะในการฉายรังสี (Mask)	2,400	ครั้ง
9	RTX201	การฉายรังสีด้วยเครื่อง Co-60	300	field
10	RTX202	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาคพิเศษ MLC	600	field
11	RTX203	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค	500	field
12	RTX204	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค with Electron and MLC	600	field
13	RTX205	การฉายรังสี IMRT	3,300	ครั้ง
14	RTX206	การใส่แร่ซีเซียม-137	7,000	ครั้ง
15	RTX207	การใส่แร่อิริเดียม-192	5,800	ครั้ง
16	RTX208	การฝังแร่อิริเดียม-192	6,000	course
17	RTX209	Half Body Irradiation	4,100	ครั้ง
18	RTX210	การฉายรังสี SRS	65,000	course
19	RTX211	การฉายรังสี SRT	65,000	course
20	RTX212	Total body irradiation	20,000	course
21	RTX213	การฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด (IORT)	5,700	field
22	RTX214	ค่ารักษาด้วยเครื่อง Hyperthermia	1,600	ครั้ง

หมายเหตุ

1) คำนิยามของคำว่า “field” คือ ทิศทางการเข้าของรังสี ซึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่ง “field” ต่อหนึ่งบริเวณ/อวัยวะ (สมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย ลงวันที่ 20 เมษายน 2553)

2) รายการและราคารังสีรักษา สำนักงานอาจมีการประกาศเพิ่มเติมในภายหลัง

2.2) รายการรหัสเบิกรังสีรักษาสำหรับการรักษามะเร็งทั่วไป

No	CODE	NAME	COST
1	RTX216_101	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การตรวจและกำหนดแผนการรักษาด้วยรังสี	4,000 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_การคำนวณตามแผนการรักษาแบบIMRT	
7	RTX216_107	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การทำ Customized block	
8	RTX216_108	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การทำอุปกรณ์ยึดอวัยวะในการฉายรังสี (Mask)	4,000 บาท/ครั้ง
9	RTX216_201	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสีด้วยเครื่อง Co-60	
10	RTX216_202	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาคพิเศษMLC	
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

3) รายการรังสีรักษา สำนักงานอาจมีการประกาศเพิ่มเติมในภายหลัง

ภาคผนวก 9

กรณีการให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

คุณสมบัติศักยภาพของหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

(1) มีแพทย์ที่ผ่านการสอบเพื่อวุฒิบัตรและหนังสืออนุมัติเป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจักษุวิทยา ปฏิบัติงานประจำ (Full time) หรือปฏิบัติงานบางเวลา (Part time) ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด และการติดตามรักษาหลังผ่าตัด

(2) มีพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา หรือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางตา อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 1 คน ประจำตลอดเวลาของการให้บริการ

(3) บุคลากรอื่นที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ต้องผ่านการอบรมการทำงานด้านสุขภาพ หรือมีประสบการณ์ทางด้านสุขภาพ อย่างน้อย 2 ปี จำนวน 2 คน ประจำตลอดเวลาของการให้บริการ

(4) มีสถานที่ ที่เอื้อต่อการให้บริการตรวจรักษาต้อกระจก ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน สามารถให้การดูแลทั้งการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การผ่าตัด และการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง

(5) มีห้องผ่าตัดที่ได้มาตรฐาน มีความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ และบุคลากร ที่พร้อมให้การผ่าตัด รวมทั้งมีบริการดูแลผู้รับบริการหลังการผ่าตัด

(6) มีความพร้อมด้านอุปกรณ์ ดังนี้

(6.1) มีหรือจัดเตรียมให้มีเครื่องมือในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัด ดังนี้ Pin hole, Snellen’s chart หรือ E chart, เครื่องวัดความดันลูกตา

(6.2) มีหรือจัดให้มีเครื่องมือในห้องผ่าตัด ดังนี้ เครื่องสลายต้อกระจก (Phacoemulsification machine) พร้อมอุปกรณ์ คือ หัวสลายต้อ, หัวดูดเศษเลนส์ที่เหลือค้าง, Disposables Cassette, น้ำยา Balance Salt Solution, สารหนืด (Viscoelastic), ใบมีด slit knife, กล้องผ่าตัด และ Steri-drape

(7) มีแผนการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดตามมาตรฐานราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ โดยมีการติดตามผลหลังการผ่าตัดโดยจักษุแพทย์ 3 ครั้ง ในวันที่ 1 วันที่ 7 และวันที่ 30 หลังการผ่าตัด

(8) มีแนวทางการควบคุมการติดเชื้อ โดยจัดโครงสร้างการบริหารงาน และมีการจัดการทรัพยากรบุคคลในการดำเนินงานเพื่อกำหนดแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีระบบรายงานหรือการสำรวจข้อมูลการติดเชื้อ หรือมีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้รับบริการ

ภาคผนวก 10

เกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติเลนส์แก้วตาเทียม

ข้อ 1 เลนส์แข็ง (Hard IOL)

(1) คุณสมบัติของเลนส์แก้วตาเทียม (Specification of IOL)

(1.1) วัตถุดิบ PMMA

(1.2) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของ optic ≥5.5 mm

(1.3) มี UV blocker

(1.4) เป็น one piece หรือ 3-piece design

(2) เกณฑ์บ่งชี้คุณภาพ (Quality Assurance)

(2.1) ผ่านการอนุญาตจาก US, FDA, CE หรือ Japanese Ministry of Health and Welfare

(2.2) ผลิตจากโรงงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐานกระบวนการผลิตระดับสากล เช่น : ISO หรือเทียบเท่า

(2.3) โรงงานผลิต/บริษัท มีประสบการณ์การผลิต IOL อย่างน้อย 5 ปี

(2.4) มีประวัติการยอมรับ ซึ่งมีนิยามว่ามีการใส่ IOL อย่างน้อย 50 ครั้ง โดยจักษุแพทย์ไทย (แพทย์ไม่ต่ำกว่า 5 คน) และมีการติดตามผลอย่างน้อย 3 เดือนพร้อมแนบผล Clinical Result Form (CRF)

ข้อ 2 เลนส์นุ่ม (Foldable IOL)

(1) คุณสมบัติของเลนส์แก้วตาเทียม (Specification of IOL)

(1.1) วัตถุดิบ Acrylic

(1.2) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของ optic ≥5.5 mm

(1.3) มี UV blocker

(1.4) เป็น one piece หรือ 3-piece design

(1.5) มี Square edge optic (ในกรณี one piece IOL design)

(1.6) มี Aspheric (ในกรณี one piece IOL design)

(2) เกณฑ์บ่งชี้คุณภาพ (Quality Assurance)

(2.1) ผ่านการอนุญาตจาก US, FDA, CE หรือ Japanese Ministry of Health and Welfare

(2.2) ผลิตจากโรงงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐานกระบวนการผลิตระดับสากล เช่น : ISO หรือเทียบเท่า

(2.3) โรงงานผลิต/บริษัท มีประสบการณ์การผลิต IOL อย่างน้อย 5 ปี

(2.4) มีประวัติการยอมรับ ซึ่งมีนิยามว่ามีการใส่ IOL อย่างน้อย 50 ครั้ง โดยจักษุแพทย์ไทย (แพทย์ไม่ต่ำกว่า 5 คน) และมีการติดตามผลอย่างน้อย 3 เดือนพร้อมแนบผล Clinical Result Form (CRF)

<u>หมายเหตุ</u> : กรณีรายการเลนส์ที่ได้รับการสนับสนุนจากนโยบายรัฐบาล ตามนโยบายและแผนวิทยาศาสตร์และนวัตกรรมแห่งชาติ ให้สามารถเสนอเข้ามาพิจารณาตามขั้นตอนได้

ภาคผนวก 11

รายการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2565

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
		หมวด 1 ระบบประสาท		
	1000	1.0 กระโหลกศีรษะเทียม เยื่อหุ้มสมองเทียม และวัสดุยึดกระโหลก		
1	1001	**1.0.1 กระโหลกศีรษะเทียม (Cranioplastic Implant)** **ลักษณะ** แต่ละชุดประกอบด้วยผง Methyl methacrylate และ Solution **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีส่วนของกระดูกกระโหลกขาดหายไป	ชุดละ	4,000
2	1003	**1.0.3 เยื่อหุ้มสมองเทียม (Dural Substitue)** **ลักษณะ** เป็นแผ่นบางๆ ทำจากสารสังเคราะห์ หรือเนื้อเยื่อ **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนส่วนที่หายไป หรือปกคลุมสมอง หรือไขสันหลัง ในส่วนที่บวม จนไม่สามารถเย็บปิดเยื่อหุ้มสมองได้	แผ่นละ	9,000
	1100	**1.1 ท่อ/สายต่อจากช่องกระโหลก และวัสดุใช้ในช่องกระโหลก**		
3	1101	**1.1.1 ชุดท่อต่อช่องสมอง (External Ventricular Drainage System)** **ลักษณะ** เป็นชุดเพื่อใช้ระบายน้ำหล่อสมอง และไขสันหลังออกสู่ภายนอกร่างกาย ประกอบด้วย ท่อต่อเชื่อมสมอง และไขสันหลัง (Ventricular Catheter) อุปกรณ์กักเก็บน้ำ และท่อต่อเชื่อม **ข้อบ่งชี้** น้ำหล่อสมอง และไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus) หรือมีเลือดออกในช่องสมอง	ชุดละ	4,500
4	1102	**1.1.2 อุปกรณ์ช่วยระบายน้ำในช่องสมอง (Ventriculoperitoneal Shunt)** **ลักษณะ** เป็นชุดประกอบด้วยสายต่อช่องสมอง กระเปาะสำหรับ กดทดสอบ และสายต่อภายในสู่ช่องท้อง หรือช่องหัวใจ รวมถึงอุปกรณ์ที่ใช้ต่อสาย(Connector) **ข้อบ่งชี้** น้ำหล่อเลี้ยงสมอง และไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus)	ชุดละ	8,100
5	1104	**1.1.4 คีมหนีบหลอดเลือดโป่งพองในช่องกะโหลกศีรษะ (Aneurysm Clip for Intracranial Aneurysm)** **ลักษณะ** เป็นคีมหนีบหลอดเลือดแดงที่โป่งพองผิดปกติ โดยใส่ไว้ในร่างกายตลอดไป **ข้อบ่งชี้** เพื่อป้องกันเลือดออกในสมองจากหลอดเลือดแดงโป่งพอง	อันละ	6,700
		หมวด 2 ตา หู คอ จมูก		
	2000	**2.0 ลูกตา กระจกตา และเลนส์แก้วตาเทียม**		
6	2001	**2.0.1 ลูกตาเทียมทำด้วยพลาสติก (Eye Prosthesis)** **ลักษณะ** เป็นตาปลอม โดยมีลักษณะเป็นแผ่นสารสังเคราะห์ระบายสี ทำจากวัสดุได้หลายชนิด เช่น พลาสติก อคริลิก **ข้อบ่งชี้** ใช้ใส่ในผู้ป่วยที่ไม่มีลูกตาหรือตาฝ่อ	ข้างละ	1,000
7	2002	**2.0.2 วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดไม่มีรูพรุน** **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์คล้ายพลาสติกแข็งๆ รูปร่างกลมเรียบ ใส่หลังจากผ่าตัดเอาลูกตาออก **ข้อบ่งชี้** ใช้หนุนรับลูกตาเทียมในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผ่าตัดเอาลูกตาออก	อันละ	200

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
8	2003	**2.0.3 วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดมีรูพรุน (Integrated Orbital Implant)** **ลักษณะ** รูปร่างกลม มีรูพรุน ทำด้วยวัสดุหลายชนิด เช่น Hydroxyapatite ใส่หลังจากผ่าตัดเอาลูกตาออก **ข้อบ่งชี้** ใช้หนุนรับลูกตาเทียม ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเอาลูกตาออก และต้องการให้ตาเทียมสามารถกรอกตาได้คล้ายของจริง	อันละ	13,500
9	2004	**2.0.4 วัสดุเสริมกระดูกเบ้าตา (Orbital Implant for Orbit)** **ลักษณะ** เป็นแผ่นรองกระดูกเบ้าตาที่แตก สามารถทำได้จากวัสดุหลายชนิด **ข้อบ่งชี้** ใช้ในผู้ป่วยที่กระดูกเบ้าตาแตก เพื่อแทนที่กระดูกที่หัก	อันละ	2,000
10	2005	**2.0.5 กระจกตาดำเทียม (Corneal Prosthesis)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์ มีความใส **ข้อบ่งชี้** ใช้ในผู้ป่วยที่กระจกตา (Cornea) ขุ่น	อันละ	15,000
11	2006	**2.0.6 เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดพับได้ (Foldable Intraocular Lens)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์ใส่แทนเลนส์แก้วตาเพื่อช่วยในการมองเห็น สามารถพับได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตา หรือไม่มีเลนส์แก้วตา	อันละ	2,800
12	2007	**2.0.7 เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดแข็งพับไม่ได้ (Unfoldable Intraocular Lens)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์ใส่แทนเลนส์แก้วตา เพื่อช่วยในการมองเห็น มีเนื้อแข็งไม่สามารถพับได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตา หรือไม่มีเลนส์แก้วตา	อันละ	700
	2100	**2.1 วัสดุ/เครื่องมือพิเศษที่ใช้ในการผ่าตัดตา**		
13	2101	**2.1.1 วัสดุที่ใช้หนุนในลูกตาในการผ่าตัดซ่อมจอประสาทตา (Buckle)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์คล้ายฟองน้ำหรือแผ่นซิลิโคน **ข้อบ่งชี้** ใช้หนุนดันให้ผนังลูกตาสัมผัสจอประสาทตาในกรณีที่เป็นโรคจอประสาทตาลอก หรืออาจใช้ในการผ่าตัดอื่น เช่น โรคหนังตาตก	อันละ	2,700
14	2102	**2.1.2 ของเหลวสำหรับกดจอประสาทตา (Perfluorocarbon liquid)** **ลักษณะ** เป็นของเหลวมีความหนาแน่นสูง **ข้อบ่งชี้** ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตา เพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตา และการผ่าตัดน้ำวุ้นตา	หลอดละ	6,400
15	2103	**2.1.3 น้ำมันซิลิโคนสำหรับกดจอประสาทตา (Silicone Oil)** **ลักษณะ** มีลักษณะเป็นน้ำมันใส **ข้อบ่งชี้** ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตาและการผ่าตัดน้ำวุ้นตา	หลอดละ	5,400
16	2104	**2.1.4 ก๊าซสำหรับฉีดกดจอประสาทตา (Intraocular Gas)** **ลักษณะ** เป็นก๊าซที่ขยายตัวได้ และอยู่ในลูกตาได้นาน **ข้อบ่งชี้** ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตา เพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตาและการผ่าตัดน้ำวุ้นตา	ครั้งละ	500
17	2105	**2.1.5 ท่อระบายและที่เก็บกักลดความดันตาในโรคต้อหิน ชนิดมีลิ้นปิดเปิด (Glaucoma shunt device with valve)** **ลักษณะ** เป็นท่อกลวงเพื่อระบายน้ำในลูกตามายังที่เก็บกักซึ่งอยู่ใต้เยื่อบุตา โดยมีลิ้นปิดเปิดควบคุมความดันตา **ข้อบ่งชี้** ใช้ในโรคต้อหินในกรณีที่แพทย์เห็นว่าการผ่าตัดต้อหินด้วยวิธีอื่นไม่ได้ผลและมีความเสี่ยงสูงที่จะสูญเสียการมองเห็น เช่น ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยตามองเห็นข้างเดียว(One eye) เป็นต้น **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** จักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต้อหิน	อันละ	16,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
18	2106	**2.1.6 ท่อระบายและที่เก็บกักลดความดันตาในโรคต้อหิน ชนิดไม่มีลิ้นปิดเปิด (Glaucoma shunt device without valve)** **ลักษณะ** เป็นท่อกลวงเพื่อระบายน้ำในลูกตามายังที่เก็บกักซึ่งอยู่ใต้เยื่อบุตา โดยไม่มีลิ้นปิดเปิดควบคุมความดันตา **ข้อบ่งชี้** ใช้ในโรคต้อหินในกรณีที่แพทย์เห็นว่าการผ่าตัดต้อหินด้วยวิธีอื่นไม่ได้ผล **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** จักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต้อหิน	อันละ	8,000
19	2113	**2.1.13 ชุดผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา (Vitrectomy Set)** **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์ ซึ่งประกอบด้วย เครื่องมือตัดน้ำวุ้นลูกตาและอุปกรณ์ช่วยหลายชนิดใน **ข้อบ่งชี้** ใช้การผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา	ชุดละ	9,000
20	2115	**2.1.15 ใบมีดตัดกระจกตา (Corneal Trephine)** **ลักษณะ** เป็นใบมีดผ่าตัดรูปร่างทรงกระบอกใช้ตัดกระจกตา **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	ชุดละ	5,400
	2200	**2.2 แว่นตา เลนส์สัมผัส ที่ใช้ใส่หลังจากการผ่าตัดเอาแก้วตาออกเพื่อรักษาต้อกระจก (กรณีไม่ใส่เลนส์แก้วตาเทียม)** **ข้อบ่งชี้** รายการ 2.2.1 - 2.2.5 ใช้ใส่หลังการผ่าตัดเอาเลนส์แก้วตาออก และไม่ได้ใส่เลนส์แก้วตาเทียม		
21	2201	**2.2.1 แว่นตาสำหรับมองไกล 1 อัน (Distance Eyeglasses)**	อันละ	1,800
22	2202	**2.2.2 แว่นตาสำหรับมองใกล้ 1 อัน (Near Eyeglasses)**	อันละ	1,800
		(สำหรับการผ่าตัด ครั้งที่ 2 ในตาข้างเดิม ให้เปลี่ยนได้เฉพาะเลนส์)	ข้างละ	900
23	2203	**2.2.3 เลนส์สัมผัส ชนิดแข็ง (Hard Contact Lens)**	ข้างละ	1,300
24	2204	**2.2.4 เลนส์สัมผัส ชนิดครึ่งนุ่มครึ่งแข็ง (Rigid Gas Permeable Lens)**	ข้างละ	1,800
25	2205	**2.2.5 เลนส์สัมผัส ชนิดนิ่ม (Soft Contact Lens)**	ข้างละ	1,800
	2400	**2.4 อวัยวะเทียมเกี่ยวกับหู**		
26	2401	**2.4.1 กระดูกหูเทียม ชนิดแยกชิ้น** **ลักษณะ** เป็นท่อนเล็กๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลิมเมอร์ ไฮดรอกซี แอพาไทต์ ไทเทเนียม ทำหน้าที่เชื่อมการนำเสียง **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนกระดูกโกลน (Stapes)	ชิ้นละ	2,700
27	2402	**2.4.2 กระดูกหูเทียมทดแทนกระดูกหูทั้งหมด (Total Ossicle Reconstruction Prosthesis)** **ลักษณะ** เป็นท่อนเล็กๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลิมเมอร์ลักษณะคล้ายร่ม **ข้อบ่งชี้** ใช้เชื่อมระหว่างกระดูกหู หรือเชื่อมกับหูชั้นใน	ชิ้นละ	4,500
28	2403	**2.4.3 กระดูกหูเทียมทดแทนกระดูกหูบางส่วน (Partial Ossicle Reconstruction Prosthesis)** **ลักษณะ** เป็นท่อนเล็กๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลิมเมอร์ **ข้อบ่งชี้** ใช้เชื่อมระหว่างกระดูกหูหรือเชื่อมกับหูชั้นใน	ชิ้นละ	4,500
29	2404	**2.4.4 ใบหูเทียม** **ลักษณะ** ทำจาก Silicone ติดโดยใช้กาว **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ที่ใบหูขาดไม่สามารถตกแต่งกลับมาได้ หรือความผิดปกติของใบหูที่ไม่สามารถผ่าตัดได้	ข้างละ	10,800

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
30	2405	**2.4.5 ชุดประสาทหูเทียม (Cochlear Implant)** **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่อยู่ในร่างกายและส่วนที่อยู่นอกร่างกาย ดังนี้ 1) ส่วนที่อยู่ในร่างกาย ประกอบด้วย อุปกรณ์สำคัญ คือ ตัวรับสัญญาณ (receiver) และขั้วไฟฟ้า (electrode array) ชนิดหลายขั้วตั้งแต่ 12 electrodes ขึ้นไป สามารถรองรับเทคโนโลยีใหม่ในอนาคตได้ โดยไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดใหม่ สามารถเข้าเครื่อง MRI ที่มีความเข้มข้นไม่น้อยกว่า 1.5 เทสลา โดยไม่ต้องผ่าตัดเอาแม่เหล็กออก และสามารถถอดแม่เหล็กออกได้เมื่อต้องการโดยไม่ชำรุด รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า 10 ปี 2) ส่วนที่อยู่นอกร่างกาย ประกอบด้วย 2.1) เครื่องแปลงสัญญาณเสียงพูด (speech processor) รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า 5 ปี 2.2) ขดลวดส่งต่อสัญญาณและแม่เหล็ก รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า 2 ปี 2.3) สายไฟเชื่อมต่อเครื่องแปลงสัญญาณเสียงพูดเข้ากับขดลวดส่งต่อสัญญาณ (coil cable) รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า 2 ปี 2.4) แบตเตอรี่ชนิดประจุไฟฟ้าใหม่ได้ (rechargeable battery) อย่างน้อย 2 ชุด พร้อมแท่นชาร์ต 2.5) มีระบบ Data Logging เพื่อให้สามารถรู้ว่าผู้ป่วยใช้งานหรือไม่ 2.6) มีระบบป้องกันน้ำที่มาตรฐานไม่ต่ำกว่า International Protection 57 ขึ้นไป 2.7) มีไมโครโฟน (omni direction) อย่างน้อย 2 ตัว 2.8) มีกล่องอบกันความชื้นที่รองรับการใช้งานอย่างน้อย 2 ปี โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม **ข้อบ่งชี้** 1) ผู้ป่วยอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี 6 เดือน ในกรณี prelingual หรืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ในกรณี postlingual (ณ วันที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินว่ามีความพร้อมในการผ่าตัดตามข้อบ่งชี้ครบทุกข้อ) และ 2) ใช้การประเมินโดยการวัดการได้ยิน โดยดูการตอบสนองของเสียงผ่านก้านสมอง (Auditory Brainstem Response; ABR และ Auditory Steady State Response; ASSR) มีระดับการได้ยินตั้งแต่ 90 เดซิเบลขึ้นไปในหูทั้งสองข้าง และ 3) มีการฟื้นฟูสมรรถภาพการฟัง และการพูดมาก่อน ณ สถานพยาบาลที่ทำการผ่าตัดประสาทหูเทียมอย่างน้อย 3 ครั้ง ในเวลา 3 เดือน ขณะใช้เครื่องช่วยฟังที่ปรับอย่างเหมาะสมแล้วไม่ได้ผล หรือได้ผลน้อยจากการใช้เครื่องช่วยฟัง ประเมินโดยแบบประเมินมาตรฐาน หรือไม่มีพัฒนาการความก้าวหน้าทางด้านการได้ยิน ภาษา และการพูดอย่างน้อย 3-6 เดือน ยกเว้นกรณี prelingual หรือ postlingual ที่หูหนวกจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบสามารถผ่าตัดได้ทันที **หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกชุดประสาทหูเทียม** 1) หน่วยบริการสามารถเบิกอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมได้จำนวน 1 ชุดต่อการให้บริการผู้ป่วย 1 คน 2) ผู้รับบริการจะต้องมีใบรับรองแพทย์ที่ระบุข้อบ่งชี้ครบทุกข้อ พร้อมทั้งหลักฐานการตรวจการได้ยินที่รับรองโดยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด และตรวจระดับสติปัญญาหรือพัฒนาการที่รับรองโดยจิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา หรือกุมารแพทย์พัฒนาการเด็ก มาเพื่อประกอบการเบิกจ่าย 3) หน่วยบริการต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม (Pre-authorized : PA) ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด <u>หมายเหตุ</u> หลักเกณฑ์และเงื่อนไขอื่น ๆ ให้เป็นไปตามแนวทางการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สำนักงานกำหนด	ชุดละ	300,000
	2600	**2.6 อุปกรณ์เกี่ยวกับจมูก**		
31	2601	**2.6.1 จมูกเทียมชนิดติดกาว** **ลักษณะ** เป็นสารสังเคราะห์ที่มีรูปร่างภายนอกช่องจมูก **ข้อบ่งชี้** ใส่หลังผ่าตัดจมูกออก ซึ่งมักเป็นรายที่เป็นมะเร็ง ช่วยปกปิดอวัยวะภายในช่องจมูก และแก้ไขความพิการ ผิดรูป	ชิ้นละ	9,000
	2700	**2.7 อุปกรณ์ช่วยการพูด และอุปกรณ์อื่น เกี่ยวกับคอ**		

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน(บาท)
32	2701	**2.7.1 ฝาครอบช่วยพูด (Speaking Valve)** **ลักษณะ** เป็นท่อกลวงทำจากซิลิโคน ภายในมีลิ้นให้ลมเข้าออกได้ทางเดียว **ข้อบ่งชี้** ใช้ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอากล่องเสียงออก เพื่อให้สามารถมีเสียงพูด	อันละ	2,400
33	2702	**2.7.2 เครื่องช่วยพูด** **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์อิเลคโทรนิก เมื่อกดกับพื้นผิวจะเกิดเสียงจากการสั่นสะเทือน เพื่อช่วยในการสื่อสาร มีสวิทปิดเปิดใช้แบตเตอรี **ข้อบ่งชี้** ใช้ในกรณีที่ผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด	เครื่องละ	36,000
34	2704	**2.7.4 เพดานเทียม (Palatal Obturator)**	ชิ้นละ	800
34/1	2704A	**เพดานเทียม (Obturator + Screw)** **ข้อบ่งชี้** สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก ยื่นออกโดยใช้สกรู เพื่อช่วยในการดูดนม	ชุดละ	1,500
34/2	2704B	**เพดานเทียม [Obturator + Nasoalveolar Molding (NAM)]** **ข้อบ่งชี้** สำหรับจัดโครงสร้างจมูกและสันเหงือก ใช้หลังเย็บริมฝีปากเพื่อช่วยดูดนมและคงสภาพโครงสร้างจมูก	ชุดละ	1,800
34/3	2704C	**เพดานเทียม [Obturator + Screw + Nasoalveolar Molding (NAM)]** **ข้อบ่งชี้** สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก ยื่นออก โดยใช้สกรู และสำหรับจัดโครงสร้างจมูก	ชุดละ	2,500
34/4	2704D	**เพดานเทียม [Nasoalveolar Molding (NAM)]** **ข้อบ่งชี้** เพื่อจัดโครงสร้างกระดูก และคงสภาพโครงสร้างจมูก	ชิ้นละ	700
		หมวด 3 ระบบทางเดินหายใจ		
	3000	**3.0 ท่อ/หลอดคอ/อุปกรณ์ช่วยการหายใจ**		
35	3003	**3.0.3 หลอดคอช่วยการหายใจ (Tracheostomy Tube) ชนิดทำด้วยพลาสติก** **ลักษณะ** เป็นท่อพลาสติกกลวง โค้งงอเล็กน้อย มีปีกสองข้างสำหรับคล้องเชือก ข้อบ่งชี้ ใส่หลอดลมคอเพื่อช่วยในการหายใจ	อันละ	1,900
		หมวด 4 หัวใจและหลอดเลือด		
	4000	**4.0 ลิ้นหัวใจเทียม ผนังหัวใจเทียม และหลอดเลือดเทียม** **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ 4.0.1 - 4.0.10 เป็นอวัยวะเทียมชนิดต่างๆ สำหรับใส่ไปในตัวผู้ป่วยในการผ่าตัดหัวใจ เพื่อแก้ไขความผิดปกติของลิ้นหัวใจ หรือผนังกั้นหัวใจ และหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม รายการ 4.0.12- 4.0.14สำหรับใส่ทดแทนในผู้ป่วยที่หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง รายการ 4.0.16 สำหรับใส่ทดแทนในผู้ป่วยที่หลอดเลือดส่วนปลายตีบ หรืออุดตัน		
36	4001	**4.0.1 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดลูกบอลล์**	อันละ	29,000
37	4002	**4.0.2 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน 1 แผ่น ปิด – เปิด**	อันละ	34,000
38	4003	**4.0.3 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน 2 แผ่น ปิด – เปิด**	อันละ	31,000
39	4004	**4.0.4 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ ทำจากหมู (ชนิดมีโครง)**	อันละ	48,000
40	4005	**4.0.5 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ ทำจากหมู (ชนิดไม่มีโครง)**	อันละ	55,000
41	4006	**4.0.6 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ ทำจากเยื่อบุหัวใจวัว**	อันละ	65,000
42	4007	**4.0.7 ลิ้นหัวใจเทียมและหลอดเลือดเทียม**	อันละ	57,000
43	4008	**4.0.8 ขอบลิ้นหัวใจเทียม (Valve Ring)**	อันละ	18,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
44	4009	**4.0.9 ผนังหัวใจเทียม (PTFE Patch) ชนิดแผ่นสังเคราะห์**	แผ่นละ	3,400
45	4010	**4.0.10 ผนังหัวใจเทียม (Dacron Patch)**	แผ่นละ	3,000
46	4012	**4.0.12 หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นตรง**	เส้นละ	12,000
47	4013	**4.0.13 หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นแยก**	เส้นละ	15,000
48	4014	**4.0.14 หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้าพร้อมแขนงบริเวณตรงกลางหลอดเลือดเทียม (Aortic with Branches)** **ลักษณะ** เป็นหลอดเลือดเทียมที่มีแขนงสำเร็จรูปสำหรับ Aortic arch และ Branch ของ Aortic ach	เส้นละ	17,000
49	4016	**4.0.16 หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลายชนิด มีวงแหวน PTFE Ring Vascular Graft (ตามความยาวที่ใช้)**	ซม.ละ	600
50	4019	**4.0.19 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดทำจากเนื้อเยื่อ (Homograft)** **ข้อบ่งชี้** 1) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของลิ้นหัวใจ (Infective Endocarditis) 2) ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ลิ้นหัวใจมีขนาดเล็กไม่สามารถใส่ลิ้นหัวใจเทียมชนิดอื่นได้ 3) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจพัลโมนิก (Pulmonic Valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก 4) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจเอออร์ติก (Aortic Valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก 5) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ต้องการสร้างเสริมเส้นเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจ (Aortic Reconstruction, Pulmonary Artery Reconstruction)	ชิ้นละ	25,000
	4100	**4.1 วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดโดยใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม** **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ 4.1.1 - 4.1.9 สำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด		
51	4101	**4.1.1 ปอดเทียม (Membrane Oxygenator)**	ชุดละ	9,000
52	4102	**4.1.2 ชุดสายยางประกอบการไหลเวียนนอกร่างกาย (Extracorporeal Complete Set)**	ชุดละ	3,400
53	4103	**4.1.3 อุปกรณ์กักกรองเลือด (Reservoir)**	อันละ	3,000
54	4104	**4.1.4 อุปกรณ์กรองฟองอากาศทางเดินเลือดแดง (Bubble Trap)**	อันละ	1,000
55	4107	**4.1.7 ชุดสายยางประกอบการให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardioplegia Set)**	ชุดละ	3,400
56	4108	**4.1.8 อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ ชนิดทางตรง (Antegrade Cardioplegia Set)**	อันละ	1,100
57	4109	**4.1.9 อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ ชนิดย้อนทาง (Retrograde Cardioplegia Set)**	อันละ	3,400
	4300	**4.3 อุปกรณ์ หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ตีบ (Coronary Intervention)**		
		ข้อบ่งชี้หลัก **รายการ 4.3.1 -4.3.14, 4.3.16 สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการตามมาตรฐานวิชาชีพในกลุ่มโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ตีบ (Coronary artery diseases) ทั้ง acute coronary syndrome และ chronic coronary syndrome ที่มีความจำเป็นต้องขยาย (Coronary Intervention) โดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม และข้อบ่งชี้เพิ่มเติมที่อาจมีในรายการนั้นๆ**		

