สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ





คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562





คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

ISBN : 978-616-7859-94-1

พิมพ์ครั้งที่ 1

จำนวน 4,000 เล่ม

จัดทำโดย สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ
“ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550”
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
โทรศัพท์ 0 214 4000 โทรสาร 0 2143 9749
http://claim.nhso.go.th

ออกแบบ มานพ โยเฮือง

พิมพ์ที่ บริษัท สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด
ที่อยู่ 59/4 หมู่ 10 ถ.กาญจนาภิเษก ต.บางม่วง อ.บางใหญ่ จ.นนทบุรี 11140
โทร. 0-2903-8257-9 โทรสาร 0-2921-4587
E-Mail : sahamitrprinting@gmail.com

คำนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยสำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ ได้จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติและสร้างความรู้ความเข้าใจในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการ/สถานบริการ/สถานพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิอื่นๆ

สปสช.หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้ปฏิบัติงานด้านการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ/สถานบริการ/สถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามแนวทางที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ได้รับเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขได้อย่างถูกต้องครบถ้วนภายในเวลาที่กำหนด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

หน้า

คำนำ

บทนำ บททั่วไป 1

บทที่ 1 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายฯ บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป 11

บทที่ 2 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายฯ บริการผู้ป่วยในทั่วไป 19

บทที่ 3 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายฯ กรณีบริการกรณีเฉพาะ 39

กลุ่มที่ 1 กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

1.1) บริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OPAE) 40

1.2) การใช้บริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น 44

1.3) การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัดและบริการผู้ป่วยนอกส่งต่อภายในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด (OP Refer) 45

1.4) ค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย 51

1.5) การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ 53

1.6) การบริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ 55

1.7) การลงทะเบียนตามมติบอร์ด 55

กลุ่มที่ 2 กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

2.1) โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-Elevated Myocardial Infarction fast track หรือ STEMI fast track) 57

2.2) การให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง 58

หน้า

2.3) การให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจก พร้อมเลนส์แก้วตาเทียม 65

2.4) บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง / เพดานโหว่ 67

กลุ่มที่ 3 กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

3.1) รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) 73

3.2) การบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด 77

3.3) การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม 80

3.4) การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) 81

3.5) การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา 81

3.6) การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ 82

3.6.1) การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก กรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่น 82

3.6.2) การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic stem cell transplantation : HSCT) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และโรคอื่นๆที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำหนดเม็ดโลหิต 83

กลุ่มที่ 4 กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

4.1) ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment: MMT) 86

4.2) การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงการเบิกชดเชยยาที่บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562 87

หน้า

กลุ่มที่ 5 การจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

5.1) การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย 102

5.2) การดูแลผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก การบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค 106

5.3) บริการแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน 116

บทที่ 4 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 119

บทที่ 5 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการกรณีฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 137

บทที่ 6 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการการแพทย์แผนไทย 143

บทที่ 7 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี เอชไอวี เอดส์ (HIV AIDS) 147

บทที่ 8 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการกรณีผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 163

บทที่ 9 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 187

บทที่ 10 แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการ 193

บทที่ 11 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีสิทธิพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 213

บทที่ 12 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของสถานพยาบาลสิทธิประกันสังคม 233

บทที่ 13 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีคนพิการที่เป็นผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมาย ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 243

บทที่ 14 แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ 249

หน้า

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1	ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562	269
ภาคผนวก 2	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ พ.ศ. 2561	303
ภาคผนวก 3	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน การทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน พ.ศ. 2561	363
ภาคผนวก 4	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560	371
ภาคผนวก 5	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. 2561	377
ภาคผนวก 6	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง พ.ศ. 2561	389
ภาคผนวก 7	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายและแนวทางการให้บริการผ่าตัดต้อกระจก พ.ศ. 2560	393
ภาคผนวก 8	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. 2560	407
ภาคผนวก 9.1	ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุข ที่จ่ายให้สำหรับคนพิการ ที่เลือกรับสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560	411

หน้า

ภาคผนวก 9.2 ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559 415

ภาคผนวก 10 ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560 419

ภาคผนวก 11 ปฏิทินการออก Statement สำหรับข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562 423

ภาคผนวก 12 การบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข 425

ภาคผนวก 13 ขั้นตอนการอุทธรณ์จ่ายชดเชย (e-Appeal) ผ่านโปรแกรม e-Claim 509

ภาคผนวก 14 ปฏิทินตัดยอดข้อมูล การออก Statement และการออกรายงานจ่ายชดเชย (พึงรับ-พึงจ่าย) สำหรับข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP Refer) ปีงบประมาณ 2562 519

ภาคผนวก 15 รายการชดเชยค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยนอก OP-Refer (รายการที่กำหนดราคากลาง) 521

ภาคผนวก 16 ปฏิทินการออก Statement สำหรับสิทธิข้าราชการ ปีงบประมาณ 2562 531

ภาคผนวก 17 การบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สิทธิข้าราชการสิทธิพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฯ 533

ภาคผนวก 18 นิยามศัพท์ 581

ภาคผนวก 19 รายชื่อผู้ประสานงานแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562 587

บททั่วไป

หลักเกณฑ์ในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

ในการให้บริการและการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและสถานบริการมีสิ่งที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ ดังนี้

1) กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 45 ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1.1) ให้บริการสาธารณสุขรวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพโดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคลในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

1.2) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย **โดยไม่บิดเบือน** ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทาง วิธีการ ทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

1.3) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพและสังคมแก่ญาติหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

1.4) รักษาความลับของผู้ป่วยจากการปฏิบัติหน้าที่ตาม (1) และ (2) อย่างเคร่งครัดเว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

1.5) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการรวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด

มาตรา 46 หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 44 และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้ป่วย มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

หลักเกณฑ์การกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่งต้องผ่านการรับฟังความเห็นตามมาตรา 18 (13) ก่อนและอย่างน้อยต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

1) อาศัยราคากลางที่เป็นจริงของโรคทุกโรคมาเป็นฐานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานตามมาตรา 50 (4)

2) ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในส่วนเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร

3) คำนึงถึงความแตกต่างในภารกิจของหน่วยบริการ

4) คำนึงถึงความแตกต่างในกลุ่มผู้ป่วยและในขนาดของพื้นที่บริการที่หน่วยบริการรับผิดชอบ

2) สถานพยาบาลที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

2.1) สถานพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.2) หน่วยบริการรับส่งต่อ หมายความว่า สถานพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิหรือเฉพาะทางโดยผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเมื่อได้รับการส่งต่อหรือได้รับความเห็นชอบจากหน่วยบริการประจำหรือสำนักงาน ทั้งนี้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุนตามที่คณะกรรมการกำหนดตามข้อบังคับ สปสช.ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2549

2.3) สถานบริการ หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

3) ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.1) ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมกรณีลงทะเบียนตามมติบอร์ด

3.2) ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (สิทธิว่าง เด็กแรกเกิดและผู้ที่เสียชีวิตก่อนลงทะเบียน)

3.3) ผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมที่ส่งเงินสบทบไม่ครบ 3 เดือนเข้ารับบริการรักษาพยาบาล

3.4) ผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนเข้ารับบริการคลอด

4) เงื่อนไขการเข้ารับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิ

การเข้ารับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิต้องเป็นไปตามประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขตามที่กำหนดและผู้มีสิทธิต้องใช้สิทธิ ดังนี้

4.1) การเข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำหรือเครือข่ายหน่วยบริการประจำ

4.2) การเข้ารับบริการจากหน่วยบริการอื่นกรณีที่หน่วยบริการประจำส่งต่อ

4.3) การรับบริการที่หน่วยบริการอื่นกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกหน่วยบริการประจำ

4.3.1) ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแล้วรับบริการกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่จำกัดจำนวนครั้ง

4.3.2) ผู้มีสิทธิ UC ที่มีสิทธิย่อยเป็นทหารผ่านศึก หรือคนพิการ สามารถเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐได้ตามความจำเป็น

4.3.3) กำลังพลสำรองและทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) อาสาสมัครทหารพรานสังกัดกรมแพทย์ทหารบก

4.3.4) ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือรวมทหารพรานและสังกัดกรมแพทย์ทหารอากาศ

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

4.5) กรณีการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุจากการจราจร ให้ผู้มีสิทธิใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และที่มีการแก้ไขเพิ่มเติมจนครบวงเงินความคุ้มครองเบื้องต้น 30,000 บาทก่อน ทั้งในกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

5) การให้บริการและการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

เมื่อผู้มีสิทธิเข้ารับบริการในหน่วยบริการทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หน่วยบริการมีหน้าที่ในการตรวจสอบและจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข โดยมีขั้นตอน ดังนี้

5.1) ตรวจสอบสิทธิของผู้ป่วยและให้คำแนะนำการใช้บริการตามสิทธิ

5.2) ให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์และความจำเป็นทางการแพทย์หรือตามเงื่อนไขที่กำหนด

5.3) จัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ ตามที่ สปสช.กำหนด

5.4) ตรวจสอบข้อมูล และรายงานการจ่ายเงินตามรอบที่กำหนด

6) การจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

6.1) 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*

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

6.3) การส่งข้อมูล

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

6.3.2) หากมีค่าใช้จ่ายในหมวดค่ายา หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายเป็นรายการยาตามบัญชียา (Drug catalogue) ของหน่วยบริการ สำหรับการเบิกจ่ายกรณีที่ต้องมีการบันทึกรายการยามีดังต่อไปนี้

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

6.3.3) การขอรับค่าใช้จ่ายในกรณีต่างๆ เช่น ค่ายา เป็นต้น ให้เป็นไปตามสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

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

6.5) หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยนอกก่อนและต่อมารับไว้เป็นผู้ป่วยในภายในเวลา 24 ชั่วโมงให้ขอรับค่าใช้จ่ายเป็นกรณีผู้ป่วยในเท่านั้น ยกเว้นในบางกรณีที่เข้ารับบริการด้วยโรคอื่นๆ หรือกรณีกลับบ้านแล้วเกินกว่า 4 ชั่วโมงอาการไม่ดีขึ้นและกลับมานอนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ในกรณีนี้ถือว่าเบิกค่าใช้จ่ายได้ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

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

6.7) การคิดค่าใช้จ่ายในการให้บริการให้หน่วยบริการจัดทำข้อมูลตามมาตรฐานหมวดรายการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล 19 หมวดรายการของ สปสช.

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

7) วิธีการส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขได้ ดังนี้

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

<u>หมายเหตุ</u> :

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

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

7.1.1) กรณีที่ สปสช.ขอตรวจสอบแล้วไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการจะถือว่าหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการนั้น และสปสช.จะเรียกคืนค่าใช้จ่ายในส่วนที่ไม่พบหลักฐานการให้บริการ

7.1.2) กรณีที่ตรวจพบว่ามีการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายที่ผิดปกติ สปสช. อาจปฏิเสธการจ่ายหรืออาจเรียกคืนในรายการที่ได้จ่ายชดเชยไปแล้ว หรือกรณีตรวจพบว่ามีการเบิกจ่ายซ้ำซ้อน

7.2) การส่งข้อมูลในระบบเอกสาร ในระหว่างรอการพัฒนาระบบโปรแกรมอิเลคทรอนิกส์รองรับการบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายให้หน่วยบริการส่งเอกสารการขอรับค่าใช้จ่ายฯตามแบบฟอร์มที่ สปสช. ที่กำหนด เช่น การขอรับค่าใช้จ่ายกรณี Maxillary Distractor ในการให้บริการผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ เป็นต้น

8) ระยะเวลาในการส่งข้อมูล

ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขภายในระยะเวลา 30 วันนับจากวันที่ให้บริการผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยนอกหรือนับจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วย (Discharge) กรณีผู้ป่วยใน ข้อมูลปีงบประมาณ 2562 ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจะสิ้นสุดการเรียกเก็บ (แจ้งหนี้) โดยถือวันส่งข้อมูล (sent date) ภายในวันที่ 30 กันยายน 2563 (รายละเอียดตามปฏิทินการออก Statement ภาคผนวก 6) โดยข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนดนี้ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ที่จะขอรับค่าใช้จ่าย

9) ข้อมูลที่ส่งล่าช้ากว่ากำหนด

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

10) การรับส่งต่อผู้ป่วย

การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เป็นวิธีการที่ให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยเมื่อเกินขีดความสามารถหรือศักยภาพหน่วยบริการนั้นๆ จะต้องจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิที่เหมาะสมเพื่อให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยและเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจนสามารถกลับหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการใกล้บ้านได้แล้วจะต้องมีระบบการประสานงานที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญของการรักษาพยาบาลรวมถึงข้อมูลด้านการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่เกิดจากการส่งต่อนั้นด้วยดังนั้นข้อพึงปฏิบัติในการส่งตัวผู้ป่วยเป็นดังนี้

10.1) การส่งตัวผู้ป่วยเป็นไปตามกรอบแนวทางของการส่งเสริมการจัดระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพพื้นที่กำหนดที่มีเป้าหมายของการเกินศักยภาพของหน่วยบริการในระดับต่างๆ

10.2) หน่วยบริการประจำของผู้ป่วยหรือหน่วยบริการอื่นที่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยมีหน้าที่จัดทำหนังสือส่งต่อและส่งไปพร้อมผู้ป่วยและให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อตอบกลับหนังสือส่งต่อเมื่อสิ้นสุดการรักษายกเว้นในเขตที่มีการพัฒนาระบบส่งต่อในโปรแกรมอิเลคทรอนิกส์ เช่น เขตกรุงเทพมหานคร เป็นต้น

10.3) กรณีที่หน่วยบริการที่ส่งต่อไม่ได้เป็นหน่วยบริการประจำของผู้ป่วยให้หน่วยบริการที่ส่งต่อนั้นแจ้งเป็นเอกสารให้หน่วยบริการประจำของผู้ป่วยได้ทราบถึงการส่งต่อผู้ป่วยนั้นด้วย ในกรณีที่มีเหตุอันสมควร เช่น กรณีเกิดภัยพิบัติซึ่งส่งผลกระทบทำให้ประชาชนผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำได้ กรณีการเข้ารับบริการของทหารเกณฑ์กองประจำการและอื่นๆตามที่ สปสช.กำหนด สามารถละเว้นหนังสือส่งต่อที่ส่งไปพร้อมผู้ป่วยได้

10.4) ระยะเวลาของหนังสือส่งตัวมีอายุใช้ได้นับแต่วันที่ทำหนังสือเพื่อส่งต่อถึงวันที่ให้บริการตามประเภทของผู้ป่วย ดังนี้

<u>ประเภทผู้ป่วยนอก</u>

1) ให้หนังสือส่งต่อมีอายุใช้ได้ไม่เกิน 90 วัน

2) ในกรณีที่หนังสือส่งต่อใกล้จะหมดอายุแต่การรักษายังไม่สิ้นสุดให้หน่วยบริการที่ให้บริการแจ้งแผนการรักษาและระยะเวลาให้หน่วยบริการประจำของผู้ป่วยทราบเพื่อจัดทำหนังสือส่งตัวฉบับใหม่โดยให้ระบุอายุของหนังสือส่งต่อตามแผนการรักษานั้น

<u>ประเภทผู้ป่วยใน</u>

ให้หนังสือส่งต่อมีอายุใช้ต่อไปได้อีกไม่เกิน 60 วัน นับจากวันที่หน่วยบริการจำหน่ายผู้ป่วยนั้น

10.5) วิธีการและหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายค่าใช้จ่าย

<u>ประเภทผู้ป่วยนอก</u>

1) กรณีส่งต่อภายในจังหวัดให้วิธีการและหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายขึ้นอยู่กับข้อตกลงภายในจังหวัด

2) กรณีส่งต่อข้ามจังหวัดให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อบันทึกข้อมูลในรูปแบบอิเลคทรอนิกส์โดยให้หน่วยบริการประจำ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ อปสข.พิจารณาอนุมัติเห็นชอบและให้ สปสช. ทำหน้าที่ชำระบัญชีแทนหน่วยบริการประจำหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแล้วแต่กรณี