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
58	**4301**	**4.3.1 สายสวนหลอดเลือดนำทางเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (Coronary Guiding Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายใช้สำหรับนำทางสายสวนที่ใช้ขยายหลอดเลือดชนิดต่างๆ เข้าไปในหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	3,500
59	**4302**	**4.3.2 สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (PTCA GuideWire)** **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้สำหรับใส่สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ชนิดต่างๆ ผ่านรอยตีบในหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	3,200
60	**4303**	**4.3.3 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยบอลลูน (Coronary Balloon Dilatation catheter หรือ PTCA Balloon)**	ชุดละ	8,000
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่		
61	**4304**	**4.3.4 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวด (Coronary Stent) ชนิดทำจากโลหะ** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ ผลิตจากวัสดุที่ทำมาจากโลหะ (Stainless Steel) **ข้อบ่งชี้** เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง เกณฑ์การพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการรักษาโรค หลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สำนักงานประกาศกำหนด	ชุดละ	6,800
62	**4305**	**4.3.5 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ ด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำที่ปลายสายใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ **ข้อบ่งชี้** ให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด		
62/1	**4305A**	**สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent) ชนิดโลหะอัลลอยด์**	ชุดละ	12,500
62/2	**4305B**	**สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent) ชนิดโลหะสแตนเลส**	ชุดละ	9,400
62/3	**4305C**	**สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent) ชนิดอัลลอยด์แบบ โพลีเมอร์ ชนิดย่อยสลายเองได้**	ชุดละ	16,078
62/4	**4305D**	**สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent) ชนิดไม่มีโพลิเมอร์**	ชุดละ	27,720
63	**4306**	**4.3.6 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Coronary Stent Graft)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟต์ที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	80,000
64	**4307**	**4.3.7 สายสวนหัวกรอกากเพชรเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (Rotational Atherectomy Burr Catheter)** **ลักษณะ** สายสวนที่มีหัวกรอกากเพชรที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	30,000
65	**4308**	**4.3.8 อุปกรณ์ขับเคลื่อนสายสวนหัวกรอกากเพชรเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (Rotational Atherectomy Burr Advancer) (รหัส 4307)** **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์สำหรับกรอด้วยความถี่สูงและขับเคลื่อนสายสวนที่มีหัวกรอกากเพชรที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	30,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
66	4309	**4.3.9 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่และหลอดเลือดแดงที่ไต (Renal artery) ด้วยบอลลูน ชนิดติดใบมีด (Cutting Balloon Catheter)** **ลักษณะ** สายสวนที่มีบอลลูนชนิดติดใบมีดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่และหลอดเลือดแดงที่ไต (Renal artery) **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับทำการถ่างขยายรักษาการตีบตันของหลอดเลือดที่ไม่สามารถขยายได้ด้วยสายสวนบอลลูนปกติ ได้แก่ 1) หลอดเลือดแดงโคโรนารี่ 2) หลอดเลือดแดงที่ไต (Renal artery) ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายไต	ชุดละ	25,000
67	4310	**4.3.10 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ ด้วยการดูดลิ่มเลือดด้วยวิธีเซิงกล (Thrombectomy Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีอุปกรณ์สำหรับดูดลิ่มเลือดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	17,000
68	4311	**4.3.11 สายสวนเพื่อการขยายหรือตัดเซาะหลอดเลือดด้วยลำแสงเลเซอร์ (Laser Angioplasty Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่สามารถปล่อยลำแสงเลเซอร์จากปลายสายใช้เพื่อการขยาย หรือตัดเซาะหลอดเลือดโคโรนารี่ **ข้อบ่งชี้** เพื่อช่วยในการตัดขยายหลอดเลือดขณะทำการดึงสายเครื่องกระตุ้นหัวใจออกจากร่างกายผู้ป่วย ในกรณีที่ไม่สามารถดึงสายเครื่องกระตุ้นหัวใจออกได้ด้วยวิธีการดึงธรรมดา หรือด้วยอุปกรณ์ยึดเหนี่ยวสายเครื่องกระตุ้นหัวใจ (Lead Locking Stylet) **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด และอายุรแพทย์โรคหัวใจและกุมารแพทย์โรคหัวใจที่ได้รับการฝึกอบรมในห้องปฏิบัติการระบบไฟฟ้าหัวใจ (Electrophysiology Laboratory) ในสถาบันที่มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือได้รับการรับรองจากชมรมช่างไฟฟ้าหัวใจแห่งประเทศไทย และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมป์	ชุดละ	60,000
69	4312	**4.3.12 ชุดสายสวนและอุปกรณ์เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย (Distal Embolic Protection Device)** **ลักษณะ** เป็นชุดสายสวนและอุปกรณ์ใช้สำหรับป้องกันลิ่มเลือดที่บริเวณรอยตีบเคลื่อนไปอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย เพื่อความปลอดภัยในการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่และหลอดเลือดแดงส่วนปลายในกรณีที่ลิ่มเลือดมีปริมาณมาก **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาระบบประสาท (Interventional Neuroradiology) 2) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon) 4) ประสาทศัลยแพทย์ ประกาศนียบัตรศัลยศาสตร์หลอดเลือดสมองและไขสันหลัง	ชุดละ	60,000
70	4313	**4.3.13 สายสวนเพื่อตรวจภายในหัวใจหรือหลอดเลือดด้วยการถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อน หรือคลื่นแสง** **ลักษณะ** เป็นสายสวนใช้สำหรับตรวจภายในหัวใจ หรือหลอดเลือดโคโรนารี่ หรือหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ด้วยการถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อนหรือคลื่นแสง **ข้อบ่งชี้** 1) คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon) 2) หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน ระดับ 1	ชุดละ	34,000
71	4314	**4.3.14 สายลวดเพื่อวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนารี่ (Coronary Pressure Wire)** **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้สำหรับวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	27,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
72	4316	**4.3.16 สายสวนหลอดเลือดอเนกประสงค์ (Multipurpose หรือ Transit Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดอเนกประสงค์ สำหรับใช้ในการขยายหลอดเลือด และการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ	ชุดละ	15,000
	4400	**4.4 อุปกรณ์หรือสายสวนหัวใจสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาโรคหัวใจ อื่นๆ**		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ 4.4.1 - 4.4.7 ใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางกายวิภาค หรือการทำงานของลิ้นหัวใจ ผนังหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ หรือหลอดเลือดโคโรนารี่ ที่มีความจำเป็นต้องรับการตรวจโดยการสวนหัวใจ รายการ 4.4.1 และ 4.4.6 เพิ่มข้อบ่งชี้สำหรับใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ		
73	4401	**4.4.1 สายสวนหัวใจและหลอดเลือดเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับวัดความดัน หรือฉีดสีเพื่อถ่ายภาพเอกซเรย์ เช่น NIH, Pigtail Catheter	ชุดละ	4,000
74	4402	**4.4.2 สายสวนหลอดเลือดสำหรับการเจาะผนังระหว่างห้องหัวใจ (Transeptal Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับนำเข็ม สายสวน หรืออุปกรณ์อื่นๆ แทงผ่านผนังห้องหัวใจ	ชุดละ	4,000
75	4403	**4.4.3 เข็มสำหรับเจาะผนังระหว่างห้องหัวใจ (Needle)** **ลักษณะ** เป็นเข็มใช้สำหรับการเจาะผนังห้องหัวใจเพื่อนำอุปกรณ์หรือสายสวนต่าง ๆ แทงผ่านผนังกั้นห้องหัวใจ	ชุดละ	8,000
76	4404	**4.4.4 สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอด ชนิดวัดปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Swan-Ganz Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดที่มีบอลลูนที่ปลายสาย และมีช่องสำหรับวัดความดันมากกว่า 1 ช่อง	ชุดละ	4,000
77	4405	**4.4.5 สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอด ชนิดมีบอลลูน (Balloon-tip Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดชนิดที่มีบอลลูนที่ปลายสายใช้สำหรับวัดความดันเลือดในปอด	ชุดละ	3,000
78	4406	**4.4.6 สายลวดสำหรับนำสายสวนหลอดเลือด (Diagnostic Guide Wire)** **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้ใส่นำสายสวนหัวใจอื่นๆ เข้าในหลอดเลือด หรือใช้ในการสลับเปลี่ยนสายสวนหัวใจ (Exchange) มีหลายขนาดความยาว	ชุดละ	500
79	4407	**4.4.7 สายสวนหลอดเลือดสำหรับฉีดสีหลอดเลือดโคโรนารี่ (Diagnostic Coronary Angiography Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับการฉีดสีเพื่อถ่ายภาพเอกซเรย์หลอดเลือดโคโรนารี่ **คุณสมบัติแพทย์ผู้สั่งใช้** 1) อายุรแพทย์โรคหัวใจ 2) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจ	ชุดละ	800

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
80	4408	**4.4.8 สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยบอลลูนธรรมดา (Vulvuloplasty Balloon)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ	ชุดละ	25,000
81	4409	**4.4.9 ชุดสายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจไมตรัล ด้วยบอลลูน** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนและชุดอุปกรณ์เสริม ใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจไมตรัล **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจไมตรัลตีบ	ชุดละ	80,000
82	4410	**4.4.10 สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยเครื่องขยายก้านโลหะ (Metallic Valvular Dilator)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนซึ่งเป็นเครื่องขยายก้านโลหะ และชุดอุปกรณ์เสริมใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ และให้เบิกได้เฉพาะอุปกรณ์ใหม่ที่ถูกใช้เป็นครั้งแรกเท่านั้น และให้มีหลักฐานการใช้สำหรับการตรวจสอบด้วย	ชุดละ	280,000
83	4411	**4.4.11 ขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว (Coil)** **ลักษณะ** เป็นขดลวด ใช้สำหรับปิดรูรั่ว (Coil Embolization) **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือผู้ป่วย PDA หรือผู้ป่วยมะเร็งตับ	ชุดละ	5,000
84	4412	**4.4.12 สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว ชนิดปลดได้ (Detachable Coil Delivery System)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนและอุปกรณ์สำหรับใช้ปล่อยขดลวด ชนิดปลดได้ **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือผู้ป่วย PDA	ชุดละ	6,000
85	4413	**4.4.13 สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว ชนิดปากคีบ (Biotome for Controlled Release of Coil)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนและอุปกรณ์สำหรับใช้ปล่อยขดลวดชนิดปากคีบ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือผู้ป่วย PDA	ชุดละ	20,000
86	4415	**4.4.15 วัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ (Septal Occluder)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุปิดกั้นที่มี 2 ด้าน รูปร่างเป็นร่ม เกลียว หรือแผ่นใช้สำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มี ASD, VSD	ชุดละ	50,000
87	4416	**4.4.16 สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ (Delivery System for Septal Occluder)** **ลักษณะ** ชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุใช้คู่กับรายการวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มี ASD, VSD	ชุดละ	19,000
88	4417	**4.4.17 วัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด (Duct Occluder)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุปิดกั้นที่มี 2 ด้าน รูปร่างเป็นร่ม เกลียว หรือแผ่นใช้สำหรับปิดช่องต่อที่ผิดปกติระหว่างหลอดเลือดที่อยู่ติดกัน **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มี PDA	ชุดละ	35,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
89	**4418**	**4.4.18 สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด (Delivery System for Duct Occluder)** **ลักษณะ** ชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุ ใช้คู่กับรายการวัสดุสำหรับ ปิดรูรั่วในหลอดเลือด (Duct Occluder) (รหัส 4417) **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มี PDA	ชุดละ	19,000
90	**4419**	**4.4.19 ตะแกรงกรองลิ่มเลือดหลอดเลือดดำใหญ่ (IVC Interruption Device)** **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์ใช้สำหรับดักลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำใหญ่ **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดในปอด และ/หรือหลอดเลือดดำส่วนปลาย	ชุดละ	40,000
91	**4420**	**4.4.20 สายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายรูผนังกั้นห้องหัวใจเอเตรียม (Balloon Atrial Septostomy Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายผนังกั้นห้องหัวใจเอเตรียม **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยเพื่อเปิดทางเดินระหว่างผนังกั้นห้องหัวใจห้องบน ในกรณีที่เลือดไม่สามารถไหลเวียนในทิศทางปกติได้	ชุดละ	6,000
92	**4421**	**4.4.21 สายสวนสำหรับคล้องเกี่ยว (Snare Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนใช้สำหรับคล้องเกี่ยววัสดุอุปกรณ์อื่นในการสวนหัวใจในกรณีมีการหลุด เคลื่อนที่ หรือหักชำรุด เพื่อนำวัสดุอุปกรณ์นั้นๆ ออกจากร่างกาย **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจ และมีชิ้นส่วนของอุปกรณ์ค้างอยู่ในหลอดเลือด	ชุดละ	20,000
93	**4422**	**4.4.22 สายสวนสำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจ (Endomyocardial Biopsy)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนใช้สำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจเพื่อการวินิจฉัยโรค **ข้อบ่งชี้** สำหรับวินิจฉัยและติดตามพยาธิสภาพ 1) โรคของกล้ามเนื้อหัวใจ 2) โรคเยื่อหุ้มภายในห้องหัวใจ	ชุดละ	20,000
94	**4423**	**4.4.23 สายสวนและอุปกรณ์สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardiocentesis)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนและอุปกรณ์ใช้สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจเพื่อการวินิจฉัยและการรักษา **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีของเหลวที่ผิดปกติในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ	ชุดละ	5,000
95	**4424**	**4.4.24 สายสวนหลอดเลือดแดงเอออร์ต้าใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ (Intra Aortic Balloon Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้า ประกอบด้วย บอลลูนซึ่งต่อเชื่อมกับเครื่องปั๊มก๊าซใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลวที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล	ชุดละ	28,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
96	4425	**4.4.25 ชุดเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal Membrane Oxygenator : ECMO)** **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์พยุงการทำงานของปอดและหัวใจชนิดใช้ภายนอก ประกอบด้วย 1) ปอดเทียมชนิดใช้ระยะยาว (long-term) 2) ท่อนำหลอดเลือด (cannula) จำนวน 2 เส้น ได้แก่ inflow cannula และ outflow cannula 3) ชุดแทงหลอดเลือด (Insertion kit) 4) สายยางหลอดเลือดระบบไหลเวียนเลือด (Circuit) 5) หัวปั๊มชนิดหมุนเหวี่ยง (Centrifugal pump) 6) อุปกรณ์อื่นๆ ที่จำเป็น **ข้อบ่งชี้** สำหรับการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจและ/หรือปอดล้มเหลว ทั้งในกรณีปกติและเฉียบพลัน หรือโรคอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบหายใจ โดยให้เป็นไปตามแนวทางการใช้อุปกรณ์ชุดเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal Membrane Oxygenator : ECMO) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ชุดละ	60,000
97	4428	**4.4.28 ท่อนำหลอดเลือด (inflow cannula/ outflow cannula)** สำหรับกรณีจำเป็นต้องใช้ท่อนำหลอดเลือด (cannula) มากกว่า 2 เส้นทั้งนี้ท่อนำหลอดเลือดสำหรับใช้ในเด็กมีอัตราจ่ายเท่ากับท่อนำหลอดเลือดสำหรับใช้ในผู้ใหญ่	เส้นละ	5,000
	4500	**4.5 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร (Permanent Pacemaker Generator) เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ และสาย**		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ 4.5.1 - 4.5.4 สำหรับผู้ป่วยที่หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดช้า (Bradyarrhythmia) ที่มีอาการเป็นลมหมดสติ หรืออัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 40 ครั้ง/นาทีโดยเฉลี่ย หรือมีอาการอื่นที่บ่งถึงการทำงานของหัวใจไม่เพียงพอ หรือร่วมกับการพยากรณ์โรคที่เลวในระยะยาวในผู้ป่วยแต่ละราย		
98	4501	**4.5.1 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียว (Single Chamber Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างห้องเดียว	ชุดละ	40,000
99	4502	**4.5.2 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียวปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ (Rate Responsive Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นห้องเดียวสามารถปรับอัตราการเต้นขึ้นลงได้ตามความต้องการของร่างกายโดยอัตโนมัติ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่ การใส่ Fixed Rate Pacemaker ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของร่างกายได้ เช่น อายุน้อยมีกิจกรรมการทำงานมาก	ชุดละ	54,000
100	4503	**4.5.3 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องต่อเนื่องกัน (Dual Chamber Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องบนและห้องล่างต่อเนื่องกันเหมือนในธรรมชาติ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการ AV Synchrony เช่น หัวใจห้องล่างบีบตัวอ่อน หรือ Hypertrophic Cardiomyopathy	ชุดละ	72,000
101	4504	**4.5.4 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องต่อเนื่องกันปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ (Dual Chamber Rate Responsive Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องบนและห้องล่างต่อเนื่องกัน และสามารถปรับอัตราการเต้นได้โดยอัตโนมัติ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ตามข้อ 4.5.2 ร่วมกับ 4.5.3	ชุดละ	80,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
102	**4505**	**4.5.5 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Resynchronization Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยเพิ่มกำลังการบีบตัวของหัวใจโดยกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน **ข้อบ่งชี้** ใช้ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการรุนแรง (NYHA class III/IV ดื้อต่อการรักษาด้วยยาอยู่ในกลุ่มโรค Dilated Cardiomyopathy หรือ Ischemic Cardiomyopathy)	ชุดละ	180,000
103	**4506**	**4.5.6 เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable Cardioverter-Defibrillator Lead)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช็อคไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติฝังไว้ในร่างกายผู้ป่วย **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) มีการเต้นของหัวใจเร็วผิดปกติชนิดร้ายแรง (Ventricular Tachycardia or Fibrillation) ซึ่งไม่พบสาเหตุ หรือไม่สามารถรักษาโรคพื้นฐานให้หายได้ 2) เป็นผู้ที่รอดจากการเสียชีวิตกระทันหัน ที่น่าจะมีสาเหตุมาจากการเต้นผิดจังหวะของหัวใจชนิดร้ายแรง 3) มีโรคหัวใจอยู่แล้ว และมีอัตราเสี่ยงสูงที่จะเกิดการเต้นผิดจังหวะชนิดร้ายแรง เช่น เคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน และมีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายอ่อน (LVEF< 35%) หรือเป็น Long QT Syndrome **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** แพทย์ด้านช่างไฟฟ้าในหัวใจ (electrophysioligist)	ชุดละ	180,000
104	**4507**	**4.5.7 สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร** **ลักษณะ** เป็นสายนำไฟฟ้า จากเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรเข้าสู่หัวใจ **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับรายการ 4.5.1	ชุดละ	15,000
105	**4508**	**4.5.8 สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราว** **ลักษณะ** เป็นสายนำไฟฟ้า จากเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจ เข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจ ชนิดใส่ไว้ชั่วคราว **ข้อบ่งชี้** เหมือนรายการ 4.5.1 แต่ใช้ในผู้ป่วยซึ่งมีทางเดินไฟฟ้าติดขัดชั่วคราว หรือใช้ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อรอการตัดสินใจที่จะใส่ชนิดถาวรต่อไป	ชุดละ	4,000
106	**4509**	**4.5.9 สายกระตุ้นหัวใจห้องล่างซ้ายพร้อมอุปกรณ์การใส่ (Coronary Sinus Pacing Lead)** **ลักษณะ** ใช้กับเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Resynchronization Pacemaker)	ชุดละ	70,000
		ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ 4.5.5		
107	**4510**	**4.5.10 สายเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable Cardioverter - Defibrillator Lead)** **ลักษณะ** เป็นสายต่อจากเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติเข้าไปภายในห้องหัวใจ **ข้อบ่งชี้** เหมือนรายการ 4.5.6	ชุดละ	90,000
108	**4511**	**4.5.11 แผ่นปิดหน้าอกเพื่อรับหรือปล่อยไฟฟ้าในการกระตุ้นหัวใจ (Disposable Defibrillation Electrode, Disposable Pacing Electrode)** **ลักษณะ** เป็นแผ่นเจลขนาดใหญ่ใช้ปิดที่หน้าอกผู้ป่วย 2 แผ่น เพื่อรับไฟฟ้าจากผู้ป่วยหรือปล่อยไฟฟ้ากระตุ้นหรือกระตุกหัวใจ จากภายนอกร่างกาย **ข้อบ่งชี้** 1) ใช้กระตุกหัวใจชั่วคราวโดยต่อกับเครื่องกระตุกหัวใจภายนอกร่างกายในกรณีฉุกเฉิน หรือ 2) ใช้ monitor ในการตรวจระบบไฟฟ้าภายในหัวใจ (Cardiac Electrophysiologic Study) 3) ถ้าใช้ monitor ระหว่างทำ PCI ต้องเป็นผู้ป่วยที่มี Cardiovascular Instability เท่านั้น	ชุดละ	3,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
	4600	**4.6 สายสวนหัวใจชนิดขั้วโลหะรับสัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ**		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ 4.6.2 - 4.6.4 สำหรับผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิดเร็ว (Tachyarrhythmia) หรือเต้นสะดุด (Ectopic Beats) ที่มีอาการ หรืออาจเป็นอันตรายต่อชีวิต		
109	4601	**4.6.1 สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ (Multipolar electrode catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย 2-10 ขั้ว ใช้ในการตรวจระบบไฟฟ้าภายในหัวใจ (Cardiac Electrophysiologic study) **ข้อบ่งชี้** 1) Syncope or near syncope of unknown etiology 2) Arrthythmia induction	ชุดละ	16,000
110	4602	**4.6.2 สายสวนหัวใจเพื่อการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดธรรมดา (Deflectable ablation catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย 2 -10 ขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วให้หายขาด ด้วยคลื่นวิทยุ (Radiofrequency Ablation)	ชุดละ	28,000
111	4603	**4.6.3 ชุดสายสวนหัวใจเพื่อการตรวจรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยการสร้างภาพสามมิติ** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่ใช้ร่วมกับคอมพิวเตอร์ในการสร้างภาพหัวใจแบบสามมิติในสนามแม่เหล็ก เมื่อไม่สามารถใช้สายจี้หัวใจปกติในการตรวจรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วที่ไม่สามารถใช้สายจี้หัวใจปกติในการตรวจรักษาได้ เพราะวงจรการเต้นผิดจังหวะมีความซับซ้อน	ชุดละ	100,000
112	4604	**4.6.4 สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจ ชนิดหลายขั้ว (Multi-Electrode Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย 2-10 ขั้ว ใช้ในการรักษา หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillator	ชุดละ	60,000
113	4605	**4.6.5 สายต่อสายสวนหัวใจเพื่อรับคลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจ (Connecting Cable for Multi-Electrode Catheter)** **ลักษณะ** ใช้ต่อสายสวนหัวใจชนิดขั้วโลหะเพื่อนำสัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจเข้ากับเครื่องแสดงผลบนจอภาพ **ข้อบ่งชี้** 1) Syncope or near syncope of unknown etiology 2) Arrthythmia induction	ชุดละ	5,000
	4700	**4.7 อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับนำเข้าและซ่อมปิดหลอดเลือด ลวดนำสายสวน และสายสวนนำทาง**		
114	4701	**4.7.1 ท่อนำสายสวนเข้าหลอดเลือด (Introducer Sheath)** **ลักษณะ** เป็นท่อนำใส่เข้าทางหลอดเลือด (ใช้ได้ทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง) เพื่อเป็นช่องทางสำหรับใส่ และเปลี่ยนสายสวนเพื่อการวินิจฉัย หรือรักษาผู้ป่วย **ข้อบ่งชี้** ใช้เพื่อเป็นทางนำเพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคผ่านทางหลอดเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และผู้ป่วยมะเร็งตับที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** 1) รังสีแพทย์ (Radiologist) 2) อายุรแพทย์โรคหัวใจ 3) ศัลยแพทย์อนุสาขาวิชาศัลยแพทย์หลอดเลือดที่ได้รับวุฒิบัตรซึ่งรับรองจากแพทยสภาและสมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทย 4) กุมารแพทย์โรคหัวใจ 5) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgery) 6) ศัลยแพทย์หลอดเลือด หัวใจ และทรวงอก (Cadiovascular and thoracic Surgeon) 7) ประสาทศัลยแพทย์ ประกาศนียบัตรศัลยศาสตร์หลอดเลือดสมองและไขสันหลัง	ชุดละ	800

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
115	**4702**	**4.7.2 ชุดอุปกรณ์ที่สามารถเย็บปิดรอยเจาะผนังหลอดเลือด (Vascular Closure Device)** **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์ที่สามารถเย็บปิดรอยเจาะผนังหลอดเลือดแดงหรือฉีดสารสมานหลอดเลือดที่ผนังด้านนอกของหลอดเลือดแดง **ข้อบ่งชี้** ใช้เย็บปิดหลอดเลือดแดงหลังการทำหัตถการทุกชนิด (ที่ทำผ่าน หลอดเลือดแดง) ในกรณีที่ 1) ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะนอนนิ่งๆ นานเกิน 6 ชั่วโมงได้ หลังการห้ามเลือดแบบธรรมดา ได้แก่ โรคทางระบบประสาท หรือกล้ามเนื้อกระตุก และโรคกระดูกสันหลัง 2) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้ยากันเลือดแข็งตัว (Anticoagulant) ต่อเนื่องโดยไม่สามารถหยุดชั่วคราวเพื่อการห้ามเลือดได้ คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ 1) รังสีแพทย์ (Radiologist) 2) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด และกุมารแพทย์โรคหัวใจที่มีประสบการณ์การทำงานด้านหัวใจมาอย่างน้อย 1 ปี และได้รับการรับรองจากคณะอนุกรรมการด้านการรักษาผ่านสายสวนของชมรมกุมารแพทย์ 3) ศัลยแพทย์อนุสาขาวิชาศัลยศาสตร์หลอดเลือด 4) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgery) 5) ศัลยแพทย์หลอดเลือด หัวใจ และทรวงอก (Cadiovascular and thoracic Surgeon) 6) ประสาทศัลยแพทย์ ประกาศนียบัตรศัลยศาสตร์หลอดเลือดสมองและไขสันหลัง	ชุดละ	6,000
116	**4704**	**4.7.4 สายสวนหลอดเลือดนำทางสำหรับการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral Guiding Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายชนิดต่างๆ เข้าในหลอดเลือด **ข้อบ่งชี้** ใช้กับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบหรือตัน	ชุดละ	7,000
117	**4705**	**4.7.5 สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral Angioplasty Guide Wire)** **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้สำหรับนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายชนิดต่างๆ ผ่านรอยตีบในหลอดเลือด **ข้อบ่งชี้** ใช้กับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบ หรือตัน	ชุดละ	4,000
118	**4720**	**4.7.20 ชุดท่อนำสายสวนนำเข้าหลอดเลือดที่ข้อมือ (Transradial Set)** **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ตีบ ที่มีความจำเป็นต้องขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ (Percuneous Coronary Intervention) อุปกรณ์1 ชุด ประกอบด้วย 1) ท่อนำสายสวนเข้าหลอดเลือดที่ข้อมือ (Transradial sheath and needle) ลักษณะเป็นท่อนำใส่เข้าทางหลอดเลือด เพื่อเป็นช่องทางสำหรับใส่และเปลี่ยนสายสวนเพื่อการวินิจฉัยหรือรักษาผู้ป่วย 2) สายลวดนำสายสวนชนิดมีความยาวพิเศษ (Exchange wire) ลักษณะเป็นสายลวดนำสายสวนที่มีความยาวพิเศษต่างจากสายลวดนำสายสวนทั่วไป (Guidewire) โดยมีความยาวไม่ต่ำกว่า 260 เซนติเมตร 3) สายรัดข้อมือเพื่อห้ามเลือดหลังถอดท่อนำสายสวนบริเวณข้อมือ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับใส่เข้าทางหลอดเลือดที่บริเวณส่วนปลายของข้อมือ (Radial Arthery) เพื่อไว้เป็นช่องทางสำหรับนำสายสวนอื่นๆ เข้า-ออกจากร่างกายในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ตีบ และมีความจำเป็นต้องขยายหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี่ (Percuneous Coronary Intervention)	ชุดละ	2,500
	4800	**4.8 อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ ตีบหรือตัน**		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ 4.8.1- 4.8.4 สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดที่อยู่นอกหัวใจ ตีบหรืออุดตัน เฉพาะรายการ 4.8.1 และ 4.8.2 เพิ่มข้อบ่งชี้ให้ใช้สำหรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ		