<u>ประเภทผู้ป่วยใน</u>

ให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อบันทึกข้อมูลในรูปแบบอิเลคทรอนิกส์ส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายใน 30 วัน หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยทั้งนี้ สปสช. จะทำหน้าที่ในการพิจารณาจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการที่รับส่งต่อตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้เพื่อบริการสาธารณสุขกรณีส่งต่อผู้ป่วยใน

10.6) ระยะเวลาเบิกค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อสามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำของผู้ป่วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ สปสช. แล้วแต่กรณีภายในกำหนดเวลา ดังนี้

ประเภทผู้ป่วยนอก

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

2) กรณีส่งต่อข้ามจังหวัดให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้เพื่อบริการสาธารณสุขกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด **(รายละเอียดตามบทที่ 3)**

ประเภทผู้ป่วยใน

ให้ส่งข้อมูลเพื่อเบิกค่าใช้จ่ายตามที่กำหนด ตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้เพื่อบริการสาธารณสุขกรณีส่งต่อผู้ป่วยใน การส่งตัวผู้ป่วยต่อเนื่อง เพื่อไปรับบริการยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่ามีข้อปฏิบัติ ดังนี้

1) หน่วยบริการประจำ

1.1) ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยส่งต่อทุกครั้งก่อนเขียนหนังสือส่งตัวเพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำของผู้ป่วย

1.2) หน่วยบริการประจำมีหน้าที่ตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากการส่งต่อนั้นตามอัตราการจ่ายชดเชยกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามแนวทางที่กำหนด

2) หน่วยบริการรับส่งต่อที่ 1

2.1) ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยทุกครั้ง เมื่อรับผู้ป่วยที่มีหนังสือส่งตัวมารักษา เพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนสิทธิหรือเปลี่ยนหน่วยบริการประจำของผู้ป่วย

2.2) หลังให้บริการผู้ป่วยแล้วให้ส่งข้อมูลหรือหลักฐานเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางที่กำหนด

- ประเภทผู้ป่วยนอกเรียกเก็บเงินค่าบริการตามเงื่อนไขส่งต่อในจังหวัดหรือส่งต่อข้ามจังหวัด
- ประเภทผู้ป่วยในเรียกเก็บเงินค่าบริการตามเงื่อนไขส่งต่อผู้ป่วยใน **(รายละเอียดตามบทที่ 3)**

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

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

11) 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	

ระบบ/โปรแกรม	ข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย	หมายเหตุ
7) Web Service (ตรวจสอบสิทธิ)	การตรวจสอบสิทธิและลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ กรณีใช้ Hospital Information System (HIS) ตรวจสอบสิทธิกับระบบตรวจสอบสิทธิของ สปสช.	
8) โปรแกรมค้นหาข้อมูลหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Hospital Search)	การตรวจสอบการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพ	
9) ระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกันโรครายบุคคล (OPPP Individual record)	กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค OP/PP/IP (43 แฟ้ม)	

บทที่ 1 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ขอบเขตบริการ

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น ทั้งนี้ การบริหารจัดการเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย 3 รายการ ได้แก่

1) บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ

2) บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

3) บริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

1) บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ

จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ รายละเอียดเงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยตามคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562

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

สำหรับหน่วยบริการประจำที่มีส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดต้องทำหน้าที่เข้าไปตรวจสอบการส่งต่อในระบบ e-Claim เพื่อ Approve การส่งต่อข้ามจังหวัดภายใน 14 วัน หลังจากหน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลเข้ามาในระบบ e-Claim หากไม่เข้าไป Approve ระบบจะดำเนินการอนุมัติ (Auto approve) แล้ว สปสช.จะออกรายการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายและดำเนินการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายส่วนที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่ายตามอัตราที่ สปสช. กำหนดโดยการตั้งหนี้เพื่อรอหักกลบกับรายรับของหน่วยบริการ ทั้งนี้หากมีการกันเงิน(Virtual account) รายจังหวัดจะหักค่าใช้จ่ายจากเงินกัน Virtual account (รายละเอียดตามบทที่ 3 เรื่อง OP Refer หน้า 45)

2) บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการโดยมีเป้าประสงค์ให้ประชาชนมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตและหน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้รายละเอียดเงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยตามคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562

3) บริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่

แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยเป็นอันดับต้นๆ ในคนไทย และอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปัจจุบัน ผลการศึกษาทางวิชาการพบว่า การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ สำหรับกลุ่มเสี่ยงตามแนวทางเวชปฏิบัติทำให้ตรวจพบความผิดปกติและรักษาได้ตั้งแต่ในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก ซึ่งพบว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างชัดเจน

1) วัตถุประสงค์

1.1) เพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุ 50-70 ปี

1.2) ลดอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลาม

1.3) ส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง โดยมีเครือข่ายของหน่วยบริการในระดับพื้นที่ดูแลอย่างต่อเนื่อง

2) วงเงินงบประมาณ

ปีงบประมาณ 2562 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รับจัดสรรงบค่าบริการผู้ป่วยนอก จำนวน เท่ากับ 2.31 บาทต่อผู้มีสิทธิ (112,208,250 บาท) เป็นค่าบริการสำหรับบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้แก่ประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติช่วงอายุ 50-70 ปี

3) เป้าหมาย

3.1) ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี FIT test	จำนวน	1,276,000 ราย
3.2) ตรวจยืนยันด้วย Colonoscopy	จำนวน	24,270 ราย
3.3) ตัดและตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy)	จำนวน	8,490 ราย
3.4) ตรวจยืนยันด้วย Colonoscopy with Polypectomy	จำนวน	425 ราย

4) ขอบเขตบริการ

4.1) ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี FIT test ในกลุ่มประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ 50-70 ปี ณ วันรับการบริการ (นับตาม พ.ศ.เกิด) โดยกำหนดค่า Cut off ที่ 100 ng/mL)

4.2) ตรวจยืนยันและวินิจฉัยด้วยการส่องกล้อง (Colonoscopy) บริการตัดติ่งเนื้อ (Polypectomy) และบริการตัดและส่งตรวจชิ้นเนื้อ (biopsy) ในกลุ่มประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอายุ 50-70 ปี ที่มีผลตรวจ FIT test เป็นบวก

หมายเหตุ : *ในกลุ่มที่มีอาการแสดง ให้เบิกจากระบบบริการปกติของ สปสช. (ระบบ IP หรือระบบ OP Refer)*

5) แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

5.1) การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

5.1.1) ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการตรวจคัดกรองอุจจาระด้วยวิธี FIT test จำนวน 0.92 บาทต่อผู้มีสิทธิ บริหารจัดการระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนที่อายุ 50-70 ปี โดยใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2561 และความสามารถในการให้บริการแต่ละเขต ยกเว้นผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีสิทธิที่ไม่ได้อยู่ในเป้าหมาย และ ให้ปรับเกลี่ยค่าใช้จ่ายให้กับ Global budget ระดับเขตของเขต 1 ถึงเขต 13 ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนที่อายุ 50-70 ปีของแต่ละเขต โดยแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายหน่วยบริการตามแผนการดำเนินการที่ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

5.1.2) ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการการตรวจยืนยันและการรักษาเบื้องต้น (การตรวจด้วยส่องกล้องพร้อมยาที่เกี่ยวข้อง การบริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อเพื่อยืนยัน และการบริการตัดติ่งเนื้อ (Polypectomy)) จำนวน 1.39 บาทต่อผู้มีสิทธิ บริหารจัดการระดับประเทศแบบมีการกำหนดเป้าหมายระดับเขต และสปสช. สามารถปรับเกลี่ยเป้าหมายระดับเขตได้ตามผลงานบริการ

5.2) แนวทางดำเนินงาน

5.2.1) สปสช.ส่วนกลาง ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ และ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง กำหนดแนวทางเวชปฏิบัติหรือแนวทางดำเนินการ การตรวจคัดกรองตรวจยืนยันและการส่งต่อ เพื่อวินิจฉัยและรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ กำหนดระบบข้อมูลและการรายงานผลการดำเนินการ

5.2.2) สปสช.เขต ร่วมกับ กลไกเขตบริการสุขภาพ (คณะทำงาน5x5) หรือ Service Plan มะเร็ง หรือสาขาที่เกี่ยวข้องระดับเขต และเครือข่ายหน่วยบริการ ร่วมกันกำหนดแนวทาง และจัดทำแผนการดำเนินการจัดบริการระดับเขตเสนอ อปสข. ให้ความเห็นชอบ รายละเอียด ดังนี้

1) กำหนดเป้าหมายและพื้นที่ ดำเนินการ

2) กำหนดเครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการหลักและหน่วยบริการในเครือข่ายที่เข้าร่วมให้บริการคัดกรอง

3) กำหนดเป้าหมายรายหน่วยบริการและกระจายเป้าหมาย โดยสามารถปรับเกลี่ยเป้าหมายภายในเขตได้

4) กำหนดแผนและแนวทางดำเนินการ แนวปฏิบัติการให้บริการและระบบการส่งต่อเพื่อการตรวจยืนยัน

5) กำหนดให้หน่วยบริการที่ได้รับเป้าหมายดำเนินการ ภายใต้แผนการดำเนินการจัดบริการระดับเขต คำนึงถึงประสิทธิภาพและการบรรลุผลงานตามเป้าหมาย โดยระบุรายชื่อหน่วยบริการที่ร่วมจัดบริการและงบประมาณ ตามเป้าหมายที่กำหนด พร้อมทั้งระบุระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินการให้บริการ ถึงวันที่ 30 กันยายน 2562

6) กำกับติดตามและรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามแนวทางที่ส่วนกลางกำหนด โดยมีการตรวจสอบข้อมูลว่าดำเนินการจริงและไม่เบิกซ้ำซ้อนกับรายการอื่น

5.3) การจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ

5.3.1) ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการคัดกรองอุจจาระ ด้วยวิธี FIT test จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตราไม่เกิน 35 บาทต่อราย ภายใต้ Global budget ระดับเขต ตามจำนวนเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรตามแผนการดำเนินการระดับเขตที่ผ่านความเห็นชอบของ อปสข. หรือจ่ายตามข้อตกลงดำเนินงานตามโครงการหรือจ่ายตามโครงการ ภายใต้แผนการดำเนินการระดับเขตที่ผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

ทั้งนี้ กรณีที่ผลการดำเนินงานได้ต่ำกว่าเป้าหมายรายเขต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะนำไปเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการจัดสรรในปีต่อไป

5.3.2) ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องพร้อมยาที่เกี่ยวข้อง การตัดและตรวจชิ้นเนื้อเพื่อยืนยัน และการบริการตัดติ่งเนื้อ (Polypectomy) โดยจ่ายให้หน่วยบริการตามผลงานจริงแบบ fee schedule จากข้อมูลระบบ 43 แฟ้ม ที่ไม่ซ้ำซ้อนกับการเบิกจ่ายจากค่าบริการผู้ป่วยในค่าบริการการผ่าตัดแบบวันเดียว (One Day Surgery) ค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP Refer) ส่วนกรณีผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลเมื่อมีข้อบ่งชี้หรือมีภาวะแทรกซ้อนให้เบิกค่าใช้จ่ายจากงบบริการผู้ป่วยในตาม DRGs โดยกำหนดอัตราจ่ายแบบผู้ป่วยนอก ดังนี้

1) ค่าตรวจยืนยันด้วย Colonoscopy อัตรา ไม่เกิน 2,500 บาทต่อราย

2) ค่าตัดและตรวจชิ้นเนื้อ Biopsy อัตรา ไม่เกิน 660 บาทต่อราย

3) ค่าตรวจยืนยันด้วย Colonoscopy with Polypectomy อัตราไม่เกิน 3,300 บาทต่อราย

ทั้งนี้ สามารถปรับเกลี่ยเป้าหมายภายในเขตและระหว่างเขตได้ เมื่อสิ้นสุดไตรมาส 2

6) การบันทึกข้อมูล

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการได้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ตามระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติกำหนด ร่วมกับศูนย์เทคโนโลยี กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยรหัสหัตถการการคัดกรอง FIT test และหัตถการการตรวจยืนยัน Colonoscopy polypectomy และ Biopsy สำหรับให้หน่วยบริการบันทึก ใน 43 แฟ้มมาตรฐาน ที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ ได้แก่

1B0060 = ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ผลปกติ

1B0061 = ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ผลผิดปกติ

Z12.1 = ผล Colonoscopy ปกติ

K63.5 = Polyp of colon

K57.3,K51 = Non Polyp

C18-C20 = วินิจฉัยว่าเป็น CA

7) ขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณ

7.1) สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน (สำนัก IT) ประมวลผลข้อมูลบริการจากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม ส่งให้ สปสช.เขต ทุกเดือน

7.2) กรณีบริการตรวจยืนยัน Colonoscopy polypectomy และ Biopsy สำนัก IT ส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ Seamless for DMIS และตั้งฎีกาเบิกจ่ายให้หน่วยบริการทุกเดือน โดยในครั้งแรกจะประมวลผลจ่ายในเดือนกุมภาพันธ์ 2562 หลังจากนั้นจะประมวลผลจ่ายทุกเดือน

7.3) กรณีบริการตรวจคัดกรองโดย Fit test ให้จ่ายตามแผนการดำเนินการระดับเขต ที่ผ่านความเห็นชอบของ อปสข. หรือเลือกจ่ายตามข้อตกลงดำเนินงานตามโครงการ หรือจ่ายตามโครงการได้ตามความเหมาะสม

ทั้งนี้ กรณีค่าบริการตรวจคัดกรองโดย Fit Test ที่จ่ายตามข้อตกลงดำเนินงานตามโครงการหรือจ่ายตามโครงการ หากดำเนินการเบิกจ่ายไม่ทันในปีงบประมาณ สามารถนำข้อตกลงดำเนินงานตามโครงการหรือโครงการ มาใช้ในการกันเงินเหลื่อมปีได้ ส่วนกรณีค่าบริการตรวจยืนยัน ในการประมวลผลจ่ายไตรมาสที่ 4 สปสช. จะประมวลผลจากการส่งข้อมูลถึงเดือนสิ้นเดือนสิงหาคม 2562 กรณีที่ส่งข้อมูลไม่ทันภายในปีงบประมาณ 2562 ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลใน 43 แฟ้ม หลังสิ้นปีงบประมาณแต่ไม่เกินไตรมาสที่ 1 เพื่อประมวลผลจ่ายรวมกับไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณถัดไป

8) การจ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

การจ่ายสำหรับบริการคัดกรองด้วยวิธี Fit Test อาจปรับอัตราจ่ายได้ในระดับหน่วยบริการประจำ (CUP) รวมทั้งสามารถกำหนดการจ่ายตามผลงานบริการได้ ภายใต้ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดาเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562 โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