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
119	4801	**4.8.1 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจด้วยบอลลูน (Peripheral Balloon Dilatation Catheter หรือ PTA Balloon)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ **ข้อบ่งชี้** ใช้รักษาโรคหลอดเลือดแดงตีบ **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body Intervention Radiology) 2) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมระบบประสาท (Intervention Neuroradiology) 3) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด 4) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon) 5) ศัลยแพทย์หลอดเลือด หัวใจ และทรวงอก (Cadiovascular and thoracic Surgeon) 6) ประสาทศัลยแพทย์ ประกาศนียบัตรศัลยศาสตร์หลอดเลือดสมองและไขสันหลัง	ชุดละ	13,000
120	4802	**4.8.2 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ ด้วยขดลวด (Peripheral Stent)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ **ข้อบ่งชี้** ใช้รักษาโรคหลอดเลือดแดงตีบที่จำเป็นต้องใส่ขดลวดค้ำยัน **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body Intervention Radiology) 2) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมระบบประสาท (Intervention Neuroradiology) 3) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด 4) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon) 5) ศัลยแพทย์หลอดเลือด หัวใจ และทรวงอก (Cadiovascular and thoracic Surgeon) 6) ประสาทศัลยแพทย์ ประกาศนียบัตรศัลยศาสตร์หลอดเลือดสมองและไขสันหลัง	ชุดละ	42,000
121	4803	**4.8.3 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ ด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Peripheral Stent Graft)** **ลักษณะ** เป็นโครงลวดถ่างขยายที่มีขนาดและความยาวต่างๆกัน และมีกราฟต์หุ้มขดลวดโดยรอบ โดยใช้สายสวนหลอดเลือดเป็นตัวนำ	ชุดละ	100,000
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีรูรั่วของหลอดเลือดแดง หรือโรคหลอดเลือดโป่งพอง **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body intervention radiology) 2) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมระบบประสาท (Intervention Neuroradiology) 3) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด 4) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon) 5) ศัลยแพทย์หลอดเลือด หัวใจ และทรวงอก (Cadiovascular and thoracic Surgeon) 6) ประสาทศัลยแพทย์ ประกาศนียบัตรศัลยศาสตร์หลอดเลือดสมองและไขสันหลัง		
122	4804	**4.8.4 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้า ด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Aortic Stent Graft)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟที่ปลายสายใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้า **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับขยายหลอดเลือดแดงใหญ่ในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน หรือใช้ค้ำยันหลอดเลือดแดงใหญ่เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโป่งพอง **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** 1) รังสีแพทย์ อนุสาขารังสีร่วมรักษา 2) อายุรแพทย์โรคหัวใจ อนุสาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon) 4) ศัลยแพทย์ทรวงอก	ชุดละ	220,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
123	**4810**	**4.8.10 ชุดอุปกรณ์สลายลิ่มเลือดหลอดเลือดในสมอง (Thrombectomy Device)** **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์สลายลิ่มเลือดหลอดเลือดในสมอง ประกอบด้วย 1) ท่อค้ำยัน (Intracranial Stent) หรือเป็นสายสวนหลอดเลือด (Catheter) ที่ใส่ผ่านสายสวนหลอดเลือดเพื่อการรักษา (Interventional Vascular Guiding Catheter) เพื่อให้เข้าถึงตำแหน่งที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงสมอง เพื่อเข้าไปทำการคล้องเกี่ยวลิ่มเลือดออกมาหรือดูดลิ่มเลือดด้วยเครื่อง Suction ที่มีความจำเพาะ 2) สายสวนหลอดเลือดขนาดเล็กและยาวพิเศษเพื่อการรักษา (Interventional Vascular Microcatheter) เป็นสายสวนหลอดเลือดขนาดเล็กกว่า หรือเท่ากับ 3 Fr และยาวตั้งแต่ 90 เซนติเมตร โดยจำเป็นต้องใช้ร่วมกับสายลวดนำขนาดเล็กพิเศษ (Micro guidewire) เพื่อการนำวัสดุอุดวัสดุถ่างขยาย หรือยา ส่งผ่านให้ถึงตำแหน่งของรอยโรค **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันโดยมีหลักการ ในการเลือกผู้ป่วยดังนี้ 1) เกิดอาการของการขาดเลือดอย่างเฉียบพลันในเวลาไม่เกิน 8 ชั่วโมง 2) ไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง 3) ผู้ป่วยที่พ้นระยะที่จะให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ หรือมีข้อห้ามของการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เช่น หลังการผ่าตัดใหม่ๆ ผู้ป่วยที่ได้รับยากันเลือดแข็งตัว หรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่ได้ผลจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ แต่ยังอยู่ในพิสัยของการรักษา **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** 1) รังสีแพทย์ อนุสาขารังสีร่วมรักษา 2) ประสาทศัลยแพทย์ อนุสาขารังสีร่วมรักษาระบบประสาท 3) อายุรแพทย์ประสาทวิทยา อนุสาขารังสีร่วมรักษาระบบประสาท 4) ประสาทศัลยแพทย์ ประกาศนียบัตรศัลยศาสตร์หลอดเลือดสมองและไขสันหลัง	**ชุดละ**	**60,000**
124	**4817**	**4.8.17 ขดลวดพร้อมอุปกรณ์สำหรับปล่อย ชนิดปลดได้ (Detachable coil delivery system)** **ลักษณะ** ประกอบด้วย 1) เป็นขดลวดที่ทำจาก Platinum มีความนุ่มพิเศษสามารถปรับรูปร่างได้สอดคล้องกับลักษณะ ของรอยโรคเพื่ออุดภายในหลอดเลือดหรือรอยโรคของหลอดเลือดโดยสอดใส่ผ่านสายสวนขนาดเล็ก (Microcatheter) 2) อุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดที่สามารถปลดได้ด้วยกระแสไฟฟ้า (Electric Detachable Coils) หรือด้วยแรงดัน (Pressure syringe) หรือกลไก (Mechanism) ขดลวดจะมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางและความยาวที่ต่างกัน เพื่อการเลือกใช้ที่เหมาะสมกับขนาดของรอยโรคและหลอดเลือด และถ้าหากไม่สามารถวางในตำแหน่งที่เหมาะสมได้แล้วสามารถดึงกลับออกมาได้ **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาโรคต่อไปนี้ 1) เพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysms) โดยการนำ Detachable Coils ผ่านทางสายสวนหลอดเลือดเพื่อปิดกั้นเฉพาะส่วนของหลอดเลือดที่โป่งพอง 2) ใช้เพื่ออุดรูรั่วของหลอดเลือดที่ฉีกขาดซึ่งอาจเกิดจากอุบัติเหตุ หรือโรคของผนังหลอดเลือดเอง หรือ Arterovenous Fistula โดยการนำ Detachable Coils ผ่านทาง Vascular Guiding Catheter ไปยังตำแหน่งนั้นๆ 3) ผู้ป่วย PDA **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** 1) รังสีแพทย์ อนุสาขารังสีร่วมรักษา 2) อายุรแพทย์โรคหัวใจ อนุสาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) อายุรแพทย์ประสาทวิทยา อนุสาขารังสีร่วมรักษาระบบประสาท 4) ศัลยแพทย์ อนุสาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือด 5) ศัลยแพทย์ทรวงอก 6) ประสาทศัลยแพทย์ อนุสาขารังสีร่วมรักษาระบบประสาท 7) กุมารแพทย์โรคหัวใจ ที่ได้รับการฝึกอบรมหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดในเด็กจากสถาบันฝึกอบรมที่แพทยสภารับรอง 8) ประสาทศัลยแพทย์ ประกาศนียบัตรศัลยศาสตร์หลอดเลือดสมองและไขสันหลัง	ตัวละ	13,500

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
125	4834	**4.8.34 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงด้วยขดลวด สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดที่มีบอลลูนนำขดลวด เพื่อค้ำยันผนังหลอดเลือด โดยร้อยปลายสายสวนไปบนลวดนำและออกจากสายสวนที่ด้านข้างเพื่อใช้งานสะดวกในการนำเข้าและนำออกจากร่างกายได้รวดเร็ว (Monorail-Rapid Exchange) สายสวนสามารถใช้งานร่วมกับลวดนำสายสวน (Guidewire) ขนาดไม่เกิน 0.014 นิ้ว ได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้ถ่างขยายเส้นเลือดแดงที่ตีบตันในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดในเด็ก	ชุดละ	35,000
		หมวด 5 ทางเดินอาหาร		
	5100	**5.1 ท่อ/สาย/ถุงให้อาหาร**		
126	5101	**5.1.1 สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่กระเพาะอาหาร (Nasogastric Tube) ระยะยาว** **ลักษณะ** เป็นท่อซิลิโคนที่มีความอ่อนนุ่ม มีการระคายเคืองต่อจมูกน้อย **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่กินอาหารทางปากไม่ได้ มีความจำเป็นต้องคาสายไว้ นานเกิน 1 เดือน	เส้นละ	300
127	5103	**5.1.3 ชุดสายสวนกระเพาะอาหารแบบใส่ผ่านกล้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy : PEG Set)** **ลักษณะ** ประกอบด้วยสายสวนกระเพาะอาหาร และอุปกรณ์สำหรับช่วยในการใส่สายสวนนี้ จากผนังท้องเข้าสู่กระเพาะอาหารโดยตรง ร่วมกับการส่องกล้อง โดยไม่ต้องผ่าตัด **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารเข้าทางกระเพาะอาหารโดยตรง จำเป็นต้องคาสายไว้นาน 4 เดือนขึ้นไป	อันละ	4,400
128	5104	**5.1.4 สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่ลำไส้เล็ก (Nasojejunostomy, NJ tube)** **ลักษณะ** เป็นท่อซิลิโคน มีความยาวพอสำหรับใส่ผ่านรูจมูกสู่ลำไส้เล็กมีการระคายเคืองต่อจมูกน้อย **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่กระเพาะอาหารไม่ทำงาน ต้องให้อาหารผ่านทางสายเป็นเวลานานเกิน 1 เดือน	เส้นละ	2,700
	5200	**5.2 วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้/ใส่ภายในทางเดินอาหารเพื่อห้ามเลือด**		
129	5201	**5.2.1 ชุดยางรัดเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร (Esophageal Variceal Band Ligator)** **ลักษณะ** ประกอบด้วยยางรัดไม่น้อยกว่า 4 เส้น และอุปกรณ์สำหรับช่วยในการนำไปรัดเส้นเลือดขอดร่วมกับการใช้กล้องส่อง **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร หรือกระเพาะอาหารที่อยู่ในภาวะเลือดออก เฉียบพลัน และที่ต้องได้รับการทำลายหลอดเลือดขอดเพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำ	ชุดละ	4,500
	5300	**5.3 วัสดุ/อุปกรณ์ใช้ถ่างขยายระบายท่อน้ำดี**		
130	5301	**5.3.1 อุปกรณ์ขยายท่อน้ำดี (Biliary Dilator)** **ข้อบ่งชี้** ใช้ขยายท่อน้ำดีที่อุดตันก่อนการใส่ท่อระบาย	เส้นละ	2,500
131	5302	**5.3.2 ท่อระบายน้ำดี ชนิดพลาสติก (Biliary and Pancreatic Duct Stent : Plastic type)** **ลักษณะ** เป็นท่อใช้ใส่ในท่อน้ำดีเพื่อกันไม่ให้ตีบตัน ใส่ผ่านกล้องส่องทางเดินอาหาร **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีท่อน้ำดีและตับอ่อนอุดตัน	อันละ	1,300
132	5303	**5.3.3 ท่อระบายน้ำดี ชนิดโลหะ (Biliary Stent : Self Expandable Metal Stent)** **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์โลหะใช้ใส่ในท่อน้ำดีเพื่อค้ำยันไม่ให้ตีบตัน ใส่โดยผ่านกล้องส่อง เมื่อใส่เข้าไปแล้วจะขยายขึ้นเป็นรูปร่างแบบท่อ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยท่อน้ำดีอุดตันจากเนื้องอกที่ไม่สามารถผ่าตัดรักษาได้	อันละ	20,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
133	5304	**5.3.4 ท่อระบายน้ำดีชนิดมีปลายเปิดทางจมูก (Naso Biliary Tube)** **ข้อบ่งชี้** ใช้รักษาผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบรั่ว	อันละ	2,200
	5500	**5.5 เครื่องมือช่วยการผ่าตัด(อวัยวะแบบอัตโนมัติ)**		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ 5.5.1-5.5.3 ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด ตัดต่ออวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ ที่ไม่สามารถผ่าตัดต่อด้วยวิธีปกติ โดยเลือกใช้ตามลักษณะของการผ่าตัดต่ออวัยวะ		
134	5501	**5.5.1 เครื่องมือตัดต่ออวัยวะอัตโนมัติแบบวงกลม** **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับตัดต่อหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้	อันละ	10,000
135	5502	**5.5.2 เครื่องมือเย็บอวัยวะแบบอัตโนมัติ** **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับการตัดเย็บอวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้	อันละ	4,000
136	5503	**5.5.3 เครื่องมือเย็บอวัยวะอัตโนมัติแบบปรับหัวได้** **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับการตัดเย็บอวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้	อันละ	7,000
	5600	**5.6 วัสดุ/อุปกรณ์อื่นๆ**		
137	5608	**5.6.8 แผ่นใยสังเคราะห์แทนผนังท้อง (Mesh Graft) ชนิดธรรมดา** **ลักษณะ** เป็นแผ่นสารสังเคราะห์ ขนาดไม่น้อยกว่า 15 X 10 เซนติเมตรทำขึ้นจาก polypelene, polyester, polytetrafluoroethylene (PTFE) ใช้เย็บปิด และเสริมความแข็งแรงของช่องไส้เลื่อนส่วนเนื้อเยื่อที่ขาดหายไปที่ผนังหน้าท้อง แผ่นนี้จะติดอยู่ในร่างกายตลอดชีวิต โดยจะกลมกลืนกับเนื้อเยื่อในร่างกาย **ข้อบ่งชี้** สำหรับกรณี 1) สำหรับไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia) ที่มีแผลอยู่นอกเยื่อบุช่องท้อง 2) การรักษาโรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบในครั้งแรก และกรณีไส้เลื่อนกลับเป็นซ้ำ **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ศัลยแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์ทำผ่าตัดที่ให้การรักษาโรคไส้เลื่อนขาหนีบ	อันละ	2,800
138	5611	**5.6.11 แผ่นใยสังเคราะห์แทนผนังท้อง (Mesh Graft) ชนิดเมมเบรน** **ลักษณะ** เป็นแผ่นใยสังเคราะห์ ขนาดไม่น้อยกว่า 15 X 10 เซนติเมตรด้านในมีสารสังเคราะห์พิเศษป้องกันไม่ให้ลำไส้มาติดกับผนังหน้าท้อง แผ่นนี้จะติดอยู่ในร่างกายตลอดชีวิต โดยจะกลมกลืนกับเนื้อเยื่อในร่างกาย **ข้อบ่งชี้** สำหรับการผ่าตัดซ่อมไส้เลื่อนจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง (Incisional hernia) ที่มีการฉีกขาดของเยื่อยุช่องท้อง หรือมีโอกาสเกิดการสัมผัสของอวัยวะในช่องท้อง โดยเฉพาะลำไส้กับผนังหน้าท้อง **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ศัลยแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์ทำผ่าตัดที่ให้การรักษาโรคไส้เลื่อน	อันละ	15,000
	5700	**5.7 วัสดุ/อุปกรณ์ใช้เก็บของเสียในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม** **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ 0.6.4 และ 5.7.1-5.7.4 สำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ที่มีการผ่าตัดเปิดทวารเทียม		
139	5701	**5.7.1 ถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด 1 ชิ้น (One piece appliance)** **ลักษณะ** ถุงรองรับอุจจาระชนิดชิ้นเดียวมีแผ่นปิดผิวหนังที่มีสารป้องกันผิวหนัง อายุการใช้งาน 3-5 วัน/ชิ้น ใช้แล้วทิ้ง **ข้อบ่งชี้** ผู้ป่วยที่มีผ่าตัดช่องเปิดลำไส้ที่หน้าท้องเพื่อระบายอุจจาระ เก็บกักแก๊ส ใช้กับผิวหนังรอบลำไส้ที่มีลักษณะเรียบ ช่วยให้ผิวหนังรอบลำไส้แห้งสะอาด ปราศจากกลิ่น	ถุงละ	70

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
140	5702	**5.7.2 ถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด 2 ชิ้น (Two pieces appliance)** **ลักษณะ** ถุงรองรับอุจจาระชนิดใช้ร่วมกับแป้นปิดหน้าท้องรอบลำไส้ อายุการใช้งานมากกว่า 2 สัปดาห์ สามารถซักล้างและนำกลับมาใช้ใหม่ได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้รองรับอุจจาระทางหน้าท้อง เก็บกักแก๊ส ใช้ร่วมกับแป้นปิดหน้าท้อง ช่วยให้ผิวหนังรอบลำไส้แห้ง สะอาด ปราศจากกลิ่น	ถุงละ	70
141	5703	**5.7.3 แป้นปิดรอบลำไส้/ทวารเทียม (Colostomy Flange) ในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม** รายการอุปกรณ์รหัส 5703A และ 5703B สามารถใช้ร่วมกับถุงเก็บปัสสาวะหน้าท้อง (Urostomy)		
141/1	5703A	**แป้นปิดรอบลำไส้/ทวารเทียม (Colostomy Flange) แบบเรียบ** **ลักษณะ** แป้นปิดหน้าท้องรอบลำไส้/ทวารเทียม แบบเรียบ เป็นแป้น หรือแผ่นรองที่ติดกับผิวหนัง มีลักษณะแบนเรียบ ทำหน้าที่ป้องกันผิวหนังระคายเคืองจากอุจจาระหรือปัสสาวะ และอีกด้านหนึ่งใช้สำหรับปิดถุงรองรับอุจจาระหรือปัสสาวะ อายุการใช้งาน 3-5 วัน/ชิ้น ใช้แล้วทิ้ง **ข้อบ่งชี้** ผู้ป่วยที่มีช่องเปิดลำไส้/ทวารเทียม ที่หน้าท้องเพื่อระบายอุจจาระ หรือปัสสาวะ ใช้กับผิวหนังรอบลำไส้/ทวารเทียมที่มีลักษณะเรียบ ช่วยให้ผิวหนังรอบลำไส้/ทวารเทียม แห้ง สะอาด ปราศจากกลิ่น	ชิ้นละ	140
141/2	5703B	**แป้นปิดรอบลำไส้/ทวารเทียม (Colostomy Flange) แบบนูน (Convexity)** **ลักษณะ** แป้นปิดปิดหน้าท้องรอบลำไส้/ทวารเทียม แบบนูน เป็นแป้น หรือแผ่นรองที่ติดกับผิวหนัง มีลักษณะแบนนูน ทำหน้าที่ป้องกันผิวหนังระคายเคืองจากอุจจาระ หรือปัสสาวะ และอีกด้านหนึ่งใช้สำหรับปิดถุงรองรับอุจจาระหรือปัสสาวะ อายุการใช้งาน 3-5 วัน/ชิ้น ใช้แล้วทิ้ง **ข้อบ่งชี้** ใช้กับผู้ป่วยมีผิวหนังมีร่องหรือรอยพับ ไม่เรียบเสมอกับลำไส้/ทวารเทียม ไม่เสมอกับผิวหนังหน้าท้องของผู้ป่วย จากลำไส้ถูกดึงรั้งเข้าไปในช่องท้อง หรือ ผนังหน้าท้องขยายใหญ่ ช่วยให้ผิวหนังรอบลำไส้/ทวารเทียม ที่มีระดับเดียวหรือต่ำกว่าผนังหน้าท้องแห้ง สะอาด ปราศจากกลิ่น	ชิ้นละ	185
142	5704	**5.7.4 อุปกรณ์เสริมใช้ร่วมกับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม** รายการอุปกรณ์รหัส 5704A, 5704B, 5704C และ 5704D สามารถใช้ร่วมกับถุงเก็บปัสสาวะหน้าท้อง (Urostomy)		
142/1	5704A	**ผงแป้ง (Stoma Powder)** **ลักษณะ** ผงแป้งดูดซับความชื้นและละลายให้เป็นลักษณะเจลาตินเคลือบปกป้องผิวหนัง **ข้อบ่งชี้** ใช้โรย/พ่นบางๆ บนผิวหนังรอบลำไส้/ทวารเทียม ที่เป็นแผล ช่วยการหายของแผลได้เร็วขึ้น	ขวดละ	300
142/2	5704B	**กาว (Stoma Paste)** **ลักษณะ** ครีมข้นที่มีลักษณะคล้ายกาว หรือแป้งเปียกดูดซับความชื้น ปกป้องผิว ส่งเสริมการหายของแผล **ข้อบ่งชี้** ใช้ทา หรือป้ายบนผิวหนังที่มีแผลเพื่อส่งเสริมการหายของแผล ใช้ปกป้องผิวหนังรอบลำไส้/ทวารเทียม ไม่ให้สัมผัสกับของเสีย ใช้เติมหรือเสริมผิวหนังที่มีรอยพับ มีช่องของผิวหนังหรือลำไส้/ทวารเทียม ไม่เสมอกับผิวหนังหน้าท้องของผู้ป่วย	หลอดละ	300
142/3	5704C	**แผ่นปิดรักษาแผลเปื่อย (Stoma Wafer) ขนาด 10 x 10 ซม.** **ลักษณะ** เป็นแผ่นรองที่บางและยืดหยุ่น ทำหน้าที่ดูดซับความชื้น ไม่ยอมให้ของเหลว อากาศ และเชื้อโรคผ่านเข้าสู่ผิวหนังสามารถตัดให้เข้ากับรูปร่างของผิวหนังได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้ติดกับผิวที่มีแผล เพื่อปกป้องผิวหนัง หรือใช้เพื่อปรับสภาพผิวหนัง ให้เรียบ	ชิ้นละ	300
142/4	5704D	**เข็มขัด (Stoma Belt)** **ลักษณะ** เข็มขัดรัดแป้นปิดหน้าท้อง ชนิด two-pieces appliance **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดแป้นรองให้ติดกับผนังหน้าท้อง กรณีลำไส้/ทวารเทียมที่หน้าท้องมีระดับเดียว หรือต่ำกว่าผนังหน้าท้อง	เส้นละ	300

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
143	**0604**	**0.6.4 ถุงเก็บปัสสาวะหน้าท้อง (Urostomy) ชนิดใช้ระยะยาว** **ลักษณะ** ถุงรองรับปัสสาวะต้องมีลิ้นกั้นไม่ให้น้ำปัสสาวะไหลย้อนกลับไปยังบริเวณทวารเทียมป้องกันการติดเชื้อ ปลายถุงเป็นก๊อกเพื่อสะดวกในการระบายน้ำปัสสาวะ **ข้อบ่งชี้** สำหรับรองรับปัสสาวะในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีการผ่าตัดเปิดทวารเทียม	ถุงละ	150
		หมวด 7 กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น		
	7000	**7.0 ข้อเทียม**		
144	**7001**	**7.0.1 ข้อนิ้ว** **ลักษณะ** เป็นข้อเทียมสำหรับ Metacarpophalangeal Joint **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วยซึ่ง 1) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (Conservative Treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ 2) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ 4) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนแล้วไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา	ข้อละ	11,000
145	**7002**	**7.0.2 ข้อศอก** **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีสภาพตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ 1) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (Conservative Treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา 2) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น 4) กระดูกข้อศอกแตกละเอียดในผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปี	ข้อละ	22,000
146	**7003**	**7.0.3 ข้อไหล่** **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีสภาพตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ 1) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (Conservative Treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา 2) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น 4) กระดูกข้อไหล่แตกละเอียดในผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปี	ข้อละ	65,000
147	**7004**	**7.0.4 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้**	ข้อละ	49,800
147/1	**7004A**	**7.0.4 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้** **ข้อบ่งชี้** 1) สำหรับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty, TKA) เป็นไปตามข้อบ่งชี้ในประกาศแนวปฏิบัติสำหรับให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมตามที่สำนักงานประกาศกำหนด 2) สำหรับกรณีอื่นๆ ได้แก่ อุบัติเหตุ เนื้องอกของกระดูก และการเจ็บป่วยอื่นซึ่งมีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น	ข้อละ	49,800
147/2	**7004B**	**7.0.4 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้** **ข้อบ่งชี้** 1) สำหรับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน (Medial Unicompartmental Knee Arthroplasty, UKA) เป็นไปตามข้อบ่งชี้ในประกาศแนวปฏิบัติสำหรับให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมตามที่สำนักงานประกาศกำหนด 2) สำหรับกรณีอื่นๆ ได้แก่ อุบัติเหตุ เนื้องอกของกระดูก และการเจ็บป่วยอื่น ซึ่งมีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น	ข้อละ	49,800

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
148	**7005**	**7.0.5 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้**	ข้อละ	49,800
148/1	**7005A**	**7.0.5 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 7004A	ข้อละ	49,800
148/2	**7005B**	**7.0.5 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 7004B	ข้อละ	49,800
149	**7006**	**7.0.6 ข้อตะโพกมีเบ้า (Total Hip Prosthesis) รวมทั้งอุปกรณ์เสริมไม่รวมซีเมนต์กระดูก** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 7.0.1	ข้อละ	37,000
150	**7007**	**7.0.7 ข้อตะโพกไม่มีเบ้า (Unipolar prosthesis)** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วยซึ่ง 1) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (Conservative Treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือเกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการรักษาทางยา 2) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น 4) ใช้ในผู้ป่วยที่มีกระดูกข้อตะโพกหักในผู้สูงอายุ	ข้อละ	10,500
151	**7008**	**7.0.8 ข้อตะโพกแบบมีเบ้า ชนิดผ่าแก้ไข (Total hip Revision Arthoplasty)** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพในผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมมาแล้ว หรือข้อถูกทำลายจากเนื้องอก หรือการติดเชื้อ ซึ่ง 1) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยมที่ ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ 2) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ 4) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนแล้วไม่ทุเลา หรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา	ข้อละ	120,000
152	**7009**	**7.0.9 วัสดุรองเบ้าข้อตะโพก (Supporting Ring)** **ข้อบ่งชี้** เสริมเบ้าข้อตะโพกที่เสื่อมสภาพ ที่มีพยาธิสภาพมาก ไม่สามารถใช้ข้อเทียมชนิดที่ใช้กันทั่วไปได้ พิจารณาได้จากภาพถ่ายรังสีและลักษณะข้อที่ถูกทำลายที่ตรวจพบขณะผ่าตัด	ข้อละ	9,500
153	**7010**	**7.0.10 ข้อตะโพกไม่มีเบ้าชนิด 2 ชั้น (ไบโพล่า)** **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพ ซึ่ง 1) ข้อเสื่อมสภาพ ชนิดที่เกิดการทำลายเฉพาะหัวกระดูกต้นขา หรือ 2) กระดูกบริเวณข้อตะโพกหัก ชนิดที่ไม่สามารถดึงกระดูกให้เข้าที่และดามกระดูกภายในด้วยโลหะได้	ข้อละ	35,000
154	**7011**	**7.0.11 ข้อตะโพกมีเบ้า (ชนิดไม่ใช้ซีเมนต์)** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วย ซึ่ง 1) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (conservative treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ 2) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ 4) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนแล้วไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา 5) เป็นการรักษาสำหรับผู้ที่อายุน้อยกว่า 75 ปี หรือพิจารณาวินิจฉัยการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	ข้อละ	60,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
155	7019	**7.0.19 ข้อตะโพกมีเบ้า (ชนิด hybrid)** **ลักษณะ** **1. ก้านตะโพกเทียมแบบใช้สารยึดกระดูก** 1.1) ก้านตะโพกเป็นชนิดผิวเรียบเป็นมัน มีลักษณะเป็นรูปลิ่ม และผิวก้านตะโพกไม่ยึดติดกับสารยึดกระดูก (bone cement) ไม่มีส่วนคอของก้านตะโพก (collar) 1.2) ส่วนที่ต่อกับหัวข้อตะโพกมีลักษณะเป็น modular คือสามารถใช้กับหัวข้อตะโพกหลายๆขนาดได้ 1.3) เป็นก้านตะโพกเทียมลักษณะก้านตรงและก้านมี Taper เพื่อป้องกันการเกิด Stress Shielding 1.4) สามารถต่อกับ Centralizer ด้านปลายของก้านตะโพกเทียมได้ 1.5) ก้านตะโพกมีขนาดให้เลือกหลายขนาดให้เหมาะสมกับขนาดของโพรงกระดูกผู้ป่วย 2. เบ้าตะโพกเทียมแบบไม่ใช้สารยึดกระดูก 2.1) เป็นเบ้าตะโพกเทียมแบบไม่ใช้สารยึดกระดูก 2.2) พื้นผิวของเบ้าตะโพกเทียมทั้งหมดมีการทำพื้นผิวแบบ porous-coated เพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดมีกระดูกเข้าไปยึดติดกับเบ้าข้อเทียม 2.3) ผลิตจากโลหะ Titanium Alloy 2.4) เบ้าตะโพกเทียมมีขนาดให้เลือกหลายขนาด **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วย ซึ่ง 1) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (conservative treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ 2) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทาง ชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ 4) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนแล้วไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา	ข้อละ	45,000
	7100	**7.1 กระดูกเทียม และเส้นเอ็นเทียม**		
156	7101	**7.1.1 หัวกระดูกเรเดียสเทียม** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนส่วนกระดูกเรเดียสที่ชำรุด เสียหายจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูกที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การดึงกระดูกให้เข้าที่และดามด้วยโลหะได้	ชิ้นละ	4,000
157	7102	**7.1.2 สารทดแทนกระดูกเพื่อการสร้างกระดูก** **ลักษณะ** เป็นสารจำพวกเซรามิก เช่น Hydroxyapatite, Calcium phosphate, Tricalcium phosphate และ Calcium salphate **ข้อบ่งชี้** ทดแทนกระดูกที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูก หรือกระดูกของผู้ป่วยมีปริมาณไม่เพียงพอ โดยไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยม และการผ่าตัดบางวิธี เช่น การตรึงกระดูกให้เข้าที่ การเชื่อมกระดูกให้ติดกัน การดามกระดูกด้วยโลหะดามกระดูก **<u>หมายเหตุ</u>** ใช้ได้ไม่เกิน 20 ซีซี ต่อการผ่าตัด 1 ครั้ง	5 ซีซี	2,000
158	7103	**7.1.3 เส้นเอ็นเทียมใช้บริเวณมือ** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนเส้นเอ็นบริเวณมือและแขนส่วนล่างที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บหรือโรคของเอ็นที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การเย็บต่อเส้นเอ็นให้เข้าที่หรือใช้การปลูกเส้นเอ็นจากส่วนอื่นของร่างกายได้	เส้นละ	3,500
	7200	**7.2 โลหะดามยึดกระดูก**		
159	7201	**7.2.1 โลหะใส่ในโพรงกระดูก (Nail) ชนิดไม่มีรูล็อก (K-nail)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณรยางค์ โดยเป็นการหักชนิดที่ ไม่รุนแรง และรูปแบบการหักไม่ซับซ้อน	ชิ้นละ	1,400

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
160	7202	**7.2.2 โลหะใส่ในโพรงกระดูก(Nail) ชนิดมีรูล็อก สำหรับยึดกระดูกส่วนกลาง (Diaphysis) (รวมค่าสกรู)** ข้อบ่งชี้ 1) ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณรยางค์ 2) กระดูกยาวในบริเวณรยางค์ที่หัก เนื่องจากภาวะเนื้องอก หรือกระดูกพรุน หรือโรคทางเมตะโบลิซึม	ชุดละ	15,000
161	7203	**7.2.3 โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดไม่มีเกลียว (Nail Plate) รวมสกรู** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อตะโพกและข้อเข่าจากการบาดเจ็บ หรือโรคโดยเป็นการหักชนิดที่ยังคงมีความมั่นคง เป็นการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง และรูปแบบการหักไม่ซับซ้อน	ชุดละ	5,000
162	7204	**7.2.4 โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกข้อตะโพก ชนิดมีเกลียว เช่น ชุด Dynamic Hip Screw** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อตะโพก จากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรง และรูปแบบการหักที่ซับซ้อน	ชุดละ	11,000
163	7205	**7.2.5 โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกที่เข่า ชนิดมีเกลียว เช่น ชุด Dynamic Condylar Screw** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อเข่าจากการบาดเจ็บหรือโรคโดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคงกระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อน	ชุดละ	11,000
164	7206	**7.2.6 โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดแยกชิ้น เช่น Gamma Nail รวมสกรู** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อตะโพกจากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อน	ชุดละ	24,000
165	7207	**7.2.7 โลหะดามกระดูกสันหลัง ส่วนคอ (Cervical Locking Plate)** **ระดับแรก ไม่เกิน 24,000 บาท** **ระดับถัดไป ไม่เกิน 12,000 บาทต่อระดับ** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้ **ลักษณะ** มีแผ่นโลหะ 1 ชิ้นและสกรูอย่างน้อย 4 ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด)	ระดับละ	24,000
166	7208**	**7.2.8 โลหะดามกระดูกสันหลัง ส่วนอก,เอว (PDS)** **ระดับแรก ไม่เกิน 25,000 บาท** **ระดับถัดไป ไม่เกิน 12,500 บาท ต่อระดับ** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนอก หรือเอว ที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อมหรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้ **ลักษณะ** มีแท่งโลหะ 2 ชิ้น และสกรูอย่างน้อย 4 ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด)	ระดับละ	25,000
167	7209	**7.2.9 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดกว้าง (Broad Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกรยางค์ขนาดใหญ่ที่หักและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	5,200
168	7210	**7.2.10 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดแคบ (Narrow Plate)** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 7.2.9	ชิ้นละ	2,500
169	7211	**7.2.11 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดมีแผ่นพยุง (Buttress Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกรยางค์ขนาดใหญ่ที่หักบริเวณข้อและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	3,800

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน(บาท)
170	7212	**7.2.12 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดเล็ก (Small Fragment Plate, Mini Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกรยางค์ขนาดเล็กที่หัก และไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้ หรือการยึดตรึงกระดูกใบหน้าและกะโหลกศีรษะในกรณีกระดูกหัก หรือมีการตัดกระดูกเพื่อการรักษาโรค	ชิ้นละ	1,500
171	7213	**7.2.13 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดดัดได้ (Reconstruction Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะการหักซับซ้อน และไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	2,700
172	7214	**7.2.14 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดมีหัวสกรูพยุง (Lock plate)**		
172/1	7214A	**แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดหัวล็อค (Locking compression plate)** **ข้อบ่งชี้** 1) ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูกยาวบริเวณรยางค์ โดยที่เป็นการหักชนิดที่รุนแรง หรือรูปแบบการหักที่ซับซ้อน 2) กระดูกยาวในบริเวณรยางค์หักเนื่องจากภาวะเนื้องอก หรือกระดูกพรุน หรือโรคทางเมตะโบลิซึม	ชิ้นละ	10,000
172/2	7214B	**แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดหัวล็อกสำหรับใส่บริเวณที่หักใกล้ข้อ (Anatomical Plate)** **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักซับซ้อน (Complex Fracture) ในโรคดังต่อไปนี้ 1) เนื้อกระดูกผิดปกติจากภาวะเนื้องอก กระดูกพรุน หรือโรคทางเมตะโบลิซึม 2) กระดูกหักบริเวณใกล้หรือเข้าข้อ (Periarticular or Intra-articular Fracture) 3) กระดูกหักบริเวณใกล้ข้อเทียม หรือใกล้โลหะดามกระดูกเดิม	ชิ้นละ	20,000
173	7215	**7.2.15 แผ่นโลหะขนาดเล็กที่ใช้ดามกระดูก** **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นดามกระดูกหรือใช้ยึดกระดูกโดยตรงก็ได้	ชิ้นละ	1,500
174	7216	**7.2.16 โลหะดามกระดูกภายนอก** **ลักษณะ** 1 ชุด มีแท่งโลหะ ดามกระดูก 2 แท่ง โลหะยึดกระดูก 4-6 แท่ง และคีมยึด 4-6 ตัว **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีการบาดเจ็บรุนแรง การติดเชื้อและการผ่าตัดที่มีลักษณะจำเพาะ ได้แก่ การยืด เลื่อน และหดกระดูก	ชุดละ	10,000
	7300	**7.3 โลหะยึดกระดูก/เอ็น**		
175	7301	**7.3.1 สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw)** **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีปัญหา ไม่สามารถใช้สกรูธรรมดา และใช้ร่วมกับแผ่นโลหะดามกระดูกชนิดหัวล็อก แบบตรงสำหรับใส่บริเวณกระดูกส่วนกลาง (Diaphysis) และโลหะดามกระดูกชนิดหัวล็อคสำหรับใส่บริเวณที่หักใกล้ข้อ (Anatomical plate)	ตัวละ	2,000
176	7302	**7.3.2 สกรูยึดแผ่นโลหะดามกระดูก** **ข้อบ่งชี้** 1) ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีปัญหาไม่สามารถใช้สกรูธรรมดา หรือ 2) ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นโลหะดามกระดูกชนิดหัวล็อก	ตัวละ	300
177	7303	**7.3.3 แท่งโลหะดามกระดูกขนาดต่างๆ (Schanz Screw)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักทั่วไป	อันละ	900
178	7304	**7.3.4 สกรูขนาดเล็กที่ใช้ดามกระดูก** **ลักษณะ** ใช้ยึดกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นดามกระดูกหรือใช้ยึดกระดูกโดยตรงก็ได้ **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หัก	ตัวละ	800
179	7305	**7.3.5 สกรูยึดเอ็นข้อเข่า** **ลักษณะ** เป็นสกรูหัวจมหกเหลี่ยมมีเกลียวหยาบที่สามารถยึดส่วนกระดูกของเอ็นที่นำไปปลูกกับโพรงในกระดูกข้อเข่า **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อเข่า	ตัวละ	5,700

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
180	7306	**7.3.6 หมุดสมอยึดติดกับกระดูกชนิดมีวัสดุยึดเส้นเอ็น** **ลักษณะ** เป็นหมุดที่สามารถใช้ยึดเอ็นกับกระดูกได้โดยตรงและมีส่วนต่อกับวัสดุที่ใช้เย็บเอ็น **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อไหล่และมือ	ตัวละ	5,000
181	7307	**7.3.7 สมอยึดกระดูกเข้ากับเนื้อเยื่อ (Suture Anchor)** **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับการเย็บซ่อมเอ็นบริเวณข้อต่างๆ ที่เอ็นถูกกระชากหลุดออกจากกระดูก	อันละ	6,000
182	7308	**7.3.8 ชุดสมอสำหรับเย็บซ่อมหมอนรองกระดูกเข่า (Arthroscopic Meniscus Repair System)** **ลักษณะ** เป็นชุดประกอบด้วยเข็ม 1 อันและด้ายสำหรับเย็บ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับเย็บซ่อมแซมหมอนรองกระดูกอ่อนในข้อเข่า	ชุดละ	5,000
183	7311	**7.3.11 ตะขอตรึงกระดูก (Staple)** **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะจำเพาะและการตัดต่อกระดูก	ชิ้นละ	1,000
184	7313	**7.3.13 K-wire** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกส่วนปลายและกระดูกที่หักมีขนาดเล็ก รวมทั้งใช้เพื่อการดึงรักษากระดูกหัก	ชิ้นละ	300
185	7314	**7.3.14 สกรูชนิดพิเศษสำหรับใส่ข้อมือ** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกข้อมือ	ชิ้นละ	3,000
	7400	**7.4 วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้ยึดกระดูกอื่นๆ**		
186	7401	**7.4.1 สารยึดกระดูก (Bone Cement) ชนิดธรรมดา** **ลักษณะ** เป็นสารเมตทิลเมตาไคลเลต มีสองส่วนคือส่วนที่เป็นของเหลวและส่วนที่เป็นผง ใช้ผสมกันเพื่อให้เกิดการโพลิเมอไรเซชั่นและเป็นวัสดุปราศจากเชื้อ **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงข้อเทียมกับกระดูกและใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกของกระดูก	ชุดละ	2,000
187	7402	**7.4.2 สารยึดกระดูก (Bone Cement) ชนิดมียาปฏิชีวนะผสม** **ลักษณะ** เป็นสารเมตทิลเมตาไคลเลต มีสองส่วน คือ ส่วนที่เป็นของเหลว และส่วนที่เป็นผงใช้ผสมกันเพื่อให้เกิดการโพลิเมอไรเซชั่นและเป็นวัสดุปราศจากเชื้อและมียาปฏิชีวนะผสมเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ และใช้ในรายที่เป็นการผ่าตัดแก้ไขข้อเทียมที่เคยติดเชื้อ **ข้อบ่งชี้** 1) ใช้ในการยึดข้อเทียมติดกับกระดูก 2) ใช้ปั้นเป็นรูปร่างเพื่อเติมเข้าไปในพื้นที่ว่างระหว่างกระดูกชั่วคราว เพื่อทำการรักษาการติดเชื้อในกระดูกและข้อ 3) ใช้ในผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกของกระดูก	ชุดละ	4,300
	7500	**7.5 กระดูกชีวภาพ**		
188	7502	**7.5.2 กระดูกแช่แข็งขนาดเล็ก** **ลักษณะ** เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า 70 องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึกโดยระบบสูญญากาศ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บ หรือโรค ในบริเวณกระดูกขนาดเล็ก	ชิ้นละ	5,000
189	7503	**7.5.3 กระดูกแช่แข็งขนาดกลาง** **ลักษณะ** เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า 70 องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึกโดยระบบสูญญากาศ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่	ชิ้นละ	15,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
190	7504	**7.5.4 กระดูกแช่แข็งขนาดใหญ่** **ลักษณะ** เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาดและการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า 70 องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึก โดยระบบสูญญากาศ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่และบริเวณข้อและใช้ร่วมกับข้อเทียม	ชิ้นละ	25,000
191	7506	**7.5.6 แคลเซี่ยมไฮดรอกซี เอพาไตต์ ขนาด 1 ลูกบาศก์เซนติเมตร** **ลักษณะ** เป็นสารไฮดรอกซีเอพาไตต์ที่สังเคราะห์ขึ้นหรือกึ่งสังเคราะห์ หรือผลิตจากวิธีทางธรรมชาติผ่านขบวนการทำให้ปราศจากเชื้อและผนึกด้วยวิธีที่ใช้ในการเก็บวัสดุทางการแพทย์ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกกระดูกบริเวณใบหน้า กราม และกระดูกคอส่วนบนเท่านั้น	ชิ้นละ	2,500
	7600	**7.6 อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดกระดูกและข้อ**		
192	7601	**7.6.1 ใบมีดตัดเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ (Blade for Arthroscopic Shaver)** **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาของเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ ใช้ในกรณีส่องกล้อง Arthroscopy	อันละ	4,500
		หมวด 8 วัสดุ/อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู		
	8300	**8.3 อุปกรณ์พยุงแกนลำตัว (Spinal orthosis)**		
193	8305	**8.3.5 เฝือกพยุงลำตัว**	ชุดละ	2,000
194	8306	**8.3.6 โลหะหรือ พลาสติกดามหลังคด**	ชุดละ	8,000
195	8307	**8.3.7 เฝือกพยุงระดับเอว (Lumbosacral support)**	ชุดละ	1,000
	8400	**8.4 โลหะ/พลาสติกดามแขนภายนอก (Orthosis, upper extremity)**		
196	8401	**8.4.1 โลหะ/พลาสติกดามข้อไหล่ ข้อมือ และข้อศอกเด็ก**	ข้างละ	800
197	8402	**8.4.2 โลหะ/พลาสติกดามข้อไหล่ ข้อมือ และข้อศอกผู้ใหญ่**	ข้างละ	1,000
198	8403	**8.4.3 โลหะ/พลาสติกดามข้อมือและข้อศอกพร้อมลวดสปริง**	ชุดละ	1,000
	8500	**8.5 โลหะ/หรือพลาสติกดามขาภายนอกไม่รวมรองเท้า (Orthosis, Lower Extremity)**		
199	8501	**8.5.1 โลหะ/พลาสติกดามขาเด็กเล็ก ชนิดยาวไม่มีข้อเข่า**	ข้างละ	1,500
200	8502	**8.5.2 พลาสติกดามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้**	ข้างละ	5,500
201	8503	**8.5.3 โลหะดามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้**	ข้างละ	11,000
202	8504	**8.5.4 พลาสติกดามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้**	ข้างละ	5,500
203	8505	**8.5.5 โลหะดามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้**	ข้างละ	11,000
204	8506	**8.5.6 พลาสติกดามขาขนาดใหญ่มีข้อเข่าล็อกได้**	ข้างละ	5,500
205	8507	**8.5.7 โลหะดามขาขนาดใหญ่มีข้อเข่าล็อกได้**	ข้างละ	12,000
206	8509	**8.5.9 เบ้ารับน้ำหนักที่เอ็นสะบ้า (PTB)**	ข้างละ	3,000
207	8510	**8.5.10 พลาสติกดามขาเด็กเล็กชนิดสั้น (กันเท้าตก)**	ข้างละ	1,200
208	8512	**8.5.12 พลาสติกดามขาขนาดกลาง (กันเท้าตก)**	ข้างละ	1,500
209	8514	**8.5.14 พลาสติกดามขาชนิดสั้นขนาดใหญ่ (กันเท้าตก)**	ข้างละ	1,800

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
210	8519	**8.5.19 พลาสติกดามข้อเท้า (Ankle-Foot Orthosis)** **ข้อบ่งชี้** ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อเท้าที่หลวม (Ankle Instability)	ข้างละ	3,000
211	8520	**8.5.20 สายรัดกันเท้าตก**	ข้างละ	150
	8600	**8.6 อุปกรณ์พยุงข้อ (Single joint orthosis)**		
212	8601	**8.6.1 สายคล้องแขนกันไหล่หลุด**	ข้างละ	200
213	8602	**8.6.2 สายคล้องแขน (Arm sling)**	อันละ	150
214	8603	**8.6.3 อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) มีแกนด้านข้าง**	ข้างละ	1,500
215	8604	**8.6.4 อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) ไม่มีแกนด้านข้าง**	ข้างละ	1,500
216	8605	**8.6.5 แผ่นโลหะ/พลาสติกบังคับเชิงกรานเด็ก**	ข้างละ	500
217	8606	**8.6.6 แผ่นโลหะบังคับเชิงกรานผู้ใหญ่**	ข้างละ	1,500
218	8609	**8.6.9 อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าชนิดสำเร็จรูป** **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อเท้า เอ็นข้อเท้า กระดูกฝ่าเท้าอักเสบ และใช้ในการบำบัดรักษาเอ็นฝ่าเท้าอักเสบที่เรื้อรังต่อเนื่อง	คู่ละ	1,200
219	8610	**8.6.10 อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย**	ข้างละ	1,200
		ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ 8.6.9		
220	8612	**8.6.12 อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุที่เสริมรองรับเท้าชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis) มีคุณสมบัติ 1) ทำจากวัสดุที่ชั้นบนมีความนุ่มและยืดหยุ่น (Cushion) ส่วนวัสดุชั้นล่างช่วยในการคงรูปของชั้นบน (Contour) 2) ต้องหล่อพิเศษเฉพาะราย มีความหนาอย่างน้อย 5 มิลลิเมตร และโค้งเข้ารูปตลอดความยาวของฝ่าเท้าผู้ป่วยแต่ละราย (Total Contact Insole/Orthosis) ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยเกณฑ์ แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าแล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง	คู่ละ	1,200
	8700	**8.7 เครื่องช่วยเดิน (Walking Aids)**		
221	8701	**8.7.1 เครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขา (Pick-Up-Walker)**	อันละ	700
222	8702	**8.7.2 เครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขา มีล้อ (จ่ายให้ครั้งเดียวไม่มีค่าซ่อมหรือซื้อใหม่)**	อันละ	3,000
223	8703	**8.7.3 ไม้เท้า 1 ปุ่ม**	อันละ	190
224	8704	**8.7.4 ไม้เท้าชนิด 3 หรือ 4 ปุ่ม**	อันละ	600
225	8705	**8.7.5 ไม้ค้ำยัน**	คู่ละ	250
	8800	**8.8 รองเท้า**		

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
226	8813	**8.8.13 รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง และยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้** **ลักษณะ** 1) รองเท้าทำจากหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่มีความยืดหยุ่น ระบายอากาศ บุ/หรือซับในด้วยหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่อ่อนนุ่ม (วัสดุสังเคราะห์ที่ใช้ห้ามเป็นยางพารา /ไวนิล / พลาสติก) 2) ส่วนหัวรองเท้าเป็นชนิดปิดปลายนิ้วเท้าและต้องกว้างพอเพื่อไม่ให้บีบหรือกดนิ้วเท้า ไม่มีตะเข็บแข็ง เพื่อป้องกันการเกิดแผล และต้องมีสายรัดส้น หรือ หุ้มส้นเท้า (Back strap / Heel counter) ส่วนหัวรองเท้าชนิดเปิดปลายนิ้วเท้า ใช้ได้เฉพาะกรณีที่มีแผลและอยู่ระหว่างการทำแผล เท่านั้น 3) รองเท้าต้องปรับขนาดได้ด้วยเชือก หรือ Velcro เป็นต้น เพื่อสามารถกระชับเท้าให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่เกิดการเสียดสี 4) เป็นรองเท้าที่มีความลึกมากกว่าปกติอย่างน้อย 5 มิลลิเมตร (Deep Inlay) สามารถถอดพื้นรองเท้าด้านใน เพื่อใส่แผ่นเสริมได้ 5) พื้นรองเท้าด้านใน รวมแผ่นรองสำเร็จรูปที่ได้รับการปรับแต่ง ทำจากวัสดุที่มีความยืดหยุ่น นุ่ม มีความหนาอย่างน้อย 5 มิลลิเมตร 6) พื้นรองเท้าด้านนอก (Outsole) ทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ไม่ลื่น สามารถปรับแต่งพื้นได้ และมีความโค้ง ลักษณะ Toe Only Rocker Bottom Shoes **ข้อบ่งชี้** ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน โดยเกณฑ์แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน และดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าแล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง	คู่ละ	1,800
227	8814	**8.8.14 รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้** **ลักษณะ** เหมือนรหัส 8813 แต่เป็นรองเท้าตัด ไม่ใช่รองเท้าสำเร็จรูป **ข้อบ่งชี้** เหมือนรหัส 8813 แต่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปชนิด Depth-Inlay Shoes ให้สวมใส่ได้ **หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 3 รายการ** ให้มีสิทธิเบิกได้คนละไม่เกิน 1 คู่ต่อรายภายในระยะเวลา 1 ปี นับจากวันที่ได้รับอุปกรณ์ทั้งนี้ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับ.ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า ตามที่สำนักงานประกาศกำหนด	คู่ละ	2,800
228	8815	**8.8.15 ค่าซ่อมรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง และยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้** **ข้อบ่งชี้** ให้เบิกได้ตามที่แพทย์ของสถานพยาบาลที่ตรวจรักษาเป็นผู้สั่งซ่อมโดยประหยัด	ครั้งละ	900
229	8816	**8.8.16 ค่าซ่อมรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้** **ข้อบ่งชี้** ให้เบิกได้ตามที่แพทย์ของสถานพยาบาลที่ตรวจรักษาเป็นผู้สั่งซ่อมโดยประหยัด	ครั้งละ	1,400
		หมวด 9 อื่นๆ		
		9.2 รายการฟันเทียมถอดได้และอุปกรณ์ **หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกฟันเทียม** 1) ฟันเทียมถอดได้และอุปกรณ์ ให้มีสิทธิเบิกได้คนละไม่เกินชิ้นละ/ชุดละ ภายในระยะเวลา 5 ปี (โดยให้ระบุตำแหน่งที่ทำแต่ละครั้ง) 2) การเบิกฟันเทียมทั้งหมด ราคาที่ให้เบิกเป็นราคาที่เหมาจ่ายและได้รวมค่าวัสดุที่ใช้ในการพิมพ์ปากแล้ว 3) สำหรับอุปกรณ์ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ รายการ 9.2.0.4 และ 9.2.0.5 ในกรณีที่จำเป็นต้องใช้ตะขอ ราคาตะขอจะรวมอยู่กับราคาฟันเทียมบางส่วนถอดได้แล้ว		
		9.2.0 ฟันเทียมทั้งปากถอดได้		

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน(บาท)
230	9202	**9.2.0.2 ฟันเทียมทั้งปาก ถอดได้ 1 ชิ้น บนหรือล่าง (Single Denture)** **ลักษณะ** ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ฐานอะคริลิก ชิ้นเดียว **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปทั้งหมด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร	ชิ้นละ	2,400
231	9203	**9.2.0.3 ฟันเทียมทั้งปาก ถอดได้ 2 ชิ้น บนและล่าง (Complete Denture)** **ลักษณะ** ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ฐานอะคริลิก สองชิ้น **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปทั้งหมด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร	ชุดละ	4,400
232	9204	**9.2.0.4 ฟันเทียมบางส่วน ถอดได้ 1-5 ซี่** **ลักษณะ** ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานอะคริลิก- **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติบางซี่ที่สูญเสียไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร	ชิ้นละ	1,300
233	9205	**9.2.0.5 ฟันเทียมบางส่วน ถอดได้ มากกว่า 5 ซี่** **ลักษณะ** ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานอะคริลิก **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติบางซี่ที่สูญเสียไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร	ชิ้นละ	1,500

หมายเหตุ โปรแกรมส่งข้อมูลเบิก

1.1 รายการอุปกรณ์สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC ทั่วไป) ส่งข้อมูลเบิกในโปรแกรม e-Claim

1.2 รายการอุปกรณ์สำหรับคนพิการ (ท. 74) ส่งข้อมูลเบิกในโปรแกรมการเบิกอุปกรณ์คนพิการ และการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

1. การเบิกอุปกรณ์เลนส์แก้วตาเทียม กรณีให้บริการผ่าตัดต้อกระจก ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย และแนวทางการให้บริการผ่าตัดต้อกระจก ตามที่สำนักงานประกาศกำหนด

2. ** เป็นรหัสอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาที่มีในบัญชีนวัตกรรมไทย สปสช. สนับสนุนให้มีการใช้ผลิตภัณฑ์/บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในบัญชีนวัตกรรม โดยหน่วยบริการบันทึกเบิกในรหัส และราคาตามประกาศนี้

3. อุปกรณ์ รหัส 0604 ถุงเก็บปัสสาวะหน้าท้อง (Urostomy) ชนิดใช้ระยะยาว เป็นรายการที่เทียบเคียงกับรายการ เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา (วัสดุสิ้นเปลือง) ของกรมบัญชีกลาง จึงขึ้นต้นด้วยรหัส “0”

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง
เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า
พ.ศ. ๒๕๖๓

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๓ และข้อ ๓๔.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า "ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๖๓"

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อ ๔ บรรดาประกาศ หลักเกณฑ์ หรือคำสั่งอื่นใดที่กำหนดไว้แล้ว ซึ่งขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ข้อ ๕ ในประกาศนี้

"สำนักงาน" หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"สำนักงานเขต" หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่

/รหัส ...

"รหัส ๘๖๑๒" หมายความว่า อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis)

"รหัส ๘๘๑๓" หมายความว่า รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้

"รหัส ๘๘๑๔" หมายความว่า รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้

ข้อ ๖ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้ จะต้องให้บริการแก่ผู้มีสิทธิรับบริการ ดังนี้

(๑) เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ได้รับการวินิจฉัยและมีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน

(๓) สามารถเดินและเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง

(๔) ได้รับการตรวจเท้าตามแนวทางเวชปฏิบัติของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า และมีผลการประเมินระดับความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงสูง

ข้อ ๗ หน่วยบริการที่จะให้บริการตามประกาศนี้ ต้องมีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้

(๑) เป็นหน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET)

(๒) เป็นหน่วยบริการตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan)

(๓) เป็นหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการรับส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการและประสงค์จะให้บริการ

ข้อ ๘ หน่วยบริการที่ประสงค์จะให้บริการและขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต้องยื่นแบบแสดงความจำนง ตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้ พร้อมแบบประเมินตนเอง ตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้ ไปที่สำนักงานเขตเพื่อพิจารณาตามศักยภาพของหน่วยบริการ และให้เป็นไปตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) โดยให้สำนักงานเขตส่งสำเนาการอนุมัติในระดับเขตมาที่สำนักงาน

เมื่อหน่วยบริการได้รับการแจ้งผลการประเมินแล้ว สามารถให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

(๑) หน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) และหน่วยบริการตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สามารถให้บริการอุปกรณ์ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส ๘๖๑๒ ๘๘๑๓ และ ๘๘๑๔

/(๒) ...

(๒) หน่วยบริการตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย สามารถให้บริการอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส ๘๘๑๓

(๓) หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการรับส่งต่อ นอกเหนือจาก (๑) และ (๒) ที่มีศักยภาพในการให้บริการอุปกรณ์และประสงค์จะให้บริการ ให้ยื่นแบบแสดงความจำนงต่อสำนักงานเขตเพื่อตรวจประเมินเป็นรายกรณี

กรณีเกินกว่าศักยภาพในการให้บริการอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส ๘๖๑๒ หรือ ๘๘๑๓ หรือ ๘๘๑๔ สามารถให้บริการตามระบบส่งต่อ (OP Refer) ได้

ข้อ ๙ เกณฑ์การประเมินศักยภาพหน่วยบริการตามข้อ ๘ ประกอบด้วย

(๑) การประเมินเชิงระบบการจัดการ ประกอบด้วย

(ก) ด้านบุคลากร

(ข) ด้านระบบบริการ

(ค) ด้านคุณภาพ

(๒) ด้านสถานที่และเครื่องมือในการให้บริการ สำหรับหน่วยบริการที่สามารถผลิตอุปกรณ์ได้เองตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส ๘๖๑๒ ๘๘๑๓ และ ๘๘๑๔

(๓) เกณฑ์สำหรับหน่วยบริการที่ผ่านการประเมิน แต่ไม่ผลิตอุปกรณ์เองและต้องการจัดหาให้มีบริการในแต่ละรหัส ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส ๘๖๑๒ ๘๘๑๓ และ ๘๘๑๔

ข้อ ๑๐ หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อการตรวจสอบหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย (Post Audit) โดยการบันทึกข้อมูลอย่างน้อยให้มีรายละเอียด ดังนี้

(๑) บันทึกการตรวจพบพยาธิสภาพของเท้าที่มีแผล เช่น เท้าผิดรูป (Deformity) หนังแข็ง (Callus) ตาปลา (Corns) เป็นต้น

(๒) บันทึกวิธีการตรวจเท้าด้วย Monofilament และการประเมินชีพจร (Pulse)

(๓) บันทึกกิจกรรม การให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลที่เท้ารวมทั้งการป้องกัน และการดูแลเท้าทั่วไปด้วยตนเอง (Self foot-care) กับผู้ป่วย หรือผู้ดูแล

(๔) บันทึกความสามารถของผู้ป่วยในการเดินและเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง

(๕) บันทึกผลของการใช้อุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น มีการใช้รองเท้าสม่ำเสมอ หรือความพึงพอใจต่อการใช้รองเท้า หรือผลข้างเคียงแทรกซ้อนจากการใช้รองเท้า เป็นต้น

(๖) บันทึกการสั่งจ่ายอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยแพทย์ที่ให้การรักษา

/(๗) ...

(๗) บันทึกการได้รับอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีหลักฐานลายมือชื่อของผู้ป่วย และวันที่ได้รับอุปกรณ์

ข้อ ๑๑ ให้หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ภายหลังจากวันที่จ่ายอุปกรณ์ให้กับผู้ป่วยเบาหวานเรียบร้อยแล้ว โดยส่งข้อมูลในโปรแกรม e-Claim มายังสำนักงานภายในสามสิบวัน และต้องบันทึกข้อมูลรหัสโรค (ICD๑๐) ให้ถูกต้องตามผลการตรวจประเมินความเสี่ยงและข้อบ่งชี้ของแต่ละอุปกรณ์ การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีให้บริการอุปกรณ์ ให้เบิกได้หนึ่งคู่ต่อคนต่อปี โดยนับจากวันที่ได้รับอุปกรณ์

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะจ่ายค่าอุปกรณ์ให้หน่วยบริการตามราคาที่จัดหาได้จริง แต่ไม่เกินเพดานราคาที่กำหนด โดยมีลักษณะข้อบ่งชี้การใช้อุปกรณ์ และคุณสมบัติของอุปกรณ์แต่ละรายการให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้

ข้อ ๑๓ หากหน่วยบริการเห็นว่า การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ ให้ยื่นอุทธรณ์ต่อสำนักงานภายในสามสิบวันนับจากวันที่ได้รับการจ่ายค่าใช้จ่าย

ข้อ ๑๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แบบแสดงความจำนง
กรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง
เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า

เลขที่..... (สำหรับสำนักงานเขต)

วันที่..... (สำหรับสำนักงานเขต)

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๖๓ กำหนดให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพยื่นแบบแสดงความจำนงกรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า นั้น

ในการนี้ (ชื่อหน่วยบริการ).....มีความประสงค์ ให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พร้อมทั้งปฏิบัติตามเงื่อนไขการจ่ายเงิน ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดทุกประการ กรณีที่ดำเนินโครงการไม่แล้วเสร็จหรือไม่ส่งผลการดำเนินงานภายในกำหนดเวลา ยินยอมให้สำนักงานหักเงินพึงจ่าย เพื่อหักกลบลบหนี้ได้

จึงเรียนมาเพื่อขอรับการสนับสนุนการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่กำหนดต่อไป

ลงชื่อ..... ผู้บริหารหน่วยบริการ
( )
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

<u>สำหรับสำนักงานเขต</u>

สำนักงานเขตได้ประเมินศักยภาพหน่วยบริการแล้ว เห็นควรให้หน่วยบริการ ให้บริการอุปกรณ์และเบิกจ่ายตามศักยภาพได้ ตามผลการประเมินของสำนักงานเขต ดังนี้

(.....) รหัส ๘๖๑๒ อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis)

(.....) รหัส ๘๘๑๓ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้

(.....) รหัส ๘๘๑๔ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้

( ) อนุมัติ ณ วันที่.....

ลงชื่อ.....
( )
ตำแหน่ง.....

แบบประเมินตนเอง เพื่อประเมินศักยภาพในการให้บริการของหน่วยบริการ
กรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง
เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า

ชื่อหน่วยบริการ ..... **รหัสหน่วย**.....
จังหวัด.....**เขต**.....