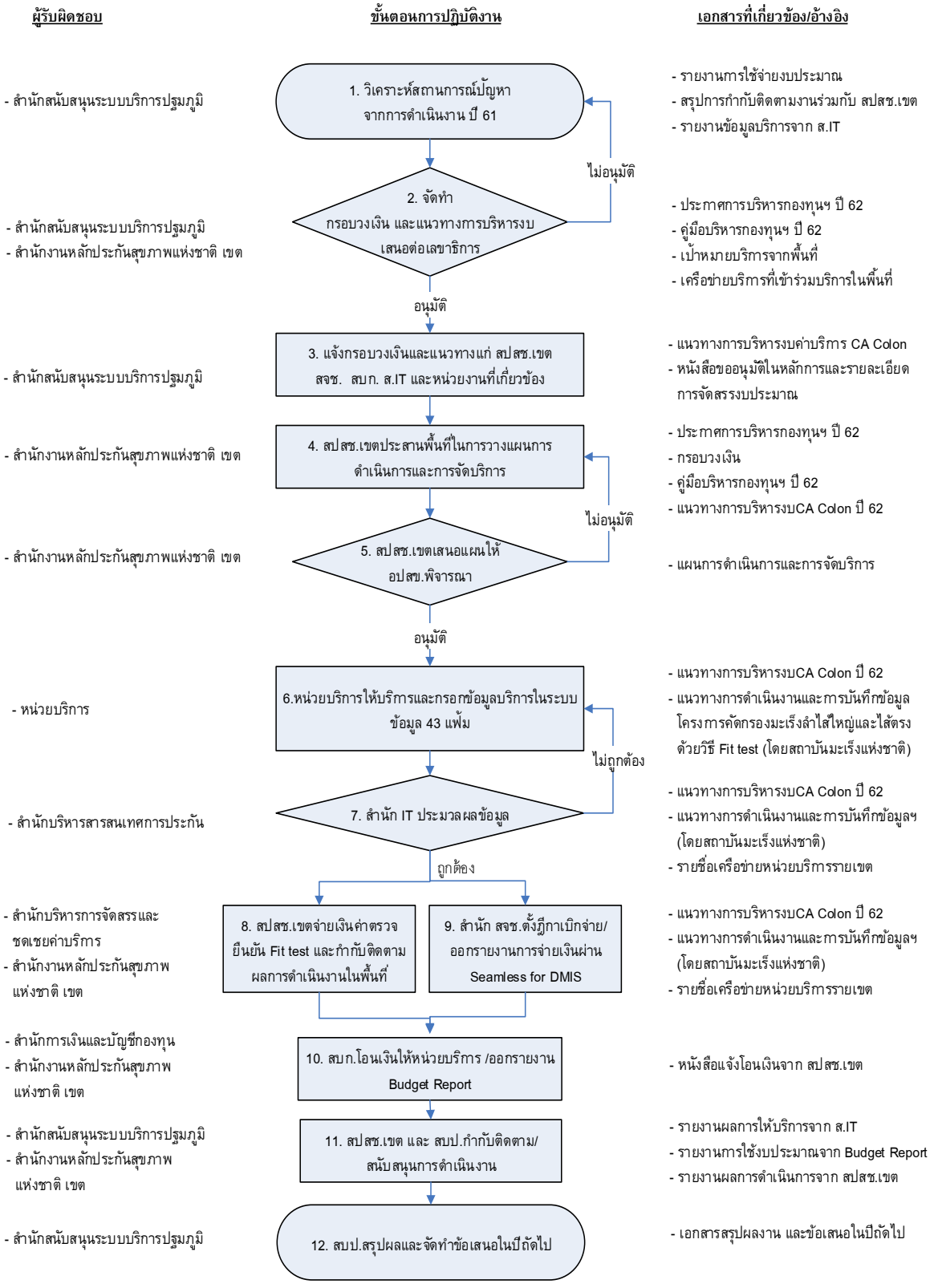
9) การรายงานผลการดำเนินงาน

9.1 สปสช.เขตดำเนินการรายงานผลการดำเนินงาน ต่อ สปสช.ส่วนกลาง ทุกไตรมาส

9.2 สปสช.เขตและคณะกรรมการเขตสุขภาพ 5x5 ร่วมกับ Service Plan สาขามะเร็ง หน่วยบริการคู่สัญญาฯ ร่วมกันประเมินผลการดำเนินงาน พร้อมปรับเกลี่ยเป้าหมายและวิธีการทำงานให้สอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการในพื้นที่ภายในเขต เพื่อให้บรรลุเป้าหมายบริการที่ได้รับจัดสรร พร้อมทั้งแจ้งผลการปรับเกลี่ยเป้าหมาย(ถ้ามี) และแผนการดำเนินงานของเขตให้กับ สปสช.ส่วนกลาง ภายในเดือนเมษายน 2562

9.3 สปสช.ส่วนกลางรวบรวมและประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมของทั้งประเทศ ทุกไตรมาส และนำเสนอต่อผู้บริหารและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อกำกับติดตามและสนับสนุนให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

ผังการบริหารการจัดสรรค่าบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่



10) บทบาทหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการติดตามกำกับและประเมินผล

10.1) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สนับสนุนและกำกับติดตามเชิงวิชาการ และผลงานบริการ ร่วมกับ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง

10.2) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประสานงานและกำกับติดตามเชิงบริหารจัดการร่วมกับ สปสช. กลาง

10.3) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข คณะทำงาน 5x5 และ Service Plan ร่วมกับ อปสข./อนุกรรมการควบคุมคุณภาพ และสปสช.เขต กำกับ ติดตามระดับพื้นที่

บทที่ 2 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการผู้ป่วยในทั่วไป

ขอบเขตบริการ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบแนวทางการบริหารค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป โดยในปีงบประมาณ 2562 วงเงินงบประมาณที่ได้รับจำนวน 1,294.94 บาท ต่อหัวประชากรเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นรายการที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

1) กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวนไม่เกิน 100 ล้านบาท

2) ส่วนที่เหลือให้บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต และบริการเด็กแรกเกิดทุกรายของหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต

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

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยใน เป็นการจ่ายตามผลงานการให้บริการโดยจำแนกตามเงื่อนไขของการเข้ารับบริการดังนี้

1) การเข้ารับบริการเจ็บป่วยทั่วไป ที่หน่วยบริการประจำตามสิทธิที่ลงทะเบียน

2) การเข้ารับบริการด้วยเงื่อนไขการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยใน

3) การเข้ารับบริการด้วยเงื่อนไขอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกหน่วยบริการประจำรวมถึงกำลังพลสำรองทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารบกและอาสาสมัครทหารพราน

4) การเข้ารับบริการของคนพิการและทหารผ่านศึก

5) การเข้ารับบริการผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ

6) การเข้ารับบริการตามมาตรา 7 ที่มีการใช้บริการจากสถานบริการอื่น (นอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

7) การเข้ารับบริการในระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีสำรองเตียง)

8) กรณีบริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะ

9) กรณีเด็กแรกเกิดทั้งเด็กปกติเด็กแรกเกิดที่ป่วยและเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม

10) กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการที่กำหนดไว้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 และบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ในโรคนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone /cholecystitis)

11) เงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขต โดยเงื่อนไขและอัตราการจ่ายที่ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

1) การเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำตามสิทธิที่ลงทะเบียน

เงื่อนไขการจ่าย

เป็นการเข้ารับบริการยังหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิที่มีการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาท ต่อ AdjRW

หมายเหตุ :

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

2) สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2) การเข้ารับบริการด้วยเงื่อนไขการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยใน

เงื่อนไขการจ่าย

การรับ-ส่งต่อระหว่างหน่วยบริการแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำอยู่ภายในกองทุนเขตเดียวกับหน่วยบริการที่รักษาหรือเรียกว่า “ส่งต่อภายในเขต” ถึงแม้จะเป็นการส่งต่อข้ามจังหวัดหากอยู่ในเขตเดียวกันจะถือว่าเป็นการส่งต่อภายในเขต

2) การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำต่างกองทุนเขตกับหน่วยบริการที่รักษาหรือเรียกว่า“การส่งต่อข้ามเขต”

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จำแนกตามเงื่อนไขการรับส่งต่อดังนี้

1) ค่าบริการกรณีการรับ - ส่งต่อภายในเขต หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาทต่อ AdjRW

หมายเหตุ :

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

2) สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

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

3) การเข้ารับบริการด้วยเงื่อนไขอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกหน่วยบริการประจำรวมถึงกำลังพลสำรองทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารบกและอาสาสมัครทหารพราน

*** นิยาม**

"การเจ็บป่วยฉุกเฉิน" หมายถึง อุบัติเหตุหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหันซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญจำเป็นต้องได้รับการประเมินการจัดการและบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการเจ็บป่วยนั้น ทั้งนี้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินได้มีหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉินดังนี้

"ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ" ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงหรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

"ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน" ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วนมิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

"ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง" ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรงอาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

*** ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด**

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยใน จะได้รับค่าใช้จ่ายจากวงเงินค่าบริการผู้ป่วยในระดับเขต (Global Budget) ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์จำแนกตามเงื่อนไขของหน่วยบริการที่ให้บริการดังนี้

1) ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีหน่วยบริการประจำภายในเขต หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาทต่อ AdjRW

หมายเหตุ :