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามศักยภาพของหน่วยบริการ

<u>ส่วนที่ ๑</u> **การประเมินเชิงระบบการจัดการ**

รายละเอียด	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	มี	ไม่มี	
ด้านบุคลากร			
๑. แพทย์คลินิกเบาหวาน (ต้องมีอย่างน้อย ๑ ข้อ)			
๑.๑ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู			
๑.๒ แพทย์ด้านอื่น ที่ผ่านการอบรมการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน			
๒. บุคลากรอื่น			
๒.๑ รหัสอุปกรณ์ ๘๖๑๒ อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis) (ต้องครบทุกข้อ)			
๒.๑.๑ พยาบาลเฉพาะทาง (การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)/พยาบาลวิชาชีพ (ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้อง)			
๒.๑.๒ นักกายอุปกรณ์/ช่างกายอุปกรณ์ (ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง)			
๒.๒ รหัสอุปกรณ์ ๘๘๑๓ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้ (ต้องครบทุกข้อ)			
๒.๒.๑ พยาบาลเฉพาะทาง (การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)/พยาบาลวิชาชีพ (ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้อง)			
๒.๒.๒ นักกายภาพบำบัด (ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง)			
๒.๒.๓ นักกายอุปกรณ์/ช่างกายอุปกรณ์ (ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง)			
๒.๓ รหัสอุปกรณ์ ๘๘๑๔ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้ (ต้องครบทุกข้อ)			
๒.๓.๑ พยาบาลเฉพาะทาง (การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)/พยาบาลวิชาชีพ (ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้อง)			
๒.๓.๒ นักกายอุปกรณ์/ช่างกายอุปกรณ์ (ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง)			
๒.๓.๓ ช่างตัด/ช่างเย็บรองเท้า/ช่างประกอบ/ช่างแต่งรองเท้า			

รายละเอียด	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	มี	ไม่มี	
ด้านระบบบริการ (ต้องครบทุกข้อ)			
๑. มีคลินิก และทีมสหวิชาชีพ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานประจำ			
๒. มีการบันทึกข้อมูลการตรวจเท้า และความผิดปกติของเท้า			
๓. มีการให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า รวมถึงการดูแลเท้าทั่วไป			
๔. มีบันทึกรับรองการสั่งจ่ายอุปกรณ์รองเท้าโดยแพทย์ที่ให้การรักษา			
๕. มีการบันทึกการได้รับอุปกรณ์รองเท้าด้วยการลงลายมือชื่อ			
๖. มีการบันทึกข้อมูลในระบบการเบิกจ่ายของ สปสช. (e-Claim)			
ด้านคุณภาพ (ต้องครบทุกข้อ)			
๑. มีระบบการบันทึกผลการใช้รองเท้า/ความพึงพอใจ/ผลข้างเคียง/ภาวะแทรกซ้อน			
๒. มีการติดตามเยี่ยมดูแผล/หนังหนา/ตาปลา			
๓. มีแผนงานรองรับในกรณีต้องแก้ไข			
๔. มีการควบคุมคุณภาพของอุปกรณ์รองเท้าสามารถใช้งานได้อย่างน้อยหนึ่งปี			

<u>ส่วนที่ ๒</u> ด้านสถานที่/เครื่องมือในการให้บริการ สำหรับหน่วยบริการที่สามารถผลิตอุปกรณ์ได้เอง (ครบทุกข้อเฉพาะรายอุปกรณ์ที่ขอเข้าร่วม)

รายการ	มีและใช้งานได้	ไม่มี	หมายเหตุ
๑.๑ รหัส ๘๖๑๒ อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis) (ต้องครบทุกข้อ)			
๑. ห้องผลิตอุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้า			
๒. แบบพิมพ์ เก็บรอยฝ่าเท้า			
๓. เครื่องมือเก็บรูปฝ่าเท้า/เครื่องสแกนเท้า			
๔. เครื่องดูดสูญญากาศ/เครื่องกัดโฟม			
๕. เครื่องเจียรแต่งโฟม			
๖. เตาอบ			
๑.๒ รหัส ๘๘๑๓ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้			
รหัสนี้เป็นรองเท้าสำเร็จรูป ไม่จำเป็นต้องมีเครื่องมือในการให้บริการ			
๑.๓ รหัส ๘๘๑๔ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้ (ต้องครบทั้ง ๔ ข้อ)			
๑. ห้องผลิตรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง			
๒. สายวัดขนาดเท้า			
๓. ทุ่นรองเท้า ในการขึ้นรูปเพื่อตบแต่ง			
๔. แท่นกลึง/เครื่องกลึง/เครื่องขัด			
๕. จักรเย็บ (อาจมีหรือไม่มีก็ได้)			

โปรดระบุข้อมูลเพิ่มเติม

.....

.....

.....

<u>ส่วนที่ ๓</u> สำหรับหน่วยบริการที่ผ่านประเมิน ส่วนที่ ๑ แต่ไม่ผลิตอุปกรณ์เอง และต้องการจัดหาให้มีบริการ (โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ หน้ารหัสอุปกรณ์ที่ต้องการจัดหาบริการ)

( ) รหัส ๘๖๑๒ อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis)

( ) รหัส ๘๘๑๓ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้

( ) รหัส ๘๘๑๔ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้

รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. มีเอกสารสัญญาระบุการจ้างผลิต (ระบุชื่อบริษัท และเลขที่สัญญา) *			
๒. มีแนวทางการตรวจรับผลงานการผลิตก่อนส่งให้ผู้ป่วย			
๓. มีกำหนดระยะเวลาการส่งมอบรองเท้าให้หน่วยบริการ ไม่เกินสามสิบวัน **			
๔. มีการรับประกันคุณภาพสินค้า ระยะเวลาการประกันคุณภาพไม่ต่ำกว่าหนึ่งปี			

<u>หมายเหตุ</u>

* หมายถึง หน่วยบริการที่ขอเข้าร่วมครั้งแรก ต้องผ่านการประเมินในส่วนที่ ๑ แล้ว จะต้องส่งหลักฐานเพิ่มเติมภายในสามสิบวัน เพื่อให้สำนักงานฯ อนุมัติให้ดำเนินการได้

** หมายถึง การส่งมอบรองเท้าให้หน่วยบริการ ไม่เกินสามสิบวันนับตั้งแต่วันที่มีการสั่งซื้อ หรือจัดหาระหว่างหน่วยบริการกับบริษัท

ข้อมูลเพิ่มเติม .....

.....

.....

ผู้ประสานงาน

๑. ชื่อ- สกุล.....โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....E-mail: .....

๒. ชื่อ- สกุล.....โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....E-mail: .....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้นี้เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้บริหารหน่วยบริการ

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ภาคผนวก 13

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention)

โรคหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary Artery Disease) หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน ส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อบุผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดหัวใจได้ตีบตันไปแล้วอย่างน้อยร้อยละ 50 อาการสำคัญที่พบได้บ่อย เช่น อาการปวดเค้นอก (Angina)[1] ใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อยขณะออกแรง เป็นลมหมดสติ หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน ลักษณะอาการปวดเค้นอกของโรคหัวใจขาดเลือดจะมีลักษณะเฉพาะ คือ อาการเจ็บหนักๆ เหมือนมีอะไรมาทับหรือรัดบริเวณกลางหน้าอก ใต้กระดูก Sternum อาจมีร้าวไปบริเวณคอ กราม ไหล่ และแขนทั้งสองข้าง โดยเฉพาะข้างซ้ายมักเป็นมากขึ้นขณะออกกำลัง จะมีอาการปวดเค้นอกครั้งละ 2-3 นาที เมื่อนั่งพักหรืออมยา Nitroglycerin อาการจะทุเลาลง โดยสามารถแบ่งอาการทางคลินิกได้ 2 กลุ่ม คือ

1. ภาวะเจ็บเค้นอกคงที่ (stable angina) หรือ ภาวะปวดเค้นอกเรื้อรัง (chronic stable angina) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (chronic ischemic heart disease) โดยผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บเค้นอกเป็นๆ หายๆ เป็นระยะเวลานานกว่า 2 เดือนขึ้นไป

2. ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome: ACS) หมายถึง กลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการที่สำคัญ คือ ปวดเค้นอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพัก (Rest angina) นานกว่า 20 นาที หรือ ปวดเค้นอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่ หรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิม จำแนกเป็น 2 ชนิดดังนี้

2.1 ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูง (ST- elevation MI: STEMI) วินิจฉัยโดย

2.1.1 EKG มีการยกขึ้น (Elevation) มากกว่า 0.1 mv ตั้งแต่ 2 lead ติดกันขึ้นไป หรือ 0.2 mv ใน lead v1-v3 หรือมีลักษณะ Left Bundle Branch Block (LBBB) ที่เกิดขึ้นใหม่

2.1.2 มีประวัติการปวดเค้นอกนานกว่า 20 นาที ยกเว้น ในบางกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้เช่น ผู้ป่วยที่มาด้วย Post Cardiac Arrest, Shock, Syncope หรือ Cardiogenic-dyspnea หรือผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเบาหวานแทรกซ้อน

2.1.3 มีประวัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้งสองข้อ ดังต่อไปนี้

(ก) มีประวัติเจ็บแน่นหน้าอกนานกว่า 20 นาที

(ข) มีค่า Cardiac enzyme อย่างน้อย 1 ข้อ ใน 3 ข้อ ต่อไปนี้

- CK-MB มากกว่าหรือเท่ากับ 2 เท่าของค่า Upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้นๆ เฉพาะในกรณีที่ไม่มีผล CK-MB อนุโลมให้ใช้ค่า CK ได้ โดยที่ CK มากกว่าหรือเท่ากับ 2 เท่าของค่า Upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้น ๆ
- Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ 0.1 ng/ml หรือ High Sensitivity Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ 0.013 ng/ml หรือ 99 percentile ของค่าสูงสุดของแต่ละห้องปฏิบัติงานนั้น ๆ
- Troponin I มากกว่า หรือเท่ากับ 2.0 ng/ml

2.2 ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกสูง (Non ST- elevation MI: STEMI) วินิจฉัย โดย (ต้องมีทั้ง 3 ข้อ)

2.2.1 มีการเปลี่ยนแปลงของ EKG เป็นแบบ ST depression หรือ Inverted T wave

2.2.2 มีประวัติเจ็บแน่นหน้าอกนานกว่า 20 นาที ยกเว้น ในบางกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ เช่น ผู้ป่วยที่มาด้วย Post Cardiac Arrest, Shock, Syncope หรือ Cardiogenic-dyspnea หรือผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเบาหวานแทรกซ้อน

2.2.3 มีค่า Cardiac enzyme อย่างน้อย 1 ข้อ ใน 3 ข้อ ต่อไปนี้

- CK-MB มากกว่าหรือเท่ากับ 2 เท่าของค่า Upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้นๆ เฉพาะในกรณีที่ไม่มีผล CK-MB อนุโลมให้ใช้ค่า CK ได้ โดยที่ CK มากกว่าหรือเท่ากับ 2 เท่าของค่า Upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้นๆ
- Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ 0.1 ng/ml หรือ High Sensitivity Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ 0.013 ng/ml หรือ 99 percentile ของค่าสูงสุดของแต่ละห้องปฏิบัติงานนั้นๆ

- Troponin I มากกว่า หรือเท่ากับ 2.0 ng/ml

2.3 ภาวะปวดเค้นอกไม่คงที่ (Unstable angina) กรณีที่มีอาการปวดเค้นอกน้อยกว่า 20 นาที และมีแนวทางการวินิจฉัยโดย (ต้องมีทั้ง 3 ข้อ)

2.3.1 EKG พบลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใด ต่อไปนี้

(ก) ST segment depressionมากกว่าหรือเท่ากับ0.5mm(0.05 mv) ตั้งแต่ 2 leads ขึ้นไป

(ข) T wave inversion มากกว่าหรือเท่ากับ 1 mm (0.1 mv)

(ค) EKG Normal

2.3.2 มีประวัติเจ็บแน่นหน้าอกเข้าได้กับข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(ก) Angina at rest (อาการปวดเค้นอกแบบ Angina ที่เกิดขึ้นขณะพักภายใน 48 ชม.)

(ข) Subacute angina (อาการปวดเค้นอกมากกว่า 48 ชม. และภายใน 2 สัปดาห์) มีการปวดเค้นอกแบบ Angina เพิ่มมากขึ้น โดยเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 CCS class หรือ มีความรุนแรงอย่างน้อยเท่ากับ CCS class III ยกเว้น ในบางกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ เช่น ผู้ป่วยที่มาด้วย Post Cardiac Arrest, Shock, Syncope หรือ Cardiogenic-dyspnea หรือผู้ป่วยเบาหวาน

(ค) New onset angina ของ Acceleration angina (ภายใน 2 เดือน) อาการปวดเค้นอกแบบ angina ครั้งแรกที่เกิดขึ้นใหม่ภายในเวลาไม่เกิน 2 เดือน โดยมีระดับความรุนแรงของการเจ็บหน้าอกอย่างน้อยเทียบเท่ากับ Canadian Cardiovascular Society (CCS) class III (ตารางที่ 1)

หมายเหตุ : อาการปวดเค้นอกแบบ Angina (Typical angina chest pain) หมายถึง อาการปวดเค้นอกที่ระบุได้ชัดเจนว่าเกิดจาก Myocardial ischemia โดยมีอาการดังต่อไปนี้

(ก) เจ็บ แน่น บริเวณหน้าอก กราม ไหล่ และแขน

(ข) มีสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดอาการ เช่น การออกแรง ภาวะเครียด

(ค) อาการจะทุเลาลงหรือดีขึ้นเมื่อหยุดพัก หรือได้รับยา Nitroglycerin

2.3.3 มีค่า Cardiac enzyme อยู่ในเกณฑ์ปกติ ตาม Criteria ที่ใช้ทั้ง 3 ข้อ ดังต่อไปนี้

- CK-MB น้อยกว่า 2 เท่าของค่า Upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้นๆ ในกรณีที่ไม่มีผล CK-MB อนุโลมให้ใช้ค่า CK ได้ โดยที่ CK ต้องน้อยกว่า 2 เท่าของค่า Upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้น

- Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ 0.1 ng/ml หรือ High Sensitivity Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ 0.013 ng/ml หรือ 99 percentile ของค่าสูงสุดของแต่ละห้องปฏิบัติงานนั้นๆ

- Troponin I มากกว่า หรือเท่ากับ 2.0 ng/ml

หมายเหตุ :

1. ผู้ป่วยที่มาด้วย Cardiogenic dyspnea (1)หายใจลำบาก หอบ เหนื่อย ขณะออกแรงหรือขณะพัก (2) นอนราบไม่ได้ ต้องลุกนั่ง หรือนอนศีรษะสูงโดยใช้หมอน 2 ใบ (3)หายใจลำบากตอนกลางดึกต้องตื่นลุกขึ้น เนื่องจากรู้สึกเหนื่อยและกระสับกระส่าย ไม่มีอาการปวดเค้นอก แต่ EKG มี ST-T changes มี Cardiac marker ปกติ และมี Document coronary artery disease ชัดเจนจากผลการตรวจ Coronary angiogram ในกรณีนี้ให้วินิจฉัยเป็น Unstable angina

2. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตรวจ CK, CK-MB หรือ Troponin T/I แต่ EKG มี ST-T changes หรือ inverted T และมีอาการปวดเค้นอกมากกว่า 20 นาที

Class I	อาการปวดเค้นอกเกิดเฉพาะเมื่อออกกำลังกายหนักๆ หรือออกกำลังกายเป็นเวลานาน
Class II	อาการปวดเค้นอกเกิดเมื่อออกแรงปานกลาง เช่น เดินขึ้นบันไดได้มากกว่า 1 ชั้น ด้วยความเร็วปกติ หรือเกิดขณะมีความเครียดทางอารมณ์
Class III	อาการปวดเค้นอกเกิดแม้เพียงทำกิจวัตรประจำวันที่เบาๆ เช่น เดินขึ้นบันไดได้เพียง 1 ชั้นเท่านั้น หรือเดินได้ระยะทาง น้อยกว่า 100 เมตร
Class IV	อาการปวดเค้นอกเกิดขึ้นแม้ขณะพัก ไม่สามารถทำกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ ได้

เกณฑ์การพิจารณาเพื่อประกอบการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการในการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน **(Percutaneous Coronary Intervention)**

<u>วิธีการประเมิน</u>

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนกเกณฑ์ในการตรวจสอบข้อมูลในเวชระเบียน ดังนี้

1. อาการปวดเค้นอก (Angina symptom)
2. หลักฐานการบ่งชี้การขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial ischemia)
3. การให้การรักษาทางยาอย่างเต็มที่ (Maximal anti-ischemic therapy)
4. รอยโรคของหลอดเลือดโคโรนารี (Angiographic anatomy)
5. มีรอยโรคของหลอดเลือดโคโรนารี ที่เคยรักษามาก่อน แล้วมีการตีบซ้ำ (Target vessel failure)

อาการปวดเค้นอก (Anginal symptom)

1. การทำ PCI ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูง (ST- elevation MI: STEMI) ผู้ป่วยที่เกิดภาวะ STEMI จำเป็นต้องได้รับการเปิดหลอดเลือดโดยเร็วที่สุด นับตั้งแต่เกิดอาการด้วยการทำ PCI ตามข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1.1 การทำ primary PCI ควรทำภายในเวลาไม่เกิน 12 ชั่วโมง หลังจากอาการปวดเค้นอก (Onset-to-balloon < 12 ชั่วโมง)

1.2 การส่งต่อเพื่อทำ PCI

1.2.1 Primary PCI (ภายในเวลา 90 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลแรกจนถึงโรงพยาบาลที่ให้บริการ PCI)

1.2.2 Transfer PCI (ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Thrombolytic agent และระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง หลังจากมีอาการ)

1.3 ในรายที่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Cardiogenic shock, Heart failure) หรือยังมีอาการปวดเค้นอก (Ischemic pain) ควรได้รับการทำ PCI แม้ว่า Symptom onset เกิน 12 ชั่วโมงนับตั้งแต่เกิดอาการ

1.4 ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและไม่สามารถเปิดเส้นเลือดได้สำเร็จภายหลังจากการบริหารยาไปแล้ว 60-90 นาที (failed thrombolysis) ผู้ป่วยยังไม่หายจากอาการปวดเค้นอก หรือการตรวจ EKG พบ ST-segment ที่ยกสูง ไม่ลดลงหรือลดลงไม่ถึงครึ่งหนึ่ง หรือระดับ Cardiac maker ไม่ลดลง ควรได้รับการทำหัตถการปฏิบัติรักษาหลอดเลือดหัวใจ ด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Rescue PCI) ภายในระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ

1.5 ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดเค้นอกแล้ว (Angina symptom) สามารถให้การรักษาได้เมื่อมีหลักฐานพบว่า มีการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ (Delayed PCI)

1.6 กรณีผู้ป่วยเกิดอาการปวดเค้นอกซ้ำขณะที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล หลังให้การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Recurrent angina หรือ Recurrent Myocardial Infarction)

2. การทำ PCI ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกสูง (NSTEMI) และผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดปวดเค้นอกไม่คงที่ (Unstable angina) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1 ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) โดยกำหนดจากค่า TIMI risk score (Thrombolysis in Myocardial Ischemia risk score) มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะมีความรุนแรงของโรค ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือเสียชีวิต ควรจะได้รับการตรวจด้วยการฉีดสารทึบรังสี (Coronary angiography) ร่วมกับการทำ PCI ภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ

2.2 ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแล้ว สามารถรักษาได้เมื่อมีหลักฐานว่า มีการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Elective PCI) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดเค้นอก (Angina symptom) ในกรณี STEMI

3. การทำ PCI ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดปวดเค้นอกคงที่ (Stable angina)

ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดปวดเค้นอกคงที่ (Stable angina) สามารถรักษาด้วยการทำ Elective PCI ได้เมื่อมีหลักฐานพบว่า มีการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ หรือมีอาการปวดเค้นอกตามเกณฑ์ของ Canadian

Cardiovascular Society (CCS) อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

3.1 มีอาการปวดเค้นอกแม้ออกแรงเพียงเล็กน้อยหรือขณะอยู่เฉยๆ (CCS III-IV)

3.2 อาการปวดเค้นอกขณะออกแรงในระดับปกติ หรือออกแรงในระดับน้อยกว่าปกติ (CCS I-II) ในกลุ่มนี้ต้องพบหลักฐานว่ามีหัวใจขาดเลือดชัดเจน

3.3 กรณีที่ไม่เคยเกิดอาการปวดเค้นอก (Asymptomatic) ในกลุ่มนี้ต้องพบหลักฐานว่ามีหัวใจขาดเลือดชัดเจน หรือมีอาการอื่นซึ่งต้องสงสัยว่าเกิดจากโรคหลอดเลือดโคโรนารี ได้แก่ หัวใจวาย หอบเหนื่อยขณะออกแรง หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรงชั่วคราว เช่น Paroxysmal ventricular tachycardia/ fibrillation

หมายเหตุ : ในกรณีที่มีการทำ Ad hoc PCI ต้องมีข้อมูลสนับสนุน (ข้อใดข้อหนึ่ง) ดังต่อไปนี้

- hemodynamically unstable patients (including cardiogenic shock)
- Culprit lesion in STEMI and NSTE-ACS
-Stable low risk patients with single or double vessel disease (Proximal LAD excluded) and favorable morphology (RCA, non-ostial LCx, mid or distal LAD).
- Non-recurrent restenotic lesions.

หลักฐานการบ่งชี้การขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial ischemia)

1. การทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการวิ่งสายพาน (Exercise treadmill test) ได้คะแนน DUKE Treadmill score น้อยกว่า 5 (Intermediate risk score ถึง High risk score)

2. Stress echocardiography

2.1 พบการบีบตัวของหัวใจห้องซ้ายล่างน้อยกว่า 35%

2.2 พบว่ามี Wall motion abnormality มากกว่า 2 segments ของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดขึ้นที่ Low dose dobutamine (< 10 μg/kg/min) หรือที่อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 120 ครั้งต่อนาที

การให้การรักษาทางยา anti-ischemic อย่างเต็มที่ (Maximal anti-ischemic therapy)

ผู้ป่วยต้องมีประวัติการรักษาด้วยยารักษากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในกรณี ดังต่อไปนี้

- กรณีที่ใช้ยาแล้วไม่ได้ผล หรือไม่ดีขึ้น
- ใช้ยาไปช่วงระยะเวลาหนึ่งจนมีอาการดีขึ้นแล้ว กลับมามีอาการของโรคอีกครั้ง

ทั้งนี้เพื่อป้องกันการทำ PCI ในผู้ป่วยที่มาตรวจประเมินสุขภาพโดยไม่มีอาการ ดังนั้นจึงต้องมีประวัติการให้การรักษาด้วยยา ดังต่อไปนี้

(1) Anti-ischemic therapy เป็นยาที่ให้เพื่อบรรเทาหรือป้องกันกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยผู้ป่วยต้องได้รับยาอย่างน้อย 2 ขนาน ซึ่งเป็นยาที่มีกลไกหลักคือลดปริมาณ oxygen demand ของกล้ามเนื้อหัวใจ นอกจากนี้ยาบางตัวยังมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดหัวใจโดยตรง ได้แก่

- Beta-blockers เช่น Metoprolol, Atenolol, Propranolol
- Calcium blockers ได้แก่ Verapamil, Diltiazem, Nifedipine
- Nitrates เช่น Nitroglycerin (Patch, Spray, Sublingual, Oral, Intravenous)

(2) ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet agents) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการกระตุ้นและเกาะกลุ่มกันของเกร็ดเลือด เช่น Aspirin, Aspent, Clopidogrel

(3) ยาต้านการเกิดลิ่มเลือด (Anticoagulants) เช่น

- Unfractionated heparin (UFH), Low-molecular-weight heparin (LMWH), Direct thrombin inhibitor และ Warfarin
-Low-molecular-weight heparin (LMWH) ได้แก่ Enoxaparin, Dalteparin, Fondaparinux
- Direct thrombin inhibitor ได้แก่ Bivalirudin

(4) ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytics หรือ Fibrinolytics) ได้แก่

- Non-Fibrin specific thrombolytics เช่น Streptokinase, Anistreplase

- Fibrin specific thrombolytics เช่น Alteplase (Recombinant tissue plasminogen activator หรือ rt-PA), Reteplase (r-PA), Tenecteplase (TNK-t PA)

(5) Angiotensin-converting enzyme inhibitors เช่น Captopril, Enalapril, Ramipril

รอยโรคของหลอดเลือดโคโรนารี (Angiographic anatomy)

การตรวจสอบรอยโรคของหลอดเลือดโคโรนารี พิจารณาจากผลการตรวจด้วยการฉีดสี (Coronary angiogram) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

(1) หลอดเลือดมีการตีบมากกว่าร้อยละ 70 ของเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือด (Diameter stenosis) ได้แก่

- Single vessel – CAD with Proximal LAD
- Double vessel – CAD with Proximal LAD
- Triple vessel – CAD without LM
- Single – Double vessel – CAD without Proximal LAD

(2) หลอดเลือดใหญ่ด้านซ้าย (Left main coronary artery) ตีบมากกว่าร้อยละ 50

(3) มีเส้นเลือดอุดตันในระดับที่รุนแรง (Chronic total occlusion) ที่บังมีหลักฐานว่า เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่ไม่ตาย ไม่เคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเดิม

(4) Isolate left main lesion ที่ Ostium หรือ mid-body

(5) Distal left main with single vessel disease (Base on SYNTAX study)

* กรณีที่เป็น multi vessel disease จะต้องมี SYNTAX score น้อยกว่า 33

ข้อบ่งชี้ในการใส่สายสวนหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-Eluting stent, DES)

ขดลวดค้ำยันชนิดเคลือบยา (Drug eluting stent) ใช้เพื่อป้องกันการตีบซ้ำของเส้นเลือดโคโรนารี ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเค้นอก (Angina) หรือมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่มีข้อบ่งชี้ ดังต่อไปนี้

1. รอยโรคบริเวณทางแยกของเส้นเลือด (Bifurcation lesions)
2. ขนาดหลอดเลือดโคโรนารีเล็กกว่า 2.5 มิลลิเมตร (Small vessel, Vessel diameter < 2.5 mm)
3. รอยโรคของหลอดเลือดมีขนาดยาวมากกว่า 20 มิลลิเมตร (Long lesion length > 20 mm)
4. ผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes)
5. มีเส้นเลือดอุดตันในระดับที่รุนแรง มากกว่า 3 เดือน (Chronic total occlusion > 3 months)
6. เกิดเส้นเลือดตีบซ้ำหลังจากรักษาด้วยการใส่สายสวนหัวใจ (In-stent restenosis lesion) ซึ่งเกิดจากการเพิ่มจำนวน (proliferation) อย่างผิดปกติของผนังหลอดเลือดชั้นใน เนื่องจากมี Injury ต่อผนังหลอดเลือดในขณะที่ทำการขยายหลอดเลือด เรียกว่า Neointimal hyperplasia ซึ่งพบได้ประมาณ 30% ของการที่หลอดเลือดตีบซ้ำ (restenosis)
7. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) ที่มีการทำงานของไตบกพร่องอย่างรุนแรง (CKD: Cr Cl < 30 ml./min/1.73 m^2 body surface area)
8. รอยโรคที่หลอดเลือดแดงใหญ่แขนงซ้าย (Left main coronary artery; Ostium หรือ Mid portion)
9. รอยโรคบริเวณหลอดเลือด Aorta (Aorto-ostial lesion)
10. รอยโรคที่เคยทำ Bypass correction / surgery

กรณีการสวนหัวใจ

1) ข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการสวนหัวใจ

Diagnostic Catheterization data

A. DEMOGRAPHICS	
HCODE : ☐☐☐☐☐	PID : ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
Birth Date : (dd/mm/yyyy) ☐☐/☐☐/☐☐☐☐	Sex : ☐ Male ☐ Female

B. HISTORY AND RISK FACTORS (can choose > 1) อาจกรอกข้อมูลไม่ครบได้ในกรณี เสียชีวิตขณะมาถึงรพ. หรือไม่เคยตรวจ			
Current/Recent Smoker (< 1 year) :	☐ No ☐ Yes	Height: (cm)	Weight: (kg)
Hypertension :	☐ No ☐ Yes	Peripheral arterial disease :	☐ No ☐ Yes
Dyslipidemia :	☐ No ☐ Yes	Prior MI :	☐ No ☐ Yes
LDL = ... On lipid lowering therapy	☐ No ☐ Yes	Known Coronary arterial disease :	☐ No ☐ Yes
		Aortic disease:	☐ No ☐ Yes
Diabetes Mellitus:	☐ No ☐ Yes	Cerebrovascular disease :	☐ No ☐ Yes
Previous PCI	☐ No ☐ Yes	Previous CABG	☐ No ☐ Yes
CKD : ☐ No ☐ Yes ; if Yes, CKD stage		Not known	☐ Yes

C. CLINICAL PRESENTATION AND INDICATION FOR CAG choose only one (C1-C7) เลือกได้ 1 ข้อหากเลือกแล้วให้เลือกข้ออื่นไม่ได้	
☐ C1. Chronic coronary syndromes	
1. Angina/chest pain ☐ No ☐ Yes ; if Yes, Canadian Class : ☐ class I ☐ class II ☐ class III ☐ class IV	
2. Evidence of ischemia on non-invasive test (s) ☐ No ☐ Yes ; if Yes, Specify Test Performed (✓in the box (es))	
(1) Exercise Stress Test ☐ low ☐ intermediate ☐ high risk	(4) Stress CMR ☐ small ☐ moderate ☐ large area
(2) Stress Echo ☐ small ☐ moderate ☐ large area	(5) CTA ☐ No ☐ Yes ; if Yes Severe stenosis (>70%) ☐ No ☐ Yes ; if Yes, ☐ 1VD ☐ 2VD ☐ 3VD ☐ LM (> 50%)
(3) Stress MPI ☐ small ☐ moderate ☐ large area	
Investigate เพิ่มเติม 1. Coronary calcium score ☐ No ☐ Yes ; if Yes, Calcium Score: ☐☐☐☐	
2. Echocardiogram LVEF : ☐ No ☐ Yes ; if Yes ☐ <35% ☐ 35-50% ☐ >50%	
☐ C2. NSTE-ACS	
ECG : ☐ Normal ☐ ST depression ☐ T Wave inversion ☐ others detail	
Cardiac biomarker : ☐ Normal ☐ Abnormal Highest Troponin I or T = ... ☐ Not done	
Ischemic risk : ☐ Low ☐ High ☐ Very high	

☐ C2. NSTE-ACS

ECG : ☐ Normal ☐ ST depression ☐ T Wave inversion ☐ others detail .....

Cardiac biomarker : ☐ Normal ☐ Abnormal Highest Troponin I or T = ... ☐ Not done

Ischemic risk : ☐ Low ☐ High ☐ Very high

☐ Early CAG within 24 hrs after thrombolysis (Pharmacoinvasive)

☐ CAG after 24 hrs: specify indication .....

☐ C4. Cardiomyopathy/CHF : to rule out ischemic cardiomyopathy	☐ C6. Pre-op cardiac surgery
☐ C5. Survivor of Sudden Cardiac Death	☐ C7. Others (specify).....

D. PROCEDURE INFORMATION

Procedure Date : ☐☐/ ☐☐/25☐☐ Time ☐☐: ☐☐ (24 hours)	Contrast Volume : ☐☐☐ ml
Arterial access site : ☐ Femoral ☐ Brachial ☐ Radial ☐ Other	Diag. Cath Status : ☐ Elective ☐ Urgent ☐ Emergency

Findings QCA : ☐ LM.....% ☐ Trifurcation .....% ☐ LAD.....%

☐ Cx.....% ☐ RCA.....% ☐ Other ระบุตำแหน่ง.....; .....%

E. CAG Complication

CAG Complication (in-hospital) ☐ No ☐ Yes ; if Yes, please specified (can choose > 1)

☐ Death ☐ within 24 hrs post CAG ☐ after 24 hrs before D/C	☐ Access site hematoma/vascular complication ☐ within 24 hrs post CAG ☐ after 24 hrs before D/C
☐ Acute MI ☐ within 24 hrs post CAG ☐ after 24 hrs before D/C	☐ Heart failure ☐ within 24 hrs post CAG ☐ after 24 hrs before D/C
☐ Stroke ☐ within 24 hrs post CAG ☐ after 24 hrs before D/C (; if Yes ☐ ischemic ☐ hemorrhagic)	☐ AKI ☐ within 24 hrs post CAG ☐ after 24 hrs before D/C ; if Yes ☐ (1) requirement for dialysis ☐ (2) conservative
☐ Major Bleeding (BARC 3,5)*	☐ CIN : ☐ within 24 hrs post CAG ☐ after 24 hrs before D/C
	☐ Anaphylaxis ☐ within 24 hrs post CAG ☐ after 24 hrs before D/C
	☐ Others ระบุ ..... ☐ within 24 hrs post CAG ☐ after 24 hrs before D/C

F. TREATMENT RECOMMENDATION (For clinical presentation and indications C1- C5 and C7)

☐ Medical Therapy	☐ PCI
☐ CABG	☐ Heart team discussion

Physiologic assessment (prior to revascularization decision) ☐ No ☐ Yes

*BARC 3 : overt bleeding, Hb drop > 3g/dl, need transfusion, BARC 5 : probable fatal, definite fatal Draft Data for NHSO_CAG and PCI Ver 4.0 Date 23 Aug 2021

หมายเหตุ : รายละเอียดของข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการสวนหัวใจ สำนักงานอาจมีการปรับปรุงแก้ไข เพิ่มเติมในภายหลัง

ภาคผนวก 14

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 ภาวะความผิดปกติทางพันธุกรรมที่รุนแรง ภาวะคลอดก่อนกำหนด ฯลฯ) มีรหัส ICD 10 ที่หลากหลาย การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจ่ายค่าตอบแทนผู้ป่วยเด็ก ให้ใช้อายุ ร่วมกับ รหัส Z.515 เพราะการใช้ Morphine เด็กมีน้อยมาก และการจ่ายค่าดูแลต่อเนื่องที่บ้านจะจ่ายย้อนหลังนับจากวันเสียชีวิต

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 infec-tions
B204	HIV disease resulting in candidiasis
B205	HIV disease resulting in other mycoses
B206	HIV disease resulting in Pneumocystis carinii pneumonia

รหัสโรค	คำอธิบาย
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
B218	HIV disease resulting in other malignant neoplasms
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
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
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
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
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
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
C23	Malignant neoplasm of gallbladder

รหัสโรค	คำอธิบาย
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
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
C384	Pleura
C388	Overlapping lesion of heart, mediastinum and pleura
C390	Upper respiratory tract part unspecified
C398	Overlapping lesion of respiratory and intra-thoracic 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

รหัสโรค	คำอธิบาย
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, incu-luding 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
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
C504	Upper-outer quadrant of breast
C505	Lower-outer quadrant of breast
C506	Axillary tail of breast
C508	Overlapping lesion of breast
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
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
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
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
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
C790	Secondary malignant neoplasm of kidney and renal pelvis
C791	Secondary malignant neoplasm of bladder and other and unspecified urinary organs
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
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
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
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 multilin-eage dysplasia
C929	Myeloid leukaemia, unspecified
C930	Acute monocytic/monocytic leukaemia
C931	Chronic monocytic leukaemia
C932	Subacute monocytic leukemia

รหัสโรค	คำอธิบาย
C933	Juvenile myelomonocytic leukaemia
C937	Other monocytic leukaemia
C939	Monocytic leukarmia, unspecified
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 (disseminat-ed) 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, haema-topoietic 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

รหัสโรค	คำอธิบาย
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
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
D460	Refractory anaemia without sideroblasts, so stated
D461	Refractory anaemia with sideroblasts
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
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
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
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 precere-bral 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 cere-bral 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

รหัสโรค	คำอธิบาย
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
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
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

รหัสโรค	คำอธิบาย
K729	Hepatic failure, unspecified
รหัสกลุ่ม N	
N185	Chronic kidney disease, stage 5
รหัสกลุ่ม Z	
Z515	Palliative care
Z718	Other specified counselling

<u>หมายเหตุ</u>: กิจกรรม Z71.8 เมื่อวินิจฉัยคู่กับ Palliative care (Z51.5) จะหมายถึง การทำ Advance care planning

จัดทำโดยคณะกรรมการ pallaitive care กรมการแพทย์

วันที่ 13 กรกฎาคม 2563

ภาคผนวก 15

รหัสการวินิจฉัยโรคมะเร็งตามระบบ ICD-10 ที่เข้าเกณฑ์การให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น สำหรับบริการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่บ้าน

รายละเอียดรหัสโรคหลัก ICD 10

รหัสโรค	คำอธิบาย
รหัสกลุ่ม C	โรคมะเร็ง
C000	Malignant neoplasm of external upper lip
C001	Malignant neoplasm of external lower lip -
C002	Malignant neoplasm of external lip, unspecified
C003	Malignant neoplasm of upper lip, inner aspect
C004	Malignant neoplasm of lower lip, inner aspect
C005	Malignant neoplasm of lip, unspecified, inner aspect
C006	Malignant neoplasm of commissure of lip, unspecified
C008	Malignant neoplasm of overlapping lesion of lip
C009	Malignant neoplasm of lip unspecified
C01	Malignant neoplasm of base of tongue
C020	Malignant neoplasm of dorsal surface of tongue
C0210	Malignant neoplasm of tip of tongue
C0211	Malignant neoplasm of lateral border of tongue
C0219	Malignant neoplasm of border of tongue, unspecified
C022	Malignant neoplasm of ventral surface of tongue -
C023	Malignant neoplasm of anterior two-thirds of tongue, part unspecified
C024	Malignant neoplasm of lingual tonsil -
C028	Malignant neoplasm of overlapping lesion of tongue
C029	Malignant neoplasm of tongue malignant
C030	Malignant neoplasm of upper gum
C031	Malignant neoplasm of lower gum
C039	Malignant neoplasm of gum, unspecified
C040	Malignant neoplasm of anterior floor of mouth
C041	Malignant neoplasm of lateral floor of mouth
C048	Malignant neoplasm of overlapping lesion of floor of mouth
C049	Malignant neoplasm of floor of mouth, unspecified
C050	Malignant neoplasm of hard palate
C051	Malignant neoplasm of soft palate
C052	Malignant neoplasm of uvula

รหัสโรค	คำอธิบาย
C058	Malignant neoplasm of overlapping lesion of palate
C059	Malignant neoplasm of palate, unspecified
C060	Malignant neoplasm of cheek mucosa
C0610	Malignant neoplasm of upper labial sulcus
C0611	Malignant neoplasm of upper buccal sulcus
C0612	Malignant neoplasm of lower labial sulcus
C0613	Malignant neoplasm of lower buccal sulcus
C0614	Malignant neoplasm of upper sulcus, unspecified
C0615	Malignant neoplasm of lower sulcus, unspecified
C0619	Malignant neoplasm of vestibule of mouth, unspecified
C0620	Malignant neoplasm of maxillary tuberosity
C0621	Malignant neoplasm of mandibular retromolar area
C0629	Malignant neoplasm of retromolar area, unspecified
C068	Malignant neoplasm of overlapping lesion of other and unspecified parts of mouth
C069	Malignant neoplasm of mouth unspecified
C07	Malignant neoplasm of parotid gland
C080	Malignant neoplasm of submandibular gland
C081	Malignant neoplasm of sublingual gland
C088	Malignant neoplasm of overlapping lesion of major salivary glands
C089	Malignant neoplasm of major salivary gland, unspecified
C090	Malignant neoplasm of tonsillar fossa
C091	Malignant neoplasm of tonsillar pillar (anterior) (posterior)
C098	Malignant neoplasm of overlapping lesion of tonsil
C099	Malignant neoplasm of tonsil, unspecified
C100	Malignant neoplasm of vallecula
C101	Malignant neoplasm of anterior surface of epiglottis
C102	Malignant neoplasm of lateral wall of oropharynx
C103	Malignant neoplasm of posterior wall of oropharynx
C104	Malignant neoplasm of branchial cleft
C108	Malignant neoplasm of overlapping lesion of of oropharynx
C109	Malignant neoplasm of oropharynx, unspecified
C110	Malignant neoplasm of superior wall of nasopharynx
C111	Malignant neoplasm of posterior wall of nasopharynx
C112	Malignant neoplasm of lateral wall of nasopharynx
C113	Malignant neoplasm of anterior wall of nasopharynx
C118	Malignant neoplasm of overlapping lesion of nasopharynx

รหัสโรค	คำอธิบาย
C119	Malignant neoplasm of nasopharynx, unspecified
C12	Malignant neoplasm of pyriform sinus
C130	Malignant neoplasm of postcricoid region
C131	Malignant neoplasm of aryepiglottic fold, hypopharyngeal aspect
C132	Malignant neoplasm of posterior wall of hypopharynx
C138	Malignant neoplasm of overlapping lesion of hypopharynx
C139	Malignant neoplasm of hypopharynx, unspecified
C140	Malignant neoplasm of pharynx, unspecified
C142	Malignant neoplasm of waldeyer's ring
C148	Malignant neoplasm of overlapping lesion of lip, oral cavity and pharynx
C150	Malignant neoplasm of cervical part of oesophagus
C151	Malignant neoplasm of thoracic part of oesophagus
C152	Malignant neoplasm of abdominal part of oesophagus
C153	Malignant neoplasm of upper third of oesophagus
C154	Malignant neoplasm of middle third of oesophagus
C155	Malignant neoplasm of lower third of oesophagus
C158	Malignant neoplasm of overlapping lesion of oesophagus
C159	Malignant neoplasm of oesophagus, unspecified
C160	Malignant neoplasm of cardia
C161	Malignant neoplasm of fundus of stomach
C162	Malignant neoplasm of body of stomach
C163	Malignant neoplasm of pyloric antrum
C164	Malignant neoplasm of pylorus
C165	Malignant neoplasm of lesser curvature of stomach, unspecified
C166	Malignant neoplasm of greater curvature of stomach, unspecified
C168	Malignant neoplasm of overlapping lesion of stomach
C169	Malignant neoplasm of stomach, unspecified
C170	Malignant neoplasm of duodenum
C171	Malignant neoplasm of jejunum
C172	Malignant neoplasm of ileum
C173	Malignant neoplasm of meckel's diverticulum
C178	Malignant neoplasm of overlapping lesion of small intestine
C179	Malignant neoplasm of small intestine, unspecified
C180	Malignant neoplasm of caecum
C181	Malignant neoplasm of appendix

รหัสโรค	คำอธิบาย
C182	Malignant neoplasm of ascending colon
C183	Malignant neoplasm of hepatic flexure
C184	Malignant neoplasm of transverse colon
C185	Malignant neoplasm of splenic flexure
C186	Malignant neoplasm of Descending colon
C187	Malignant neoplasm of sigmoid colon
C188	Malignant neoplasm of overlapping lesion of colon
C189	Malignant neoplasm of colon, unspecified
C19	Malignant neoplasm of rectosigmoid junction
C20	Malignant neoplasm of rectum
C210	Malignant neoplasm of anus, unspecified
C211	Malignant neoplasm of anal canal
C212	Malignant neoplasm of cloacogenic zone
C218	Malignant neoplasm of overlapping lesion of rectum, anus and anal canal
C220	Malignant neoplasm of liver cell carcinoma
C221	Malignant neoplasm of intrahepatic bile duct carcinoma
C222	Malignant neoplasm of hepatoblastoma
C223	Malignant neoplasm of angiosarcoma of liver
C224	Malignant neoplasm of other sarcomas of liver
C227	Malignant neoplasm of other specified carcinomas of liver
C229	Malignant neoplasm of liver, unspecified
C23	Malignant neoplasm of gallbladder
C240	Malignant neoplasm of extrahepatic bile duct
C241	Malignant neoplasm of ampulla of Vater
C248	Malignant neoplasm of overlapping lesion of biliary tract
C249	Malignant neoplasm of biliary tract, unspecified
C250	Malignant neoplasm of head of pancreas
C251	Malignant neoplasm of body of pancreas
C252	Malignant neoplasm of tail of pancreas
C253	Malignant neoplasm of pancreatic duct
C254	Malignant neoplasm of endocrine pancreas
C257	Malignant neoplasm of other parts of pancreas
C258	Malignant neoplasm of overlapping lesion of pancreas
C259	Malignant neoplasm of pancreas, unspecified
C260	Malignant neoplasm of intestinal tract, part unspecified

รหัสโรค	คำอธิบาย
C261	Malignant neoplasm of spleen
C268	Malignant neoplasm of overlapping lesion of digestive system
C269	Malignant neoplasm of ill-defined sites within the digestive system
C300	Malignant neoplasm of nasal cavity
C301	Malignant neoplasm of middle ear
C310	Malignant neoplasm of maxillary sinus
C311	Malignant neoplasm of ethmoidal sinus
C312	Malignant neoplasm of frontal sins
C313	Malignant neoplasm of sphenoidal sinus
C318	Malignant neoplasm of overlapping lesion of accessory sinuses
C319	Malignant neoplasm of accessory sinus, unspecified
C320	Malignant neoplasm of glottis
C321	Malignant neoplasm of supraglottis
C322	Malignant neoplasm of subglottis
C323	Malignant neoplasm of laryngeal cartilage
C328	Malignant neoplasm of overalapping lesion of larynx
C329	Malignant neoplasm of larynx, unspecified
C33	Malignant neoplasm of trachea
C340	Malignant neoplasm of main bronchus
C341	Malignant neoplasm of upper lobe, bronchus or lung
C342	Malignant neoplasm of middle lobe, bronchus or lung
C343	Malignant neoplasm of lower lobe, bronchus or lung
C348	Malignant neoplasm of overlapping lesion of bronchus and lung
C349	Malignant neoplasm of bronchus or lung, unspecified
C37	Malignant neoplasm of thymus
C380	Malignant neoplasm of heart
C381	Malignant neoplasm of anterior mediastinum
C382	Malignant neoplasm of posterior mediastinum
C383	Malignant neoplasm of mediastinum, part unspecified
C384	Malignant neoplasm of pleura
C388	Malignant neoplasm of overlapping lesion of heart, mediastinum and pleura
C390	Malignant neoplasm of upper respiratory tract, part unspecified
C398	Malignant neoplasm of overlapping lesion of respiratory and intrathoracic organs
C399	Malignant neoplasm of ill-defined sites within the respiratory system
C400	Malignant neoplasm of scapula and long bones of upper limb

รหัสโรค	คำอธิบาย
C401	Malignant neoplasm of short bones of upper limb
C402	Malignant neoplasm of long bones of lower limb
C403	Malignant neoplasm of short bone of lower limb
C408	Malignant neoplasm of overlapping lesion of bone and articular cartilage of limbs
C409	Malignant neoplasm of bone and articular cartilage of limb, unspecified
C4100	Malignant neoplasm of maxilla, sarcoma
C4101	Malignant neoplasm of maxilla, malignant odontogenic tumour
C4102	Malignant neoplasm of maxilla, malignant intraosseous salivary gland tumour
C4108	Malignant neoplasm of other bone of skull and face
C4109	Malignant neoplasm of bone of skull and face, unspecified
C4110	Malignant neoplasm of sarcoma
C4111	Malignant neoplasm of odontogenic tumour
C4119	Malignant neoplasm of mandible, unspecified
C412	Malignant neoplasm of vertebral column
C413	Malignant neoplasm of ribs, sternum and clavicle
C414	Malignant neoplasm of pelvic bones, sacrum and coccyx
C418	Malignant neoplasm of overlapping lesion of bone and articular cartilage
C419	Malignant neoplasm of 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, including shoulder
C437	Malignant melanoma of lower limb, including hip
C438	Malignant melanoma of overlapping malignant melanoma of skin
C439	Malignant melanoma of skin, unspecified
C440	Other and unspecified malignant neoplasm of skin of lip
C441	Other and unspecified malignant neoplasm of skin of eyelid, including canthus
C442	Other and unspecified malignant neoplasm of skin of ear and external auricular canal
C443	Other and unspecified malignant neoplasm of skin of other and unspecified parts of face
C444	Other and unspecified malignant neoplasm of skin of scalp and neck
C445	Other and unspecified malignant neoplasm of skin of trunk
C446	Other and unspecified malignant neoplasm of skin of upper limb, including shoulder

รหัสโรค	คำอธิบาย
C447	Other and unspecified malignant neoplasm of skin of lower limb, including hip
C448	Other and unspecified malignant neoplasm of overlapping lesion of skin
C449	Other and unspecified malignant neoplasm of skin, unspecified
C450	Malignant neoplasm of mesothelioma of pleura
C451	Malignant neoplasm of mesothelioma of peritoneum
C452	Malignant neoplasm of mesothelioma of pericardium
C457	Malignant neoplasm of mesothelioma of other sites
C459	Malignant neoplasm of mesothelioma, unspecified
C460	Malignant neoplasm of Kaposi's sarcoma of skin
C461	Malignant neoplasm of Kaposi's sarcoma of soft tissue
C462	Malignant neoplasm of Kaposi's sarcoma of palate
C463	Malignant neoplasm of Kaposi's sarcoma of lymph nodes
C467	Malignant neoplasm of Kaposi's sarcoma of other sites
C468	Malignant neoplasm of Kaposi's sarcoma of multiple organs
C469	Malignant neoplasm of Kaposi's sarcoma, unspecified
C470	Malignant neoplasm of peripheral nerves of head, face and neck
C471	Malignant neoplasm of peripheral nerves of upper limb, including shoulder
C472	Malignant neoplasm of peripheral nerves of lower limb, including hip
C473	Malignant neoplasm of peripheral nerves of thorax
C474	Malignant neoplasm of peripheral nerves of abdomen
C475	Malignant neoplasm of peripheral nerves of pelvis
C476	Malignant neoplasm of peripheral nerves of trunk, unspecified
C478	Malignant neoplasm of overlapping lesion of peripheral nerves and autonomic nervous system
C479	Malignant neoplasm of peripheral nerves and autonomic nervous system, unspecified
C480	Malignant neoplasm of retroperitoneum
C481	Malignant neoplasm of specified parts of peritoneum
C482	Malignant neoplasm of peritoneum, unspecified
C488	Malignant neoplasm of overlapping lesion of retroperitoneum and peritoneum -
C490	Malignant neoplasm of connective and soft tissue of head, face and neck
C491	Malignant neoplasm of connective and soft tissue of upper limb, including shoulder
C492	Malignant neoplasm of connective and soft tissue of lower limb, including hip
C493	Malignant neoplasm of connective and soft tissue of thorax -
C494	Malignant neoplasm of connective and soft tissue of abdomen
C495	Malignant neoplasm of connective and soft tissue of pelvis
C496	Malignant neoplasm of connective and soft tissue of trunk, unspecified

รหัสโรค	คำอธิบาย
C498	Malignant neoplasm of overlapping lesion of connective and soft tissue -
C499	Malignant neoplasm of connective and soft tissue, unspecified
C500	Malignant neoplasm of nipple and areola
C501	Malignant neoplasm of central portion of breast
C502	Malignant neoplasm of upper-inner quadrant of breast
C503	Malignant neoplasm of lower-inner quadrant of breast
C504	Malignant neoplasm of upper-outer quadrant of breast
C505	Malignant neoplasm of lower-outer quadrant of breast
C506	Malignant neoplasm of axillary tail of breast
C508	Malignant neoplasm of overlapping lesion of breast
C509	Malignant neoplasm of breast, unspecified
C510	Malignant neoplasm of labium majus
C511	Malignant neoplasm of labium minus
C512	Malignant neoplasm of clitoris
C518	Malignant neoplasm of overlapping lesion of vulva
C519	Malignant neoplasm of vulva, unspecified
C52	Malignant neoplasm of vagina
C530	Malignant neoplasm of endocervix
C531	Malignant neoplasm of exocervix
C538	Malignant neoplasm of overlapping lesion of cervix uteri
C539	Malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified
C540	Malignant neoplasm of isthmus uteri
C541	Malignant neoplasm of endometrium
C542	Malignant neoplasm of myometrium
C543	Malignant neoplasm of fundus uteri
C548	Malignant neoplasm of overlapping lesion of corpus uteri
C549	Malignant neoplasm of corpus uteri, unspecified
C55	Malignant neoplasm of uterus, part unspecified
C56	Malignant neoplasm of ovary
C570	Malignant neoplasm of fallopian tube
C571	Malignant neoplasm of broad ligament
C572	Malignant neoplasm of round ligament
C573	Malignant neoplasm of parametrium
C574	Malignant neoplasm of uterine adnexa, unspecified
C577	Malignant neoplasm of other specified female genital organs

รหัสโรค	คำอธิบาย
C578	Malignant neoplasm of overlapping lesion of female genital organs
C579	Malignant neoplasm of female genital organ, unspecified
C58	Malignant neoplasm of placenta
C600	Malignant neoplasm of preuce
C601	Malignant neoplasm of glans penis
C602	Malignant neoplasm of body of penis
C608	Malignant neoplasm of overlapping lesion of penis
C609	Malignant neoplasm of penis, unspecified
C61	Malignant neoplasm of prostate
C620	Malignant neoplasm of undescended testis
C621	Malignant neoplasm of descended testis
C629	Malignant neoplasm of testis, unspecified
C630	Malignant neoplasm of epididymis
C631	Malignant neoplasm of spermatic cord
C632	Malignant neoplasm of scrotum
C637	Malignant neoplasm of other specified male genital organs
C638	Malignant neoplasm of overlapping lesion of male genial organs
C639	Malignant neoplasm of male genital organ, unspecified
C64	Malignant neoplasm of kidney, except renal pelvis
C65	Malignant neoplasm of renal pelvis
C66	Malignant neoplasm of ureter
C670	Malignant neoplasm of trigone of bladder
C671	Malignant neoplasm of dome of bladder
C672	Malignant neoplasm of lateral wall of bladder
C673	Malignant neoplasm of anterior wall of bladder
C674	Malignant neoplasm of posterior wall of bladder
C675	Malignant neoplasm of bladder neck
C676	Malignant neoplasm of ureteric orifice
C677	Malignant neoplasm of urachus
C678	Malignant neoplasm of overlapping lesion of bladder
C679	Malignant neoplasm of bladder unspecified
C680	Malignant neoplasm of urethra
C681	Malignant neoplasm of paraurethral gland
C688	Malignant neoplasm of overlapping lesion of urinary organs
C689	Malignant neoplasm of urinary organ, unspecified

รหัสโรค	คำอธิบาย
C690	Malignant neoplasm of conjunctiva
C691	Malignant neoplasm of cornea
C692	Malignant neoplasm of retina
C693	Malignant neoplasm of choroid
C694	Malignant neoplasm of ciliary body
C695	Malignant neoplasm of lacrimal gland and duct
C696	Malignant neoplasm of orbit
C698	Malignant neoplasm of overlapping lesion of eye and adnexa
C699	Malignant neoplasm of Eye, unspecified
C700	Malignant neoplasm of cerebral meninges
C701	Malignant neoplasm of spinal meninges
C709	Malignant neoplasm of meninges, unspecified
C710	Malignant neoplasm of cerebrum, except lobes and ventricles
C711	Malignant neoplasm of frontal lobe
C712	Malignant neoplasm of temporal lobe
C713	Malignant neoplasm of parietal lobe
C714	Malignant neoplasm of occipital lobe
C715	Malignant neoplasm of cerebral ventricle
C716	Malignant neoplasm of cerebellum
C717	Malignant neoplasm of brain stem
C718	Malignant neoplasm of overlapping lesion of brain
C719	Malignant neoplasm of brain, unspecified
C720	Malignant neoplasm of spinal cord
C721	Malignant neoplasm of cauda equina
C722	Malignant neoplasm of olfactory nerve
C723	Malignant neoplasm of optic nerve
C724	Malignant neoplasm of acoustic nerve
C725	Malignant neoplasm of other and unspecified cranial nerves
C728	Malignant neoplasm of overlapping lesion of brain and other parts of central nervous system
C729	Malignant neoplasm of central nervous system, unspecified
C73	Malignant neoplasm of thyroid gland
C740	Malignant neoplasm of cortex of adrenal gland
C741	Malignant neoplasm of medulla of adrenal land
C749	Malignant neoplasm of adrenal gland, unspecified

รหัสโรค	คำอธิบาย
C750	Malignant neoplasm of parathyroid gland
C751	Malignant neoplasm of pituitary gland
C752	Malignant neoplasm of craniopharyngeal duct
C753	Malignant neoplasm of pineal gland
C754	Malignant neoplasm of carotid body
C755	Malignant neoplasm of aortic body and other paraganglia
C758	Malignant neoplasm of pluriglandular involvement, unspecified
C759	Malignant neoplasm of endocrine gland, unspecified
C760	Malignant neoplasm of head, face and neck
C761	Malignant neoplasm of thorax
C762	Malignant neoplasm of abdomen
C763	Malignant neoplasm of pelvis
C764	Malignant neoplasm of upper limb
C765	Malignant neoplasm of lower limb
C767	Malignant neoplasm of other ill-defined sites
C768	Malignant neoplasm of overlapping lesion of other and ill-defined sites
C770	Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes of head, face and neck
C771	Secondary and unspecified malignant neoplasm of intrathoracic lymph nodes
C772	Secondary and unspecified malignant neoplasm of intra-abdominal lymph nodes
C773	Secondary and unspecified malignant neoplasm of axillary and upper limb lymph nodes
C774	Secondary and unspecified malignant neoplasm of inguinal and lower limb lymph nodes
C775	Secondary and unspecified malignant neoplasm of intrapelvic lymph nodes
C778	Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes of multiple regions
C779	Secondary and unspecified malignant neoplasm of 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 and intrahepatic bile duct
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 of unspecified site
C80	Malignant neoplasm without specification of site
C800	Malignant neoplasm, primary site unknown so stated
C809	Malignant neoplasm, unspecified
C810	Malignant neoplasm of nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma
C811	Malignant neoplasm of nodular sclerosis classical Hodgkin lymphoma
C812	Malignant neoplasm of mixed cellularity classical Hodgkin lymphoma
C813	Malignant neoplasm of lymphocytic depletion classical Hodgkin lymphoma
C817	Malignant neoplasm of other classical Hodgkin lymphoma
C819	Malignant neoplasm of Hodgkin lymphoma, unspecified
C820	Malignant neoplasm of follicular lymphoma grade I
C821	Malignant neoplasm of follicular lymphoma grade II
C822	Malignant neoplasm of follicular lymphoma grade III, and unspecified
C823	Malignant neoplasm of follicular lymphoma grade IIIa
C824	Malignant neoplasm of follicular lymphoma grade IIIb
C825	Malignant neoplasm of diffuse follicle center lymphoma
C826	Malignant neoplasm of cutaneous follicle center lymphoma
C828	Malignant neoplasm of other types of follicular lymphoma
C829	Malignant neoplasm of follicular lymphoma, unspecified
C830	Malignant neoplasm of small cell B-cell lymphoma
C831	Malignant neoplasm of mantle cell lymphoma
C833	Malignant neoplasm of diffuse large B-cell lymphoma
C835	Malignant neoplasm of lymphoblastic (diffuse) lymphoma
C837	Malignant neoplasm of Burkitt's lymphoma
C838	Malignant neoplasm of other non-follicular lymphoma
C839	Malignant neoplasm of non-follicular diffuse non-Hodgkin's lymphoma, unspecified
C840	Malignant neoplasm of mycosis fungoides
C841	Malignant neoplasm of Sezary's disease

รหัสโรค	คำอธิบาย
C844	Malignant neoplasm of peripheral T-cell lymphoma, not elsewhere classified
C845	Malignant neoplasm of other and unspecified T-cell lymphomas
C846	Malignant neoplasm of anaplastic large cell lymphoma, ALK-positive
C847	Malignant neoplasm of anaplastic large cell lymphoma, ALK-negative
C848	Malignant neoplasm of cutaneous T-cell lymphoma, unspecified
C849	Malignant neoplasm of mature T/NK-cell lymphoma, unspecified
C851	Malignant neoplasm of B-cell lymphoma, unspecified
C852	Malignant neoplasm of mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma
C858	Malignant neoplasm of other specified types of non-Hodgkin's lymphoma
C859	Malignant neoplasm of non-Hodgkin's lymphoma, unspecified
C860	Malignant neoplasm of extranodal NK/T-cell lymphoma, nasal type
C861	Malignant neoplasm of hepatosplenic T-cell lymphoma
C862	Malignant neoplasm of enteropathy-type (intestinal) T-cell lymphoma
C863	Malignant neoplasm of subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma
C864	Malignant neoplasm of blastic NK-cell lymphoma
C865	Malignant neoplasm of angioimmunoblastic T-cell lymphoma
C866	Malignant neoplasm of primary cutaneous CD30-positive T-cell proliferations
C880	Malignant neoplasm of Waldenstrom macroglobulinemia
C881	Malignant neoplasm of alpha heavy chain disease
C882	Malignant neoplasm of gamma heavy chain disease
C883	Malignant neoplasm of immunoproliferative small intestinal disease
C888	Malignant neoplasm of other malignant immunoproliferative diseases
C889	Malignant neoplasm of immunoproliferative disease, unspecified
C900	Malignant neoplasm of multiple myeloma
C901	Malignant neoplasm of plasma cell leukemia
C902	Malignant neoplasm of extramedullary plasmacytoma
C903	Malignant neoplasm of solitary plasmacytoma
C910	Malignant neoplasm of acute lymphoblastic leukemia [ALL]
C911	Malignant neoplasm of chronic lymphocytic leukemia of B-cell type
C913	Malignant neoplasm of prolymphocytic leukemia of B-cell type
C914	Malignant neoplasm of hairy-cell leukemia
C915	Malignant neoplasm of adult T-cell leukemia / leukemia (HTLV-1-associated)
C917	Malignant neoplasm of other lymphoid leukemia
C918	Malignant neoplasm of mature B-cell leukemia, Burkitt-type
C919	Malignant neoplasm of lymphoid leukemia, unspecified