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

2) สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2) ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินข้ามเขต ได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราคงที่ 9,600 บาทต่อ AdjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

กรณีที่ สปสช.ตรวจสอบข้อมูลแล้วพบว่าหน่วยบริการรักษาผู้ป่วยข้ามเขตโดยไม่มีข้อมูลการส่งต่อและไม่ใช่กรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินข้อมูลของรายนั้นจะไม่ได้รับการจ่ายชดเชย (ผลการตรวจสอบได้รับการปฏิเสธการจ่าย Deny M14)

การจ่ายกรณีผู้ป่วยในที่นอนรักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการและผู้ป่วยไปรับยาจากหน่วยบริการอีกแห่งหนึ่งกรณีนี้จะถือว่าการให้บริการมีการทับซ้อนกันจะมีการปฏิเสธการจ่าย (C150) และขอให้หน่วยบริการยื่นเอกสารขออุทธรณ์เป็นรายๆ ไป

การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินในครั้งนั้น กรณีที่ยังไม่สามารถกลับไปรับการรักษาที่หน่วยบริการประจำได้สามารถเบิกค่าชดเชยบริการสำหรับการให้การรักษาต่อเนื่องได้ไม่เกิน 15 วัน (นับจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยใน) หรือนับจากการเข้ารับบริการในครั้งนั้น

3.2) การเข้ารับบริการของกำลังพลสำรองทหารกองประจำการ(ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารบก และอาสาสมัครทหารพราน

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

1) เป็นการเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิที่มีการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน

2) บริการข้ามเขตจะต้องเป็นกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือมีการรับส่งต่อเท่านั้น

<u>อัตราการจ่ายเงินชดเชย</u> กำหนดอัตราการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการ ดังนี้

1) ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำภายในเขตหน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยในในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาทต่อ AdjRW

<u>หมายเหตุ</u> :

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

2) สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2) ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยข้ามเขตได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราคงที่ 9,600 บาทต่อ AdjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

4) การเข้ารับบริการของคนพิการและทหารผ่านศึก

<u>นิยาม</u>

1) **“ทหารผ่านศึก”** หมายถึง บุคคลที่มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และได้รับสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐบาลโดยไม่คิดมูลค่าโดยมีรหัสสิทธิย่อยที่ สปสช. ตรวจสอบได้ ดังนี้

รหัส 66 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน)

รหัส 67 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน)

รหัส 75 (ทหารผ่านศึกชั้น 1-3 ที่มีบัตรทหารผ่านศึกรวมถึงผู้ได้รับพระราชทาน)

รหัส 80 (บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกชั้น 1-3 รวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญสมรภูมิ)

รหัส 97 (บุคคลในครอบครัวทหารของกรมสวัสดิการ 3 เหล่าทัพ)

รหัส 98 (บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกนอกประจำการบัตรขั้นที่ 1)

2) **“คนพิการ”** หมายถึง คนพิการตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และคนพิการตามประกาศ สปสช. โดยมีรหัสสิทธิย่อยที่ สปสช. ตรวจสอบได้เป็นรหัส 74 โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบความเป็นผู้มีสิทธิของทหารผ่านศึกและคนพิการได้จาก www.nhso.go.th

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

ให้ทหารผ่านศึกและคนพิการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ณ หน่วยบริการประจำของตน เว้นแต่กรณีมีความจำเป็นอาจไปใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการอื่นของรัฐก็ได้

<u>อัตราการจ่ายเงินชดเชย</u>

หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยจะได้รับค่าใช้จ่ายจากวงเงินค่าบริการผู้ป่วยในระดับเขต (Global Budget) ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) จำแนกตามเงื่อนไขการรับส่งต่อ ดังนี้

1) ค่าบริการกรณีเข้ารับบริการภายในเขต หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาทต่อ AdjRW

<u>หมายเหตุ</u> ***:***

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

2) สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2) ค่าบริการกรณีเข้ารับบริการข้ามเขตได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราคงที่ 9,600 บาทต่อ AdjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

5) การเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ(ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ

มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้โดยอาจมีการหารือร่วมกับกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ ดังนั้นในการบริหารเงินสำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทหารกองประจำการหรือทหารเกณฑ์ในสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือรวมอาสาสมัครทหารพราน/กรมแพทย์ทหารอากาศดังกล่าว จึงได้มีการจัดแยกเงินงบประมาณ (Global Budget) ออกมาบริหารเป็นการเฉพาะ สำหรับบริการผู้ป่วยใน ดังนั้นในการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) กรมแพทย์ทหารเรือรวมอาสาสมัครทหารพราน/กรมแพทย์ทหารอากาศ หน่วยบริการที่ให้บริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามเงื่อนไขการบริการเงื่อนไขและอัตราการรับการชดเชยเงิน ดังนี้

<u>เงื่อนไขจ่าย</u>

1) เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีสิทธิย่อยทหารกองประจำการ สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือรวมอาสาสมัครทหารพราน/กรมแพทย์ทหารอากาศ โดยตรวจสอบสิทธิพบรหัสสิทธิ ได้แก่ SN001 หรือ SP001

2) ผู้ป่วยอาจมาด้วยเงื่อนไขกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน กรณีการส่งต่อ ทั้งนี้หากอาการไม่ฉุกเฉินสามารถให้บริการและส่งข้อมูลเบิกได้โดยไม่ต้องใช้หนังสือส่งตัว

<u>อัตราการจ่ายเงินชดเชย</u>

หน่วยบริการทุกแห่งที่ให้บริการสิทธิย่อยทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือรวมอาสาสมัครทหารพราน/กรมแพทย์ทหารอากาศจะได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราที่คำนวณได้โดยอัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget (ไม่มีอัตราจ่ายข้ามเขตโดยให้ถือเสมือนว่าเป็นการให้บริการภายในเขตทุกราย) โดย ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาทต่อ AdjRW

<u>หมายเหตุ</u> *:*

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

2) สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

6) การเข้ารับบริการตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 ที่มีการใช้บริการจากสถานบริการนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หมวด1 ว่าด้วยสิทธิการรับบริการสาธารณสุข มาตรา 7 ระบุไว้ว่า **“บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้วให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องหรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อเว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ทั้งนี้ตามที่คณะกรรมการกำหนดโดยคำนึงถึงความสะดวกและจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการและให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด”** ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

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

ตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 28 มีนาคม 2560 เห็นชอบหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับการบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างรวดเร็วภายใต้มาตรฐานเดียวกันตามนโยบาย **“เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่”** Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP) และอ้างอิงจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ กำหนดให้ สปสช. มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องสรุปค่าใช้จ่าย และแจ้งให้กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมาย ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐทราบภายในสามสิบวันนับตั้งแต่เวลาที่ได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว และให้กองทุนของผู้มีสิทธิจ่ายค่าใช้จ่ายในอัตราตามบัญชี และอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขนี้ ให้แก่สถานพยาบาลภายใน15 วันนับจากวันที่ สปสช. แจ้งกองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐและให้มีผลในทางปฏิบัตินับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไปโดยมีรายละเอียด ดังนี้

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

2) “สถานพยาบาล” หมายถึง สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนโดยต้องเป็นสถานพยาบาลที่ไม่ใช่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยหน้าที่ของสถานพยาบาลจะต้องให้บริการตามกฎหมาย พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2559

3) วันให้บริการ เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป

4) ขอบเขตการให้บริการสาธารณสุข

4.1) เป็นการเข้ารับบริการในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตเท่านั้น

4.2) เป็นการบริการตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบแล้วเป็นไปตามแนบท้ายประกาศ

4.3) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถหรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิตให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน

5) นิยาม “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต”

“การเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต” หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

6) อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

ตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตโดยบัญชีรายการแบ่งออกเป็น 12 หมวด (หากกำหนดลำดับที่ของหมวดให้สอดคล้องกับอัตราค่าบริการที่ประกาศโดยกรมบัญชีกลาง) ซึ่งได้แก่

1) หมวดที่ 1 ค่าห้องและค่าอาหาร
2) หมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
3) หมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด
4) หมวดที่ 5 ค่าเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา
5) หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต
6) หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์
7) หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา
8) หมวดที่ 9 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ
9) หมวดที่ 10 ค่าทำหัตถการ
10) หมวดที่ 11 ค่าบริการวิสัญญี
11) หมวดที่ 12 ค่าบริการวิชาชีพ
12) หมวดที่ 16 คือค่าบริการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

การเบิกค่าใช้จ่ายตามหมวดดังกล่าวให้เบิกได้ตามรายการอัตราและหลักเกณฑ์ที่กำหนดเท่านั้นมิให้สถานพยาบาลเรียกเก็บเพิ่มในทุกกรณีสำหรับค่าบริการรายการใดที่ไม่อยู่ในรายการที่กำหนดจะไม่สามารถเบิกได้อย่างไรก็ตามหากสถานพยาบาลมีความเห็นที่จะเสนอรายการเพื่อเบิกจ่ายเพิ่มเติมสามารถเสนอเพิ่มเติมผ่านสภาวิชาชีพหรือสมาคมวิชาชีพเพื่อขอความเห็นชอบและส่งต่อให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติพิจารณาเพิ่มเติมอีกครั้งโดยจะมีรอบในการพิจารณาทุก 6 เดือน

7) เงื่อนไขและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

7.1) กรณี 72 ชั่วโมงแรก

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

7.1.2) บันทึกข้อมูลเพื่อขอรับการพิจารณาคัดแยกภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นในระบบ Pre-Authorize ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกรณีที่มีปัญหาการวินิจฉัยในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้ปรึกษาศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ตลอดเวลายี่สิบสี่ชั่วโมงเพื่อดำเนินการวินิจฉัยโดยคำวินิจฉัยของศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติให้ถือเป็นที่สุด

7.1.3) หลังให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้สถานพยาบาลที่ให้บริการผู้มีสิทธิกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติแจ้งการเข้ารับบริการครั้งนั้นต่อ สปสช. ที่หมายเลข 1330 (Call Center) หรือกองทุนของผู้มีสิทธิรับทราบโดยเร็วเพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นให้พิจารณารับย้ายผู้มีสิทธิและให้สถานบริการอื่นอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้มีสิทธิหลังจากแพทย์พิจารณาสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้

7.1.4) เงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบาย **“เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่”** (UCEP) ในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมง ให้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตาม **“ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต”**

7.1.5) สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายในเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมงไปที่สปสช.ทาง Website online ตามแนวทางการเรียกเก็บที่สปสช.กำหนด

7.1.6) ส่งข้อมูลการให้บริการและค่าใช้จ่ายที่ครบถ้วนสมบูรณ์ให้สปสช.ตรวจสอบความถูกต้อง

7.1.7) สปสช.สรุปค่าใช้จ่ายและแจ้งข้อมูลให้กองทุนของผู้มีสิทธิทราบภายในสามสิบวันนับตั้งแต่เวลาที่ได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

7.1.8) กองทุนของผู้มีสิทธิจ่ายค่าใช้จ่ายให้สถานพยาบาลภายในสิบห้าวันนับจากวันที่สปสช.แจ้งกองทุนของผู้มีสิทธิ

7.2) กรณีหลัง 72 ชั่วโมง

กรณีหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นไม่สามารถมารับผู้ป่วยได้ภายใน 72 ชั่วโมง หรือแพทย์พิจารณาเห็นควรว่าไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สถานบริการอื่นเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติมาที่สปสช.โดยมีอัตราการจ่ายชดเชยจ่ายตามอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บจริง (Fee For Service) หรือตามข้อตกลงระหว่างสถานพยาบาลกับสปสช. สำหรับสิทธิอื่นให้เรียกเก็บไปที่กองทุนต้นสังกัดของผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามอัตราค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลหรือตามข้อตกลงระหว่างสถานพยาบาลกับกองทุนของผู้มีสิทธิ

8) การออกรายงานจ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

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

<u>หมายเหตุ</u> : *กรณีวันตัดข้อมูลตรงกับวันหยุดจะเลื่อนวันตัดข้อมูลเป็นวันทำการถัดไป*

9) การโอนเงิน กรณีสิทธิ UC

สปสช. จะทำการโอนเงินให้สถานพยาบาล ภายใน 15 วัน หลังวันรับเอกสารอนุมัติสมบูรณ์

10) การตรวจสอบเวชระเบียนหลังการจ่ายเงิน

สปสช. กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคมและหน่วยงานอื่น ๆ จะทำการขอเวชระเบียนมาเพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกและจ่ายเงินค่าบริการอีกครั้ง ทั้งนี้สถานบริการจะต้องจัดเตรียมเวชระเบียนให้พร้อม

11) การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย

ในกรณีที่มีการขอรับค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วนและไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยสถานบริการสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายได้ ภายใน 365 วัน นับจากวันรับแจ้งการโอนเงิน ทั้งนี้ผลการพิจารณาของคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายถือเป็นที่สิ้นสุด

6.2 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 พ.ศ. 2560

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

1) “ผู้มีสิทธิ” หมายถึง ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้ลงทะเบียนเพื่อเลือกหน่วยบริการประจำแล้ว ทั้งนี้ กรณีผู้ป่วยสิทธิว่างต้องมีการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ โดยประสานมายัง Call Center 1330

2) “สถานบริการ” หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชนและของสภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆและสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

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

4) วันให้บริการ เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป

5) อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วยกรณี ดังนี้

5.1 “ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน” ได้แก่ บุคคลที่ ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วนมิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

5.2 “ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง” ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรงอาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเขียว” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

6) ขอบเขตการให้บริการสาธารณสุข

6.1) เป็นการเข้ารับบริการในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงและเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนเท่านั้น

6.2) เป็นการบริการตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 พ.ศ. 2560

6.3) เป็นกรณีที่ไม่นับรวมการตรวจรักษาที่มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า

7) อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

สถานบริการที่ให้บริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงแก่ผู้มีสิทธิสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขโดยมีเงื่อนไขและอัตราการจ่ายเงินชดเชย ดังนี้

7.1) ก่อนแจ้ง 24 ชั่วโมง

7.1.1) จะต้องเป็นการเข้ารับบริการที่เข้าเกณฑ์กรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง โดยพิจารณาจากอาการแรกรับ ทั้งนี้ไม่รวมถึงกรณีที่ไม่ใช่กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินแล้วต่อมาผู้ป่วยมีอาการอยู่ในภาวะฉุกเฉิน กรณีนี้ไม่อาจใช้สิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการตามข้อบังคับฯ ได้ เช่น การมาตรวจรักษาตามแพทย์นัดและมีภาวะวิกฤตขณะที่รับการรักษาในครั้งนั้น

7.1.2) การเข้ารับบริการกรณีที่ไม่มีหน่วยบริการใกล้สถานที่เกิดเหตุให้เข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นที่ใกล้ที่สุดเป็นอันดับแรก

7.1.3) เมื่อสถานบริการที่ให้บริการผู้มีสิทธิกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงแจ้งการเข้ารับบริการครั้งนั้นต่อ สปสช. ที่หมายเลข1330 (Call Center) ทันทีหรือโดยเร็วภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นพิจารณารับย้ายผู้มีสิทธิและให้สถานบริการอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้มีสิทธิด้วย

71.4) สถานบริการที่ให้บริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงแก่ผู้มีสิทธิสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไปที่ สปสช. ทาง Website Online ตามแนวทางการเรียกเก็บที่สปสช.กำหนด

7.15) อัตราการจ่ายเงินชดเชย

ผู้ป่วยนอก

มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่รวมแล้วไม่เกิน 700 บาท/ครั้ง

ผู้ป่วยใน มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

- ค่ารักษาพยาบาลค่าห้องและอาหารตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินรายละ 4,500 บาทต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้งหรือ

- กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดไม่เกิน 2 ชั่วโมงให้ได้รับตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ 8,000 บาทต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