รหัสโรค	คำอธิบาย
C920	Malignant neoplasm of acute myeloid leukemia
C921	Malignant neoplasm of chronic myeloid leukemia, BCR/ABL –positive
C922	Malignant neoplasm of atypical chronic myeloid leukemia, BCR/ABL –negative
C923	Malignant neoplasm of myeloid sarcoma
C924	Malignant neoplasm of acute promyelocytic leukemia [PML]
C925	Malignant neoplasm of acute myelomonocytic leukemia
C926	Malignant neoplasm of acute myeloid leukemia with 11q23-abnormality
C927	Malignant neoplasm of other myeloid leukemia
C928	Malignant neoplasm of acute myeloid leukemia with multilineage dysplasia
C929	Malignant neoplasm of myeloid leukemia, unspecified
C930	Malignant neoplasm of acute monocytic/monocytic leukemia
C931	Malignant neoplasm of chronic monocytic leukemia
C932	Malignant neoplasm of subacute monocytic leukemia
C933	Malignant neoplasm of juvenile myelomonocytic leukemia
C937	Malignant neoplasm of other monocytic leukemia
C939	Malignant neoplasm of monocytic leukemia, unspecified
C940	Malignant neoplasm of acute erythroid leukemia
C941	Malignant neoplasm of chronic erythraemia
C942	Malignant neoplasm of acute megakaryoblastic leukemia
C943	Malignant neoplasm of mast cell leukemia
C944	Malignant neoplasm of acute panmyelosis with myelofibrosis
C946	Malignant neoplasm of myelodysplastic and myeloproliferative disease, not classified
C947	Malignant neoplasm of other specified leukemias
C950	Malignant neoplasm of acute leukemia of unspecified cell type
C951	Malignant neoplasm of chronic leukemia of unspecified cell type
C952	Subacute leukemia of unspecified cell type
C957	Malignant neoplasm of other leukemia of unspecified cell type
C959	Malignant neoplasm of leukemia, unspecified
C960	Malignant neoplasm of multifocal and multisystemic (disseminated) Langerhans-cell histiocytosis
C962	Malignant neoplasm of mast cell tumor
C965	Malignant neoplasm of multifocal and unisystemic langerhans-cell histiocytosis
C966	Malignant neoplasm of unifocal langerhans-cell histiocytosis
C967	Other specified malignant neoplasms of lymphoid, hematopoietic and related tissue
C968	Malignant neoplasm of histiocytic sarcoma
C969	Malignant neoplasm of lymphoid, hematopoietic and related tissue, unspecified

รหัสโรค	คำอธิบาย
C97	Malignant neoplasms of independent (primary) multiple sites
รหัสกลุ่ม D	
D37	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of oral cavity and digestive organs
D370	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of lip, oral cavity and pharynx
D371	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of stomach
D372	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of small intestine
D373	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of appendix
D374	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of colon
D375	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of rectum
D376	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of liver, gallbladder and bile ducts
D378	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of other specified digestive organs
D379	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of digestive organ, unspecified
D38	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of middle ear and respiratory and intrathoracic organs
D380	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of larynx
D381	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of trachea, bronchus and lung
D382	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of pleura
D383	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of mediastinum
D384	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of thymus
D385	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of other respiratory organs
D386	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of respiratory organ, unspecified
D39	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of female genital organs
D390	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of uterus
D391	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of ovary
D392	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of placenta
D398	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of other specified female genital organs
D399	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of female genital organ, unspecified
D40	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of male genital organs
D400	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of prostate
D401	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of testis
D408	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of other specified male genital organs
D409	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of male genital organ, unspecified
D41	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of urinary organs
D410	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of kidney
D411	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of renal pelvis
D412	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of ureter

รหัสโรค	คำอธิบาย
D413	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of urethra
D414	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of bladder
D418	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of other specified urinary organs
D419	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of unspecified urinary organ
D42	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of meninges
D420	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of cerebral meninges
D421	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of spinal meninges
D429	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of meninges, unspecified
D43	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of brain and central nervous system
D430	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of brain, supratentorial
D431	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of brain, infratentorial
D432	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of brain, unspecified
D433	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of cranial nerves
D434	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of spinal cord
D438	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of other specified parts of central nervous system
D439	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of central nervous system, unspecified
D44	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of endocrine glands
D440	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of thyroid gland
D441	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of adrenal gland
D442	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of parathyroid gland
D443	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of pituitary gland
D444	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of craniopharyngeal duct
D445	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of pineal gland
D446	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of carotid body
D447	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of aortic body and other paraganglia
D448	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of pluriglandular involvement
D449	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of unspecified endocrine gland
D45	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of polycythemia vera
D46	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of myelodysplastic syndromes
D460	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of refractory anemia without ring sideroblasts, so stated
D461	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of refractory anemia with ring sideroblasts
D462	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of refractory anemia with excess of blasts

รหัสโรค	คำอธิบาย
D463	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of refractory anemia with excess of blasts with transformation
D464	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of refractory anemia, unspecified
D467	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of other myelodysplastic syndromes
D469	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of myelodysplastic syndrome, unspecified
D47	Other neoplasms of uncertain or unknown behavior of lymphoid, hematopoietic and related tissue
D470	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of histiocytic and mast cell tumors of uncertain behavior
D471	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of chronic myeloproliferative disease
D472	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of monoclonal gammopathy
D473	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of essential (hemorrhagic) thrombocythemia
D474	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of osteomyelofibrosis
D475	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of chronic eosinophilic leukemia hypereosino-philic syndrome
D477	Other specified neoplasms of uncertain or unknown behavior of lymphoid, hematopoietic and related tissue
D479	Neoplasm of uncertain or unknow behavior of lymphoid, hematopoietic and related tissue, unspecified
D48	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of other and unspecified sites
D480	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of bone and articular cartilage
D481	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of connective and other soft tissue
D482	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of peripheral nerves and autonomic nervous system
D483	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of retroperitoneum
D484	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of peritoneum
D485	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of skin
D486	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of breast
D487	Neoplasm of uncertain or unknown behavior of other specified sites
D489	Neoplasm of uncertain or unknown behavior, unspecified

จัดทำโดยคณะกรรมการ palliative care กรมการแพทย์

วันที่ 29 กรกฎาคม 2563

ภาคผนวก 16

รายการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2565
(รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ)

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
	2.5	**เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการ**			
		ข้อบ่งชี้ทั่วไปของการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง 1. ใช้กับคนพิการที่สูญเสียการได้ยิน 2 หู และมีการได้ยินที่ยังคงเหลืออยู่ (Residual Hearing) ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด และมีลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1.1 ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาหรือการผ่าตัด หรือมีข้อห้ามในการผ่าตัดหรือปฏิเสธการผ่าตัด 1.2 สูญเสียการได้ยินแบบประสาทหูเสื่อมอย่างเฉียบพลันหลังการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 100 วัน 1.3 การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการสื่อความหมายและการดำรงชีวิตประจำวัน หรือทำให้คุณภาพชีวิตลดลง 1.4 การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาภาษาและการพูด หรือมีความพิการซ้อน 2. ระดับการสูญเสียการได้ยิน มีการสูญเสียการได้ยินทั้งสองข้าง โดยข้างที่ดีกว่าจะต้องมีค่าเฉลี่ยของระดับการได้ยินทางอากาศ (Air Conduction Threshold) ของความถี่ 500, 1,000 และ 2,000 เฮิรตซ์ เท่ากับหรือมากกว่า 40 เดซิเบล จากการตรวจวัดการได้ยินตามมาตรฐานวิชาชีพ			หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
1	2505	**2.5.5 เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบดิจิตอล** **<u>ลักษณะ</u> :** 1. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) 50-90 เดซิเบล 2. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) 100-3,000 เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า 3. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า 120 เดซิเบล **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการใช้มือ การควบคุมปรับปุ่มต่างๆ การเปลี่ยนแบตเตอรี่ การใส่เครื่อง เช่น ผู้สูงอายุ คนตาบอด ผู้ที่มีความพิการ 2. ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคศาสตร์ของใบหน้า เช่น ผู้ที่ไม่มีใบหู ใบหูขนาดเล็ก หรือช่องหูผิดปกติที่ไม่สามารถเลือกใช้เครื่องช่วยฟังแบบอื่นได้ 3. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (แบตเตอรี่สำหรับแบบกล่องราคาถูกกว่าแบบอื่นๆ)	เครื่องละ	9,000	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย 3,000 บาท

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		4. ผู้ที่มีความลำบากในการหาซื้อแบตเตอรี่ (แบตเตอรี่สำหรับเครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ถ่าน AA, AAA หาซื้อได้ง่าย) 5. ผู้ต้องการเครื่องช่วยฟังที่มีความทนทานเป็นพิเศษ เช่น เด็ก ที่มีความพิการซ้ำซ้อน **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 3 ปี			
2	**2506**	**2.5.6 เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบอนาล็อก** **<u>ลักษณะ</u> :** 1. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) 50-90 เดซิเบล 2. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) 100 - 3,000 เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า 3. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า 120 เดซิเบล **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการใช้มือ การควบคุมปรับปุ่มต่างๆ การเปลี่ยนแบตเตอรี่ การใส่เครื่อง เช่น ผู้สูงอายุ คนตาบอด ผู้ที่มีความพิการ 2. ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคศาสตร์ของใบหน้า เช่น ผู้ที่ไม่มีใบหู ใบหูขนาดเล็ก หรือช่องหูผิดปกติที่ไม่สามารถเลือกใช้เครื่องช่วยฟังแบบอื่นได้ 3. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (แบตเตอรี่สำหรับแบบกล่อง ราคาถูกกว่าแบบอื่นๆ) 4. ผู้ที่มีความลำบากในการหาซื้อแบตเตอรี่ แบตเตอรี่สำหรับเครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ถ่าน AA, AAA หาซื้อได้ง่าย 5. ผู้ต้องการเครื่องช่วยฟังที่มีความทนทานเป็นพิเศษ เช่น เด็กที่มีความพิการซ้ำซ้อน **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 3 ปี	เครื่องละ	7,000	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย 3,000 บาท
3	**2507**	**2.5.7 เครื่องช่วยฟังแบบทัดหลังใบหู ระบบดิจิตอล** **<u>ลักษณะ</u> :** 1. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) 40-90 เดซิเบล 2. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) 100-3,900 เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า 3. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า 110 เดซิเบล **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1. เหมาะสำหรับเด็กและทุกวัย 2. ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินระดับน้อยจนถึงรุนแรงมาก **<u>อายุการใช้งาน</u>** : ไม่น้อยกว่า 3 ปี	ข้างละ	12,000	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย 3,000 บาท

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
4	2508	**2.5.8 เครื่องช่วยฟังแบบใส่ในช่องหู ระบบดิจิตอล** **<u>ลักษณะ</u>** : 1. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) 30-70 เดซิเบล 2. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) 100-4,900 เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า 3. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า100 เดซิเบล **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1. ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินระดับน้อยจนถึงรุนแรง 2. ผู้ใหญ่หรือผู้ที่มีกิจกรรมมาก 3. เด็กที่อายุมากกว่า 7 ปี หรือเด็กที่มีการพัฒนาใบหู ช่องหูเต็มที่แล้ว เด็กในวัยเรียน 4. ผู้ที่ทำงานที่ต้องมีการรับโทรศัพท์บ่อย หรือต้องใช้เครื่องช่วยฟังร่วมกับที่ครอบหู 5. ผู้ที่ไม่มีปัญหาในการใช้มือ **<u>อายุการใช้งาน</u>** : ไม่น้อยกว่า 3 ปี	ข้างละ	12,500	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย 1,500 บาท
5	2509	**2.5.9 เครื่องช่วยฟังแบบนำเสียงผ่านกระดูกแบบหูเดียว ระบบดิจิตอล** **<u>ลักษณะ</u> :** 1. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) ไม่ต่ำกว่า 60 เดซิเบล 2. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) 130-3,300 เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า 3. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า 120 เดซิเบล **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1. ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินแบบทางนำเสียงบกพร่อง (Conductive Hearing Loss) ซึ่งไม่สามารถใช้เครื่องช่วยฟังแบบอื่นๆ ได้ เช่น มีการติดเชื้อที่หู เป็นหูน้ำหนวกเรื้อรัง มีน้ำไหลออกจากหู 2. ผู้ที่ไม่มีใบหู ช่องหูผิดปกติ หรือไม่มีช่องหู **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 3 ปี	เครื่องละ	12,500	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย 1,500 บาท
		แขนเทียม (Prosthesis, upper extremity)			
		<u>ข้อบ่งชี้ทั่วไป</u> ของการใช้อุปกรณ์ส่วนปลายที่มีระบบการใช้งาน (มือ 5 นิ้ว หรือมือตะขอ) หรือ Body-Powered Prosthesis คือ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ต้องมีการเคลื่อนไหวข้อต่อไหล่ (shoulder joint) รวมทั้ง scapulothoracic motion ที่ปกติ และกำลังกล้ามเนื้อรอบหัวไหล่ที่แข็งแรงสามารถออกแรงดึงหรือควบคุมสายบังคับของอุปกรณ์ส่วนปลายได้ (การเคลื่อนไหวที่สำคัญ คือ			

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		glenohumeral flexion และ scapular abduction) สำหรับการเลือกใช้ Body-Powered Prosthesis สิ่งที่จำเป็นต้องประเมินและฝึกให้ผู้ป่วย/คนพิการ คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย 1) Scapular Abduction 2) Chest Expansion 3) Shoulder Depression, Extension และ Abduction 4) Humeral Flexion 5) Elbow Flexion และ Extension 6) Forearm Pronation และ Supination			
6	**8101**	**8.1.1 แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้ว มีระบบการใช้งาน** **<u>ลักษณะ</u> :** 1. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ 5 นิ้ว สามารถใช้งานได้ ระบบดึงแล้วอ้า 2. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า 30 ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC 3. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม 4. สายเคเบิลควบคุม เป็นชนิดสายเอ็น หรือสายโลหะปลอดสนิมพร้อมตัวยึดสาย 5. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง 2.5-3.5 ซม. พร้อมวงแหวน (O ring) ขอบมนทำด้วย สแตนเลส พร้อมน็อต แป้นยึดสาย 6. เบ้าแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติก **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) 2. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อมือเทียม (Wrist Component) และมือเทียม (Terminal Device) ได้ 3. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสม สำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) 4. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดมือมีห้านิ้วมีระบบการใช้งานมือเทียม **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	36,500	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
7	8102	**8.1.2 แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้ว ไม่มีระบบการใช้งาน** **<u>ลักษณะ</u> :** 1. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ 5 นิ้ว ชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ 2. ข้อมือใช้ต่อกับมือเทียม 3. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า 30 ซม. ทำจากยาง หรือวัสดุชนิด PVC 4. เบ้าแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติก **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) 2. ความยาวของตอแขน อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อมือเทียม (Wrist Component) และมือเทียม (Terminal Device) ได้ 3. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการความสวยงามหรือในผู้ป่วย/คนพิการกลุ่มผู้สูงอายุ **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	17,200	
8	8103	**8.1.3 แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะ** **<u>ลักษณะ</u> :** 1. มือตะขอโลหะทำด้วยโลหะปลอดสนิม 2. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม 3. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายโลหะปลอดสนิม พร้อมตัวยึดสาย 4. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง 2.5-3.5 ซม. พร้อมวงแหวน (O ring) ขอบมนทำด้วย สแตนเลส พร้อมน็อตแป้นยึดสาย 5. เบ้าแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) 2. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อมือเทียม (Wrist Component) และมือเทียม ชนิดตะขอโลหะ (Terminal Device) ได้ 3. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย เหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis)	ข้างละ	28,500	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		4. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดตะขอโลหะมีระบบการใช้งานที่ต้องการใช้หยิบจับสิ่งของขนาดเล็กหรืองานที่ต้องการความละเอียดสูง **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี			
9	8104	**8.1.4 แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วไม่มีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ** **<u>ลักษณะ</u> :** 1. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ 5 นิ้วชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ 2. ข้อมือใช้ต่อกับมือเทียม 3. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า 30 ซม. ทำจากยาง หรือวัสดุชนิด PVC 4. ข้อศอกปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock) 5. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติก **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1. ใช้สำหรับผู้ป่วย/คนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) หรือระดับศอก (Elbow disarticulation amputation level) 2. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อศอกเทียม (Elbow joint unit) ได้ 3. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดมือมีห้านิ้ว ไม่มีระบบการใช้งานมือเทียม **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ		
10	**8105**	**8.1.5 แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลาย ชนิดตะขอโลหะข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ** **<u>ลักษณะ</u> :** 1. มือตะขอโลหะทำด้วยโลหะปลอดสนิม 2. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม 3. ข้อศอกปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock) 4. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายโลหะปลอดสนิมพร้อมตัวยึดสาย 5. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง 2.5–3.5 ซม. พร้อมวงแหวน (Oring) ขอบมนทำด้วย สแตนเลส พร้อมน็อตแป้นยึดสาย 6. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก	ข้างละ	48,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		<u>ข้อบ่งชี้</u> : 1. ใช้สำหรับผู้ป่วย/คนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) หรือระดับศอก (Elbow disarticulation amputation level) 2. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อศอกเทียม (Elbow joint unit) ได้ 3. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) 4. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดตะขอโลหะ มีระบบการใช้งานที่ต้องการใช้หยิบจับสิ่งของขนาดเล็ก หรืองานที่ต้องการความละเอียดสูง **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี			
11	**8106**	**8.1.6 แขนเทียมชิดไหล่หรือแนบไหล่ส่วนปลายชนิดห้านิ้วไม่มีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ (ระบบแกนนอก)** **<u>ลักษณะ</u> :** 1. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ 5 นิ้ว ชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ 2. ข้อมือใช้ต่อกับมือเทียม 3. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า 30 ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC 4. ข้อศอกปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock) 5. เบ้าแขนเทียมระดับชิดไหล่หรือแนบไหล่ ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับไหล่ (Shoulder disarticulation level) 2. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดมือมีห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งานมือเทียม 3. การตัดระดับนี้ความยาวตอแขนและกล้ามเนื้อที่เหลืออยู่มีไม่เพียงพอต่อการควบคุมการทำงานของแขนเทียม **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	38,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
12	**8107**	**8.1.7 แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วมีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ** **<u>ลักษณะ</u> :** 1. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ 5 นิ้ว สามารถใช้งานได้ ระบบดึงแล้วอ้า 2. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า 30 ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC 3. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม 4. ข้อศอกปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock) 5. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายเอ็นหรือสายโลหะปลอดสนิม พร้อมตัวยึดสาย 6. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง 2.5-3.5 ซม. พร้อมวงแหวน (O ring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลส พร้อมน็อตแป้นยึดสาย 7. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) 2. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อศอกเทียม (Elbow joint unit) ได้ 3. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	56,000	
		ส่วนประกอบแขนเทียมสำหรับกรณีซ่อม			
13	**8108**	**8.1.8 เบ้าแขนเทียมใต้ศอก** **<u>ลักษณะ</u> :** ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก แบบขอบเบ้า ขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนที่เหลืออยู่ **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** ใช้สำหรับผู้ป่วย/คนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) **<u>อายุการใช้งาน</u> :** หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ 2 ครั้งใน 1 ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	2,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
14	8109	**8.1.9 เบ้าแขนเทียมระดับศอก** **ลักษณะ :** ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมระดับศอก แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนที่เหลืออยู่ **ข้อบ่งชี้ :** ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับระดับศอก (Elbow disarticulation amputation level) **อายุการใช้งาน :** หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ 2 ครั้งใน 1 ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	3,000	
15	8110	**8.1.10 เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก** **ลักษณะ :** ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมระดับเหนือศอก แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนที่เหลืออยู่ **ข้อบ่งชี้ :** ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) **อายุการใช้งาน :** หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ 2 ครั้งใน 1 ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	3,000	
16	8111	**8.1.11 เบ้าแขนเทียมระดับไหล่** **ลักษณะ :** ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมระดับไหล่ แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนเหลืออยู่ **ข้อบ่งชี้ :** ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับไหล่ (Shoulder disarticulation level) **อายุการใช้งาน :** หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ 2 ครั้งใน 1 ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	4,000	
17	8112	**8.1.12 สายบังคับแขนเทียม/มือเทียม** **ลักษณะ :** ทำหน้าที่ยึดแขนเทียมกับตอแขนที่เหลืออยู่ ควบคุมการล็อคและปลดล็อคของข้อศอกและการทำงานหุบอ้าของมือเทียมหรือการเคลื่อนไหวของอุปกรณ์ส่วนปลาย **ข้อบ่งชี้ :** สำหรับคนพิการที่ใช้แขนเทียมระดับต่างๆ ที่มีระบบการใช้งาน **อายุการใช้งาน :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	เส้นละ	3,200	
18	8114	**8.1.14 มือเทียมห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งาน** **ลักษณะ :** มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ 5 นิ้ว ชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ ทำจากโฟมนุ่มมีหลายขนาดให้เลือก รูปร่างเหมือนมือและใช้ร่วมกับถุงมือเทียมสวยงาม **ข้อบ่งชี้ :** สำหรับเปลี่ยนเฉพาะมือเทียมชนิดห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งาน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	8,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
19	**8115**	**8.1.15 มือตะขอโลหะ** **<u>ลักษณะ</u> :** 1. มือตะขอโลหะทำด้วยโลหะปลอดสนิม หุ้มด้วยพลาสติก 2. เป็นตะขอสำหรับถือ จับ หิ้วอุปกรณ์/เครื่องมือ สามารถอ้าหรือหุบได้ตามความต้องการของคนพิการ ควบคุมการใช้งานด้วยลำตัว **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** สำหรับเปลี่ยนเฉพาะมือเทียมตะขอโลหะ กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	20,000	
20	**8116**	**8.1.16 มือเทียมห้านิ้วมีระบบการใช้งาน** **<u>ลักษณะ</u> :** สามารถอ้าหรือหุบได้ตามความต้องการของผู้พิการ ควบคุมการใช้งานด้วยลำตัว **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** สำหรับเปลี่ยนเฉพาะมือเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ชิ้นละ	21,000	
21	**8117**	**8.1.17 ข้อมือเทียมชนิดโลหะ** **<u>ลักษณะ</u> :** เป็นส่วนประกอบที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และมือเทียม/มือตะขอโลหะ โดยข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อมือเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถ ซ่อมแซมได้ **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ชิ้นละ	5,000	
22	**8118**	**8.1.18 ข้อมือเทียมชนิดไม้** **<u>ลักษณะ</u> :** เป็นส่วนประกอบที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และมือเทียม/มือตะขอโลหะ โดยข้อมือทำจากไม้ เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อมือเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ชิ้นละ	1,900	
23	**8119**	**8.1.19 ข้อศอกล๊อคได้ด้วยมือ** **<u>ลักษณะ</u> :** 1. เป็นส่วนประกอบของข้อศอกเทียมที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และแขน/เบ้าท่อนบน (Arm) เพื่อประกอบเป็นแขนเทียม 2. ข้อศอกเทียมเป็นชนิดปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock) **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อศอกเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ชิ้นละ	19,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
24	8120	**8.1.20 ข้อศอกเทียมล็อกได้แบบอัตโนมัติ** **ลักษณะ :** 1. เป็นส่วนประกอบของข้อศอกเทียมที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และแขน/เบ้าท่อนบน (Arm)เพื่อประกอบเป็นแขนเทียม 2. ข้อศอกเทียมเป็นชนิดปรับล็อคได้แบบอัตโนมัติ **ข้อบ่งชี้ :** สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อศอกเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ชิ้นละ	40,000	
25	8121	**8.1.21 ข้อศอกเทียมล็อกได้ด้วยสายบังคับ** **ลักษณะ :** 1. เป็นส่วนประกอบของข้อศอกเทียมที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และแขน/เบ้าท่อนบน (Arm) เพื่อประกอบเป็นแขนเทียม 2. ข้อศอกเทียมเป็นชนิดปรับล็อคได้ด้วยสายบังคับ **ข้อบ่งชี้ :** สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อศอกเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ชิ้นละ	45,000	
26	8122	**8.1.22 สายรัดแขนเทียม** **ลักษณะ :** สายคล้องรัดพยุงแขนเทียมกับลำตัว เป็นชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) ทำจากสายไนล่อนเป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง 2.5-3.5 ซม. พร้อมวงแหวน (Oring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลสพร้อมน็อตแป้นยึดสาย **ข้อบ่งชี้ :** สำหรับเปลี่ยนเฉพาะสายรัดแขนเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน :** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	เส้นละ	250	
		ขาเทียม (Prosthesis, lower extremity)			
		ใช้ในผู้ที่ขาขาดเพื่อทดแทนขาที่หายไปเพื่อประโยชน์ในการยืนเดิน			
27	8201	**8.2.1 ขาเทียมระดับข้อเท้า (Symes)** **ลักษณะ :** ขาเทียมระดับข้อเท้าที่มีเบ้าขาเทียมติดกับเท้าเทียมโดยตรง ประกอบด้วย 1. เบ้าขาเทียมระดับข้อเท้า ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน 2. เท้าเทียม ชนิดไม่มีข้อ หรือเท้าเทียมแบบเฉพาะสำหรับขาเทียมระดับข้อเท้า **ข้อบ่งชี้ :** ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับข้อเท้า (Syme/Ankle disarticulation amputation level) **อายุการใช้งาน :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	11,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
28	8202	**8.2.2 ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนนอก** **<u>ลักษณะ</u> :** ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนนอก ใช้ไม้หรือโฟมสังเคราะห์เชื่อมระหว่างเบ้าขาเทียม ข้อเท้าเทียมและเท้าเทียม ภายหลังจัดแนวขาเทียมจะใช้วิธีตกแต่งรูปร่างของไม้หรือโฟมสังเคราะห์ให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง แล้วเคลือบด้วยเรซิ่นอีกครั้งเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ประกอบด้วย 1. เบ้าขาเทียมใต้เข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน 2. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot 3. ข้อเท้าไม้ โดยมีหัวฝังหกเหลี่ยมพร้อมแป้นดาวกระจายและแหวนสปริง เพื่อใช้ยึดกับน็อต ยึดฝ่าเท้า 4. น็อตยึดฝ่าเท้า 5. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) 6. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส 1 ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มีก็ได้) **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า (Trans tibial amputation level) **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	ข้างละ	6,000	
29	8203	**8.2.3 ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน** **<u>ลักษณะ</u> :** ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน มีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียม และเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียม จะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็งในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย 1. เบ้าขาเทียมใต้เข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน 2. ตัวยึดเบ้าขาเทียม 3. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง 4. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ 5. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ ตัวยึดเท้าเทียม 6. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot 7. น็อตยึดฝ่าเท้า 8. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) 9. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส 1 ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) 10. โฟมขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี)	ข้างละ	12,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		<u>ข้อบ่งชี้</u> : 1. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า (Trans tibial amputation level) 2. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือคนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 1 ปี			
30	**8204**	**8.2.4 ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนนอก** **<u>ลักษณะ</u> :** ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนนอก ใช้ไม้หรือโฟมสังเคราะห์เชื่อมระหว่างข้อเข่าขาเทียมข้อเท้าเทียม และเท้าเทียม ภายหลังจัดแนวขาเทียมจะใช้วิธีตกแต่งรูปร่างของไม้หรือโฟมสังเคราะห์ให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่งแล้วเคลือบด้วยเรซิ่นอีกครั้งเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ประกอบด้วย 1. เบ้าขาเทียมระดับเข่า ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อน หรือไม่มีเบ้าอ่อน 2. ข้อเข่าแบบประกบข้างนอกและข้างในข้อ ชนิด Outside hinge joint ทำจากสแตนเลส หรือโลหะอย่างดี 3. หน้าแข้งขาเทียม ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก 4. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot 5. ข้อเท้าไม้ โดยมีหัวฝังหกเหลี่ยม พร้อมแป้นดาวกระจายและแหวนสปริง เพื่อใช้ยึดกับน็อตยึดฝ่าเท้า 6. น็อตยึดฝ่าเท้า 7. สายเข็มขัดขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) 8. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส 1 ชุด(ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับข้อเข่า (Knee Disarticulation level) **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	21,000	
31	**8205**	**8.2.5 ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนนอก** **<u>ลักษณะ</u> :** ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนนอก ใช้ไม้หรือโฟมสังเคราะห์เชื่อมระหว่างเบ้าขาเทียมต่อกับข้อเข่าเทียม และระหว่างข้อเข่าเทียมกับข้อเท้าเทียมและเท้าเทียม ภายหลังจัดแนวขาเทียมจะใช้วิธีตกแต่งรูปร่างของไม้หรือโฟมสังเคราะห์ให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง แล้วเคลือบด้วยเรซิ่นอีกครั้งเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ประกอบด้วย	ข้างละ	26,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		1. เบ้าขาเทียมระดับเหนือเข่า ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติกชนิด มีเบ้าอ่อน หรือไม่มีเบ้าอ่อน 2. ข้อเข่าชนิดแกนเดี่ยวพร้อมระบบเบรกอัตโนมัติ มีตัวช่วยเหยียดข้อเข่าและปรับความฝืดข้อเข่าได้ 3. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot 4. ข้อเท้าไม้ โดยมีหัวฝังหกเหลี่ยมพร้อมแป้นดาวกระจายและแหวนสปริงเพื่อใช้ยึดกับน็อตยึดฝ่าเท้า 5. น็อตยึดฝ่าเท้า 6. สายเข็มขัดขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) 7. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส 1 ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเหนือเข่า (Trans femoral amputation level) **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี			
32	**8206**	**8.2.6 ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน** **<u>ลักษณะ</u> :** ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน มีตัวต่อเบ้าเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียมกับข้อเข่าเทียมและมีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างข้อเข่าและเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็ง ในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย 1. เบ้าขาเทียมเหนือเข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน 2. ตัวยึดเบ้าขาเทียม 3. ข้อเข่าเทียม ชนิดแกนเดี่ยว หรือหลายแกน ตามความแข็งแรงและเหมาะสมกับกิจกรรมของคนพิการ 4. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง 5. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ 6. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ ตัวยึดเท้าเทียม 7. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot หรือแกนเดี่ยว หรือหลายแกน 8. น็อตยึดฝ่าเท้า 9. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) 10. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส 1 ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมี หรือไม่มี) 11. โฟมขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี)	ข้างละ	28,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		<u>ข้อบ่งชี้</u> : 1. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเหนือเข่า (Transfemoral amputation level) 2. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือคนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี			
33	**8224**	**8.2.24 ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนในเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis)** **<u>ลักษณะ</u> :** ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน มีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียม และเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็ง ในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย 1. เบ้าขาเทียมใต้เข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน 2. ตัวยึดเบ้าขาเทียม 3. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง 4. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ 5. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ ตัวยึดเท้าเทียม 6. เท้าเทียมชนิด Single axis 7. น็อตยึดฝ่าเท้า 8. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) 9. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส 1 ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) 10. โฟมขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า (Trans tibial amputation level) 2. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ ผู้สูงอายุ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือ คนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม มีกำลังกล้ามเนื้อไม่เพียงพอในการควบคุมข้อเข่าในช่วงการเดินได้ **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	30,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
34	**8225**	**8.2.25 ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนใน** **<u>ลักษณะ</u> :** ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนใน มีตัวต่อเบ้าเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียมกับข้อเข่าเทียมและมีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างข้อเข่าและเท้าเทียม โดยส่วน ประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็ง ในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย 1. เบ้าขาเทียมระดับข้อเข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน 2. ตัวยึดเบ้าขาเทียม 3. ข้อเข่าเทียมชนิดแกนเดี่ยวหรือหลายแกนตามความแข็งแรงและเหมาะสมกับกิจกรรมของคนพิการ 4. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง 5. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ 6. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ตัวยึดเท้าเทียม 7. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot หรือแกนเดี่ยวหรือหลายแกน 8. น็อตยึดฝ่าเท้า 9. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) 10. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส 1 ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) 11. โฟมขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับข้อเข่า (Knee Disarticulation level) 2. คนพิการสามารถลงน้ำหนักที่ปลายตอขาได้ 3. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือคนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	28,000	
		ส่วนประกอบขาเทียมสำหรับกรณีซ่อม			
35	**8209**	**8.2.9 เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ** **<u>ลักษณะ</u> :** เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ แบ่งออกเป็นหลายๆ แบบ ตัวอย่าง เช่น Solid Ankle Cushion Heel (SACH), Single-axis, Multiaxial, Flexible keel และ Dynamic response เป็นต้น **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเท้าเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	ข้างละ	3,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
36	8218	**8.2.18 เบ้าขาเทียมใต้เข่า/ข้อเท้า** **<u>ลักษณะ</u> :** ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับใต้เข่า/ข้อเท้า แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้าขาเทียม 2. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า/ข้อเท้า **<u>อายุการใช้งาน</u> :** หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้า ขาเทียมได้ 2 ครั้งใน 1 ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	3,000	
37	8219	**8.2.19 เบ้าขาเทียมระดับเข่า** **<u>ลักษณะ</u> :** ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับเข่า แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้าขาเทียม 2. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเข่า **<u>อายุการใช้งาน</u> :** หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ 2 ครั้งใน 1 ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	4,000	
38	8220	**8.2.20 เบ้าขาเทียมเหนือเข่า** **<u>ลักษณะ</u> :** ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับเหนือเข่า แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า 2. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเหนือเข่า **<u>อายุการใช้งาน</u> :** หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ 2 ครั้งใน 1 ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	4,000	
39	8221	**8.2.21 เบ้าขาเทียมระดับสะโพก** **<u>ลักษณะ</u> :** ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับเหนือเข่า แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า 2. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับสะโพก **<u>อายุการใช้งาน</u> :** หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ 2 ครั้งใน 1 ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	6,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
40	8222	**8.2.22 สายเข็มขัดเทียม/สายยึดเบ้าขาเทียม** **<u>ลักษณะ</u> :** เป็นสายเข็มขัดหนังหรือไนลอน เพื่อยึดเบ้าขาเทียมกับลำตัวของคนพิการ **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1. ใช้สำหรับยึดขาเทียมระดับใต้เข่า (Supracondylar cuff suspension) 2. ใช้สำหรับยึดขาเทียมระดับเหนือเข่า/ระดับเข่า (Silesian band) **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	250	
41	8223	**8.2.23 แป้นสายเข็มขัด** **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 1.ใช้สำหรับยึดสายเข็มขัดขาเทียมระดับใต้เข่า/เหนือเข่า/ระดับเข่า 2. ใช้ควบคู่กับสายเข็มขัดขาเทียม **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	คู่ละ	100	
42	8226	**8.2.26 ข้อเข่าเทียมแบบแกนใน** **<u>ลักษณะ</u> :** เป็นชิ้นส่วนข้อเข่าเทียมเพื่อประกอบขาเทียมแบบแกนในระดับข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพก **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะข้อเข่าเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	13,000	
43	8227	**8.2.27 ข้อเท้าสำหรับเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis ankle joint)** **<u>ลักษณะ</u> :** ข้อเท้าโลหะอย่างดีชนิดแกนเดี่ยวสามารถขยับกระดกขึ้นลงได้ในแนวหน้าหลัง มีลูกยางด้านหลังสำหรับประคองขณะกระดกข้อเท้าลง **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** ใช้สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะข้อเท้าสำหรับเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	ข้างละ	2,500	
44	8228	**8.2.28 เท้าหลุมสำหรับข้อเท้าโยกได้** **<u>ลักษณะ</u> :** เป็นเท้าเทียมชนิดพิเศษที่ใช้ประกอบกับข้อเท้าโยก (Single Axis Ankle Joint) **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** ใช้สำหรับเปลี่ยนเท้าเทียมกับขาเทียมแกนในที่มีข้อเท้าโยกได้ **<u>อายุการใช้งาน</u> :** 1 ปี	ข้างละ	3,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
45	8229	**8.2.29 แป้นยึดฝ่าเท้าเทียมระบบแกนใน / ตัวยึดเท้าเทียม** **ลักษณะ** : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดเท้าเทียมกับตัวยึดแกนขาเทียม เพื่อประกอบขาเทียมระดับใต้เข่า/ข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพก แบบแกนใน **ข้อบ่งชี้** : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะแป้นยึดฝ่าเท้าเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** : ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	1,000	
46	8230	**8.2.30 แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง** **ลักษณะ** : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดระหว่างเบ้าขาเทียมหรือข้อเข่าเทียมกับเท้าเทียม เพื่อประกอบขาเทียมให้มีความยาวที่เหมาะสม ใช้ได้กับ ขาเทียมระดับใต้เข่า/ข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพกแบบแกนใน **ข้อบ่งชี้** : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะแกน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** : ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	1,000	
47	8231	**8.2.31 ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ** **ลักษณะ** : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดระหว่างแป้นยึดฝ่าเท้าเทียมกับเบ้า ขาเทียม/ข้อเข่า เพื่อประกอบขาเทียมระดับใต้เข่า/ ข้อเข่า/ เหนือเข่า/ สะโพก แบบแกนใน **ข้อบ่งชี้** : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะตัวยึด/ปลอกกรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** : ไม่น้อยกว่า 2 ปี	อันละ	1,000	
48	8232	**8.2.32 ตัวยึดเบ้าเทียม** **ลักษณะ** : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดระหว่างแกนขาเทียมกับเบ้าขาเทียมหรือข้อเข่าเทียม เพื่อประกอบขาเทียมระดับใต้เข่า/ข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพกแบบแกนใน **ข้อบ่งชี้** : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะตัวยึดเบ้าเทียม **อายุการใช้งาน** : ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	1,000	
49	8233	**8.2.33 โฟมขาเทียมเหนือเข่า** **ลักษณะ** : เป็นฟองน้ำหุ้มขาเทียมแกนในเพื่อความสวยงาม **ข้อบ่งชี้** : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะโฟมขาเทียมเหนือเข่าระบบแกนใน **อายุการใช้งาน** : ไม่น้อยกว่า 2 ปี	อันละ	3,500	
50	8234	**8.2.34 โฟมขาเทียมใต้เข่า** **ลักษณะ** : เป็นฟองน้ำหุ้มขาเทียมแกนในเพื่อความสวยงาม **ข้อบ่งชี้** : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะโฟมขาเทียมใต้เข่าระบบแกนใน **อายุการใช้งาน** : ไม่น้อยกว่า 2 ปี	อันละ	1,500	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
51	8235	**8.2.35 ถุงน่องขาเทียมเหนือเข่า** **ลักษณะ** : เป็นถุงน่องสำหรับหุ้มบนฟองน้ำหุ้มขาเทียมเหนือเข่าแกนในเพื่อความสวยงาม **ข้อบ่งชี้** : สำหรับการเปลี่ยนถุงน่องหุ้มโฟมขาเทียมเหนือเข่าระบบแกนใน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** : ไม่น้อยกว่า 1 ปี	อันละ	200	
52	8236	**8.2.36 ถุงน่องขาเทียมใต้เข่า** **ลักษณะ** : เป็นถุงน่องสำหรับหุ้มบนฟองน้ำหุ้มขาเทียมใต้เข่าแกนในเพื่อความสวยงาม **ข้อบ่งชี้** : สำหรับการเปลี่ยนถุงน่องหุ้มโฟมขาเทียมใต้เข่าระบบแกนใน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** : ไม่น้อยกว่า 1 ปี	อันละ	200	
		โลหะ/หรือพลาสติกดามขาภายนอก			
53	8508	**8.5.8 เบ้ารับน้ำหนักที่กระดูกก้นกบ (Ischium tuberosity)** **ลักษณะ** : วัสดุโครงสร้างทำจากพลาสติกหรือเรซิ่นใช้ประกอบกับส่วนขาท่อนบน **ข้อบ่งชี้** : ใช้ร่วมกับอุปกรณ์โลหะหรือพลาสติกดามขาชนิดยาว เพื่อให้กระดูกก้นกบเป็นส่วนที่รับน้ำหนักตัวผู้ป่วยแทนการลงน้ำหนักที่ขาหรือเท้าโดยตรง **อายุการใช้งาน** : ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	4,200	
54	8524	**8.5.24 PTB brace ชนิดโลหะแบบมีข้อเท้า** **ลักษณะ** : วัสดุโครงสร้างที่รองรับขาท่อนล่างและเท้าทำจากโลหะหรือพลาสติกมีฝาประกบด้านหน้าและด้านหลังทำจากพลาสติกหรือเรซิ่น เพื่อเป็นพื้นที่รับน้ำหนักที่ Patella tendon มีแกนโลหะพร้อมข้อเท้าขนาบด้านข้างใน-นอก **ข้อบ่งชี้** : สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บที่เท้าบริเวณเท้าหรือกระดูกขาท่อนล่างขณะลงน้ำหนัก และมีปัญหาการควบคุมการเคลื่อนไหว ข้อเท้า **อายุการใช้งาน** : ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ชิ้นละ	6,500	
55	8526	**8.5.26 ที่คลุมเข่า Knee pad** **ลักษณะ** : ทำจากหนังหรือวัสดุที่นิ่ม มีสายเข็มขัดยึด ระหว่างแผ่นรองคลุมเข่ากับอุปกรณ์ **ข้อบ่งชี้** : สำหรับใช้ร่วมกับพลาสติก/โลหะดามขามีข้อเข่า มีข้อเท้าหรือไม่มีข้อเท้า **อายุการใช้งาน** : ไม่น้อยกว่า 1 ปี	ชิ้นละ	350	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
56	**8527**	**8.5.27 โลหะดามขาชนิดสั้น** **<u>ลักษณะ</u> :** วัสดุโครงสร้างที่รองรับขาท่อนล่างและเท้าทำจากโลหะ ประกอบกันเป็นข้อเท้าโลหะ **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** 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 **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	5,500	ยุบรายการโลหะดามขา รหัส 8511, 8513, 8515
57	**8528**	**8.5.28 PTB brace ชนิดพลาสติกไม่มีข้อเท้า** **<u>ลักษณะ</u> :** วัสดุโครงสร้างที่รองรับขาท่อนล่างและเท้าทำจากพลาสติก มีฝาประกบด้านหน้าและด้านหลังทำจากพลาสติกหรือเรซิ่นเพื่อเป็นพื้นที่รับน้ำหนักที่ Patella tendon **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** สำหรับผู้ป่วย fracture ที่กระดูกขาท่อนล่าง หรือเจ็บที่เท้าขณะลงน้ำหนักโดยให้เอ็นสะบ้าเป็นบริเวณรับน้ำหนัก และใช้หลักการ circumferencial pressure ในการกระจายน้ำหนัก **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ชิ้นละ	4,000	
58	**8706**	**8.7.6 ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม** **<u>ลักษณะ</u> :** ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากอลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียมไม่ต่ำกว่า 1.2 มม. มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	คู่ละ	650	
59	**8707**	**8.7.7 ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา** **<u>ลักษณะ</u> :** ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากอลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียมไม่ต่ำกว่า 1.2 มม. มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	อันละ	600	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
60	8708	**8.7.8 ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้** **ลักษณะ** : ไม้เท้าก้านยาว ทำจากวัสดุโลหะ อลูมิเนียม หรือสแตนเลส สามารถพับเก็บได้ **ข้อบ่งชี้** : สำหรับคนพิการทางการเห็น **อายุการใช้งาน** : ไม่น้อยกว่า 1 ปี	อันละ	500	
61	8709	**8.7.9 ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง (Anterior Wheel Walker)** **ลักษณะ** : คอกเดินทำจากอลูมิเนียม มีขา 2 ข้างพร้อมลูกยางกันลื่น และมีล้อ 2 ข้างขนาดเล็ก **ข้อบ่งชี้** : สำหรับเด็กพิการที่สามารถเดินได้แต่มีอาการอ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง หรือเดินได้แต่ไม่มั่นคง **อายุการใช้งาน** : ไม่น้อยกว่า 2 ปี	อันละ	1,200	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
62	8710	**8.7.10 ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก (Anterior Wheel Walker)** **ลักษณะ** : คอกเดินทำจากอลูมิเนียม มีขา 2 ข้าง พร้อมลูกยางกันลื่น และมีล้อ 2 ข้างขนาดเล็ก **ข้อบ่งชี้** : สำหรับเด็กพิการที่สามารถเดินได้แต่มีอาการอ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง หรือเดินได้แต่ไม่มั่นคง **อายุการใช้งาน** : ไม่น้อยกว่า 2 ปี	อันละ	1,000	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
63	8711	**8.7.11 ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้** **ลักษณะ** : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากไม้ มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลางมีลูกยางกันลื่น **ข้อบ่งชี้** : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้ แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่งหรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี **อายุการใช้งาน** : ไม่น้อยกว่า 1 ปี	คู่ละ	350	
		รองเท้าคนพิการ			
64	8801	**8.8.1 รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก ชนิดตัดเฉพาะราย** **ลักษณะ** : วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย **ข้อบ่งชี้** : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่งขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติกดามขา โดยมีความยาวเท้าต่ำกว่า 15 ซม. **อายุการใช้งาน** : ไม่น้อยกว่า 1 ปี ยกเว้นกรณีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 6 เดือน	คู่ละ	800	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
65	8802	**8.8.2 รองเท้าคนพิการขนาดกลาง ชนิดตัดเฉพาะราย** **ลักษณะ :** วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย **ข้อบ่งชี้ :** สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่งขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติกดามขา โดยมีความยาวเท้า 15-22 ซม. **อายุการใช้งาน :** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	คู่ละ	1,000	
66	8803	**8.8.3 รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่ ชนิดตัดเฉพาะราย** **ลักษณะ :** วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย **ข้อบ่งชี้ :** สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่งขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติกดามขา โดยมีความยาวเท้า 22-27 ซม. **อายุการใช้งาน :** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	คู่ละ	1,200	
67	8804	**8.8.4 รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่พิเศษ ชนิดตัดเฉพาะราย** **ลักษณะ :** วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย **ข้อบ่งชี้ :** สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่ง ขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติก ต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติก **อายุการใช้งาน :** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	คู่ละ	1,400	
68	8805	**8.8.5 ค่าดัดแปลงรองเท้าคนพิการ** **ลักษณะ :** การเสริมอุ้งเท้าภายใน ขนาดใหญ่/เล็ก เสริมลิ่มเท้าภายใน/นอก เสริมความสูงรองเท้า เปลี่ยนส้นรองเท้า ด้วยการใช้วัสดุสำหรับทำรองเท้า เช่น โฟมชนิดต่างๆ ยาง **ข้อบ่งชี้ :** สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่ง ขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น **อายุการใช้งาน :** ไม่น้อยกว่า 1 ปี ต่อหนึ่งข้าง	ข้างละ	400	
69	8809	**8.8.9 เสริมฝ่าเท้าส่วนหน้า** **ลักษณะ :** วัสดุที่นำมาเสริมเท้าส่วนหน้าทำจากโฟมนิ่ม หรือโฟมแข็ง หรือวัสดุที่สามารถต่อความยาวเท้าร่วมกับอุปกรณ์ได้ **ข้อบ่งชี้ :** สำหรับผู้ป่วยที่เท้าบางส่วนถูกตัด **อายุการใช้งาน :** 1 ปี	ข้างละ	1,500	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
70	8810	**8.8.10 T-strap** **<u>ลักษณะ</u> :** ทำจากหนังหรือวัสดุที่นิ่ม มีสายเข็มขัดคลุมข้อเท้ายึดกับอุปกรณ์ **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** สำหรับใช้ร่วมกับพลาสติก/โลหะดามขา มีข้อเข่า มีข้อเท้า หรือไม่มีข้อเท้า ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อเท้าบิด **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	เส้นละ	300	
		อุปกรณ์อื่น ๆ			
71	6006	**6.0.6 สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตนเอง** **<u>ลักษณะ</u> :** เป็นสายซิลิโคนสำหรับสวนปัสสาวะ มีปลอกพลาสติกสำหรับใส่สายสวนปัสสาวะ และสายสวนสามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้ โดยนำมาแช่น้ำยาฆ่าเชื้อโรคในหลอดพลาสติก **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** สำหรับคนพิการที่มีความบกพร่องของระบบทางเดินปัสสาวะ **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	เส้นละ	800	
72	8901	**8.9.1 รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้** **<u>ลักษณะ</u> :** เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียม อัลลอยด์หรือโลหะอื่นที่ผ่านกระบวนการชุบหรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้และสามารถปรับส่วนต่างๆ ให้เข้ากับขนาดร่างกายของผู้ใช้งานได้ **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** สำหรับคนพิการ โดยรถนั่งคนพิการที่ได้ต้องปรับให้เหมาะสมกับความพิการนั้น **<u>อายุการใช้งาน</u> :** 3 ปี	คันละ	6,600	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
73	8902	**8.9.2 รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้** **<u>ลักษณะ</u> :** เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียม อัลลอยด์หรือโลหะอื่นที่ผ่านกระบวนการชุบหรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้ **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** สำหรับคนพิการที่ไม่สามารถเดินได้ **<u>อายุการใช้งาน</u> :** 3 ปี	คันละ	4,400	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
74	8903	**8.9.3 เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ** **<u>ลักษณะ</u> :** ทำจากวัสดุนิ่มที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า polyurethane foam, gel cushion, water cushion, หรือชนิด air cushion ที่มีลักษณะนิ่มสามารถกระจายน้ำหนัก **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** ใช้สำหรับคนพิการที่ต้องนั่งรถนั่งคนพิการแต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง **<u>อายุการใช้งาน</u> :** 1 ปี	อันละ	800	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
75	**8904**	**8.9.4 รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ** **<u>ลักษณะ</u> :** เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ในระยะไกล โครงสร้างหลักทำด้วยเหล็กชุบสี หรือโลหะอื่นที่มีความแข็งแรงมั่นคง ขับเคลื่อนโดยการควบคุมก้านโยก **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** สำหรับคนพิการที่ทรงตัวในท่านั่งได้ดีแขน 2 ข้างปกติ และสามารถออกนอกบ้านเพื่อการเข้าสู่สังคมหรือประกอบอาชีพ **<u>อายุการใช้งาน</u> :** 3 ปี	คันละ	6,000	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
76	**9001**	**9.0.1 แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม** **<u>ลักษณะ</u> :** เป็นแผ่นสำหรับรองบนที่นอน ทำจากวัสดุนิ่มที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า polyurethane foam, gel, water, air สามารถกระจายแรงกดทับได้ดี และสามารถรองรับร่างกายผู้ใช้งานได้ **<u>ข้อบ่งชี้</u> :** สำหรับคนพิการระดับรุนแรง หรือนอนติดเตียงไม่สามารถพลิกตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอนเองได้และมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	อันละ	1,000	ชื่อรายการเดิม “ฟองน้ำรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาต”

ภาคผนวก 17

แนวทางการบริหารและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย
เงินกันค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัด
สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ 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.) จึงขอกำหนดแนวทางการบริหารและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกันค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป 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 จากสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัด 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.จะแจ้งให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตทราบ เพื่อดำเนินการประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อพิจารณาการกันเงิน 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 .....

1) **วงเงินระดับจังหวัด ตั้งต้น จำนวน ..... บาท**
2) **ใช้ไปแล้ว.....บาท**
3) **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 .....

ภาคผนวก 18

กรณีบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และบริการดูแลกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (GDM) ในระหว่างตั้งครรภ์และการตรวจหลังคลอด ดังนี้

แบบประเมินตนเองเพื่อประเมินศักยภาพในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน*

*โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Diabetes in pregnancy) หมายถึง gestational diabetes (GDM) และ pregestational diabetes (PDM)

คำชี้แจง: โปรดให้ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยบริการ ตามรายละเอียดดังนี้

1. <u>ข้อมูลทั่วไป</u>

ชื่อหน่วยบริการ ..... รหัสหน่วย.....

จังหวัด..... เขต.....

2. <u>ความพร้อมด้านบุคลากร</u>

คุณสมบัติบุคลากร

คุณสมบัติ	**จำนวนบุคลากรที่มีประสบการณ์ด้านการดูแล GDM หรือ PDM (คน)**	**ประสบการณ์ด้านการดูแล GDM** มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี (ทำเครื่องหมาย✓ หากมีบุคลากรที่มีคุณสมบัติ)	**มีประสบการณ์ด้านการดูแล PDM** (ทำเครื่องหมาย ✓ หากมีบุคลากรที่มีคุณสมบัติ)	**หมายเหตุ**
1.แพทย์ทั่วไป อายุรแพทย์ หรือแพทย์สาขาต่อมไร้ท่อ (มี ข้อใด ข้อหนึ่ง)				
1.1 แพทย์ทั่วไป				
1.2 อายุรแพทย์				
1.3 อายุรแพทย์สาขาต่อมไร้ท่อฯ		ไม่ต้องตอบ	ไม่ต้องตอบ	
2. สูตินรีแพทย์				
3. พยาบาล				
4.โภชนากร นักโภชนาการ นักกำหนดอาหาร (มี ข้อใด ข้อหนึ่ง)				
4.1 นักโภชนาการ				
4.2 โภชนากร				
4.3 นักกำหนดอาหาร				

คุณสมบัติได้ strip for GDM หรือ pregestational DM: มีบุคลากรข้อ 1 หรือ 2 **ร่วมกับ** 3 หรือ 4 ที่มีคุณสมบัติ

ตามที่กำหนด

3. ศักยภาพของหน่วยบริการ

หัวข้อ	มี	ไม่มี
1. การควบคุมระดับน้ำตาลและการรักษาด้วยอินซูลิน		
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการนับคาร์โบไฮเดรต และอาหารที่เหมาะสมระหว่างการตั้งครรภ์		
3. การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด		
4. การติดตามภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และให้การดูแลรักษา หรือส่งต่ออย่างเหมาะสม		
5. มีระบบเพื่อให้มีการควบคุมและติดตามการใช้แผ่นตรวจน้ำตาลตามที่ใช้จริง ที่สามารถตรวจสอบได้		

คุณสมบัติได้ strip for GDM หรือ pregestational DM: ต้องมีศักยภาพข้อ 1-5

ภาคผนวก 19

รายละเอียดการให้วัคซีนและกลุ่มเป้าหมาย

รายการวัคซีน	กลุ่มเป้าหมาย	ความถี่	หมายเหตุ
1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์			
วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT)	หญิงตั้งครรภ์	1-3 ครั้งแล้วแต่กรณี	1. กรณีในรายที่ไม่เคยได้รับวัคซีนหรือไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนนี้มาก่อน กำหนดให้ฉีดวัคซีน dT จำนวน 3 ครั้ง โดยฉีดทันทีที่ฝากครรภ์ครั้งแรก โดยมีระยะ 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 ครั้งแล้วแต่กรณี	- 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

รายการวัคซีน	กลุ่มเป้าหมาย	ความถี่	หมายเหตุ
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 4 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
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 12เดือน - 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

รายการวัคซีน	กลุ่มเป้าหมาย	ความถี่	หมายเหตุ
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
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

รายการวัคซีน	กลุ่มเป้าหมาย	ความถี่	หมายเหตุ
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
วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก (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 ครั้งต่อปีแล้วแต่กรณี	- กรณีอายุต่ำกว่า 9 ปีที่มีโรคเรื้อรัง ถ้าไม่เคยฉีด ฉีด 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน ถ้าเคยฉีดปีที่ผ่านมา ให้ฉีด 1 ครั้ง - กรณีอายุ 9 ปีขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรัง ฉีด 1 ครั้ง
วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก (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	- ฉีดวัคซีนป้องกันคอตีบและบาดทะยัก ในผู้สูงอายุ 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

ภาคผนวก 20

<u>ตัวอย่างบันทึกสำหรับหน่วยตรวจคัดกรองเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ COVID 19</u>

โรงพยาบาล/หน่วยบริการ.....HN/VN.....

เลขที่บัตรประชาชน.....ชื่อ-สกุล.....อายุ.....

วันที่รับบริการ.....

- **ประวัติ และการตรวจร่างกาย โดยสังเขป**
  - อาการ.....
  - การตรวจร่างกาย.....
- **ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ COVID 19**
  - ความเสี่ยงเข้าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ระบุว่าเป็นการตรวจคัดกรองประเภทใด (หรือใช้เอกสารแนบ).....
  - แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด ระบุว่าเป็นข้อบ่งชี้ใด.....
    .....กรณีที่แพทย์ผู้ตรวจรักษามีดุลยพินิจว่ามีความจำเป็นตรวจคัดกรอง ระบุว่าเป็นข้อบ่งชี้ใด.....
    .....
- **คำสั่งแพทย์ในการส่งตรวจ COVID 19**
  - Nasopharyngeal /throat swab for Real-time RT-PCR
  - Pooled saliva samples
  - Pooled nasopharyngeal and throat swab samples
  - Antibody
  - Antigen
  - อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจรักษา.....

(.....) เลข ว. .....

<u>คำยินยอมของผู้ป่วยในการส่งตรวจเชื้อ COVID 19 (ควรมี)</u>

ข้าพเจ้า.....รับทราบเหตุผลความจำเป็นในการส่งตรวจเชื้อ COVID และมีความยินยอมให้เก็บสิ่งส่งตรวจตามที่แพทย์สั่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค COVID 19

การจัดทำเวชระเบียนเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุข สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 กรณีผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสนาม หรือ hospitel

แนวทางในการจัดเตรียมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการขอรับค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุข เพื่อให้เป็นมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 และเพื่อรองรับการตรวจสอบ มี แนวทางดังต่อไปนี้

1. เอกสารหลักฐานที่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ต้องจัดเตรียมเอกสารหลักฐานให้ครบถ้วน มีดังนี้

1) แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ใช้แบบมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หรือตามที่โรงพยาบาลกำหนด

2) คำสั่งแพทย์ให้สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนาม หรือ hospitel ได้

3) เวชระเบียนที่บันทึกการซักประวัติ การประเมิน vital sign และหรือการตรวจร่างกายของแพทย์ตามความจำเป็นและเหมาะสม รวมทั้ง progress note ที่ควรมีการบันทึกในกรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง หรือมีการรักษาเพิ่มเติม

4) เวชระเบียนที่บันทึกการคำสั่งการรักษา การให้ยา การตรวจ investigation ตามความจำเป็นและเหมาะสม ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบ protocol หรือ checklist

5) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ RT-PCR ยืนยันการติดเชื้อ COVID 19

6) เวชระเบียนที่บันทึกการพยาบาลตามความจำเป็นและเหมาะสม รวมถึง แบบบันทึกสัญญาณชีพ (vital signs) และ O2 saturation ซึ่งควรมีการบันทึกทุกวันหรือตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมวิชาชีพหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด อาจจะเป็นการบันทึกด้วยบุคลากรสาธารณสุข หรือตัวผู้ป่วยเอง

7) เวชระเบียนที่บันทึกการประเมินสภาพจิตใจ อย่างน้อย 1 ครั้ง ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2. เอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหน่วยบริการ ควรจัด เตรียม เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานในรักษาผู้ป่วยและประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุข มีดังนี้

1) เวชระเบียนที่มีบันทึกการประเมินเพื่อให้การคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการดูแลรักษา ตามแนวทางการจัดการผู้ป่วย เพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานที่รัฐจัดให้ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2) แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาของผู้ป่วย

3) ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยทรวงอก (chest X-Ray)

4) เอกสารหลักฐานการเงิน เช่น ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ส่งเบิกชดเชย และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม อันเนื่องมาจากบริการรักษาในโรงพยาบาล เช่น กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม (ถ้ามี)

แนวทางในการจัดเตรียมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ติดเชื้อและการขอรับค่าใช้จ่ายฯ เพื่อให้เป็นมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อโควิด 19 และเพื่อรองรับการตรวจสอบ

1. เอกสารหลักฐานที่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลต้องจัดเตรียมเอกสารหลักฐานให้ครบถ้วน กรณี Home isolation มีดังนี้

1) แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ใช้แบบมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หรือตามที่โรงพยาบาลกำหนด (เฉพาะกรณีที่เป็นการจ่ายชดเชยด้วยระบบDRG.แบบผู้ป่วยใน)
2) เวชระเบียนที่มีบันทึกการซักประวัติ การประเมิน vital sign ของแพทย์ หรือบุคคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ภายใต้การกำกับของแพทย์ เพื่อประเมิน และคัดกรองผู้ติดเชื้อเข้ารับการดูแลรักษาแบบ home isolation หรือ community isolation ตามแนวทางการจัดการผู้ติดเชื้อที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และคำสั่งแพทย์ให้สามารถเข้ารับการรักษาใน แบบ home isolation หรือ community isolation ได้
3) แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาของผู้ติดเชื้อ (Inform consent)อาจอยู่ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ได้
4) เวชระเบียนที่บันทึกการคำสั่งการรักษา การให้ยา ตามความจำเป็นและเหมาะสม ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบ protocol หรือ check list
5) เวชระเบียนที่บันทึก body temperature และ O2 sat และการประเมิน vital sign อื่นที่จำเป็น สำหรับผู้ติดเชื้อรายนั้น ซึ่งควรมีการบันทึก<u>ทุกวัน</u>หรือตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อาจจะเป็นการบันทึกทีมการพยาบาล หรือตัวผู้ติดเชื้อเอง รวมทั้ง progress note ของแพทย์ หรือบันทึกการพยาบาลกรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง หรือมีการรักษาเพิ่มเติม ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของ telemedicine หรือ telehealth
6) ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด (ในกรณีทีมีการเบิกชดเชย CXR) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ยืนยันการติดเชื้อ COVID 19
7) เอกสารหลักฐานการเงิน เช่น ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ส่งเบิกชดเชยกรณีค่าดูแลการให้บริการผู้ติดเชื้อโควิด 19 หลักฐานการจ่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ติดเชื้อเป็นรายบุคคล และหรือเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม

2. เอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหน่วยบริการ<u>ควรจัดเตรียม</u> เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานในรักษาผู้ติดเชื้อและประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุข มีดังนี้

1) เวชระเบียนที่บันทึกการประเมินสภาพจิตใจ อย่างน้อย 1 ครั้ง ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