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

7.2) หลังแจ้ง 24 ชั่วโมง

7.2.1) เมื่อผู้มีสิทธิพ้นภาวะวิกฤติและ/หรือญาติประสงค์ขอย้ายไปยังหน่วยบริการประจำสถานบริการที่รักษาจะต้องอำนวยความสะดวกในการนำส่งโดยติดต่อเข้ามาที่หมายเลข 1330 (Call Center) เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นในการรับย้ายกรณีหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นไม่สามารถมารับผู้ป่วยได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังสถานบริการอื่นโทรแจ้ง (โดยการนับเวลาจะนับเริ่มต้นจากเวลาที่สถานบริการอื่นโทรแจ้ง 1330 เพื่อประสานงานรับย้ายหรือตามแนวทางที่สปสช. กำหนด) หน่วยบริการประจำหรือสำนักงานต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการแจ้งขอย้ายครบ 24 ชั่วโมง เป็นต้นไป เว้นแต่ผู้มีสิทธิมีความประสงค์ไม่ขอย้ายผู้มีสิทธิต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าวเอง

7.2.2) สถานบริการที่ให้บริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงแก่ผู้มีสิทธิสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไปที่สปสช.ทาง Website Online ตามแนวทางการเรียกเก็บที่สปสช.กำหนด

7.2.3) อัตราการจ่ายเงินชดเชย จ่ายชดเชยตามจำนวนที่จ่ายจริงเฉพาะรายการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์เท่านั้น

หมายเหตุ : *ค่ารถพยาบาลหรือเรือพยาบาล นำส่งผู้มีสิทธิที่ประสงค์จะย้ายไปรับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหรือหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการเห็นชอบ สปสช. จะจ่ายในอัตราตามประกาศว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณนั้น กรณีอุบัติเหตุจากการจราจรและอยู่ในความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ให้สถานบริการที่รักษาเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถให้ครบถ้วนก่อน*

8) การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย

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

6.3 การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่มีเหตุสมควร

นิยาม

"กรณีที่มีเหตุสมควร" หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานบริการด้วยสาเหตุเกินศักยภาพของหน่วยบริการ ทั้งนี้ ต้องเกิดจากความเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการประจำและผู้ป่วย

หลักเกณฑ์

1) เป็นการส่งต่อผู้มีสิทธิจากหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นไปรับบริการที่สถานบริการเนื่องจากเกินศักยภาพของตนด้วยเหตุผลทางการแพทย์ โดยที่หน่วยบริการประจำและผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกัน

2) สถานบริการที่รับรักษาผู้มีสิทธิให้เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการประจำต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้กับสถานบริการ ตามจำนวนที่จ่ายจริงหรือตามอัตราที่สถานบริการอื่นตกลงกับหน่วยบริการประจำ สำหรับกรณีการส่งต่อจากหน่วยบริการอื่นที่ไม่ได้รับความเห็นชอบจากหน่วยบริการประจำ ให้เรียกเก็บจากหน่วยบริการที่ส่งต่อนั้น

3) ค่าใช้จ่ายซึ่งหน่วยบริการประจำได้จ่ายให้แก่สถานบริการตามข้อ 1) ไปแล้วหน่วยบริการประจำมีสิทธิขอรับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพได้ตามหลักเกณฑ์การขอรับค่าใช้จ่ายซึ่งหน่วยบริการได้ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดตามระบบ DRGs เสมือนว่าหน่วยบริการประจำนั้นเป็นผู้ให้บริการเอง

แนวทางปฏิบัติของหน่วยบริการ

1) กรณีหน่วยบริการประจำเป็นผู้ส่งต่อผู้มีสิทธิไปยังสถานบริการเมื่อหน่วยบริการประจำได้พิจารณาแล้วเห็นควรส่งตัวผู้มีสิทธิเข้ารับบริการ ณ สถานบริการเนื่องมาจากเหตุผลความจำเป็นทางด้านการแพทย์ที่จะช่วยชีวิตหรือลดภาวะอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนให้ปฏิบัติ ดังนี้

1.1) ตรวจสอบสิทธิทาง หน้าเว็บไซต์ www.nhso.go.th หรือโปรแกรม NHSO Client พร้อมพิมพ์สำเนา

1.2) เขียนหนังสือส่งตัว (ใบ Refer)

1.3) ส่งเอกสารตามข้อ 1.1 และ 1.2 ไปยังสถานบริการพร้อมกับผู้มีสิทธิ

1.4) เมื่อสถานบริการได้ให้บริการสิ้นสุดแล้วจะส่งหลักฐานการขอรับการชดเชยเงินมายังหน่วยบริการประจำโดยหน่วยบริการประจำจะจ่ายเงินชดเชยให้แก่สถานบริการตามอัตราค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง แต่ทั้งนี้ไม่เกินอัตราที่สถานบริการประกาศกำหนดตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือตามอัตราที่สถานบริการนั้นได้ตกลงกับหน่วยบริการประจำ

1.5) เมื่อหน่วยบริการประจำได้จ่ายเงินให้แก่สถานบริการเรียบร้อยแล้วให้ดำเนินการส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบปกติ

2) กรณีหน่วยบริการที่มิใช่หน่วยบริการประจำเป็นผู้ส่งต่อผู้มีสิทธิไปยังสถานบริการ

2.1) ข้อปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการประจำเมื่อหน่วยบริการประจำได้รับแจ้งจากหน่วยบริการอื่นให้หน่วยบริการประจำปฏิบัติ ดังนี้

2.1.1) ตรวจสอบสิทธิทาง หน้าเว็บไซต์ www.nhso.go.th หรือโปรแกรม NHSO Client พร้อมพิมพ์สำเนา

2.1.2) พิจารณาให้ความเห็นชอบโดยตอบกลับไปยังหน่วยบริการอื่นเพื่อขอส่งตัวผู้มีสิทธิเข้ารับบริการที่สถานบริการกรณีที่มีเหตุสมควร (มาตรา7) และเก็บหลักฐานการตอบกลับจากหน่วยบริการประจำเพื่อใช้ประกอบหลักฐานการเบิกจ่ายหรือในกรณีมีข้อโต้แย้ง

2.2) ข้อปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการอื่น กรณีหน่วยบริการอื่นเป็นผู้ส่งต่อผู้มีสิทธิไปยังสถานบริการให้ปฏิบัติ ดังนี้

2.2.1) ตรวจสอบสิทธิทาง หน้าเว็บไซต์ www.nhso.go.th หรือโปรแกรม NHSO Client พร้อมพิมพ์สำเนา

2.2.2) แจ้งหน่วยบริการประจำเพื่อให้ความเห็นชอบโดยใช้หนังสือส่งตัวเพื่อเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควร (มาตรา7) และเก็บหลักฐานการตอบกลับจากหน่วยบริการประจำเพื่อใช้ประกอบหลักฐานการเบิกจ่ายหรือในกรณีมีข้อโต้แย้ง

2.2.3) หากการส่งต่อนั้นไม่ได้รับความเห็นชอบจากหน่วยบริการประจำหรือมีข้อตกลงกับหน่วยบริการประจำให้ทำหน้าที่ในการส่งต่อและเบิกจ่ายให้ปฏิบัติเสมือนว่าหน่วยบริการประจำเป็นผู้ส่งต่อโดยหน่วยบริการอื่นต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นและสามารถขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบปกติได้เช่นเดียวกัน

7) การเข้ารับบริการในระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีสำรองเตียง)

ขอบเขตบริการ

สถานบริการอื่นที่ตกลงทำสัญญาเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนดเงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

เงื่อนไขการจ่าย

การรับส่งต่อจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามเงื่อนไขบริการที่ตกลงร่วมกันระหว่าง สปสช. และสถานบริการอื่น

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช. เขตแต่ละเขตโดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน 15,000 บาท ต่อ AdjRW

8) กรณีบริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะ

8.1) การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด

เงื่อนไขการบริการ

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

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

กำหนดอัตราการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการฯดังนี้

1) ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำภายในเขต หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาทต่อ AdjRW

หมายเหตุ :

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

2. สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2) ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยข้ามเขตได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราคงที่ 9,600 บาท ต่อ AdjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

8.2) การรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy - ESWL)

เงื่อนไขการจ่าย

การรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy - ESWL)

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) หน่วยบริการภาครัฐจ่ายแบบเหมาจ่ายครั้งละไม่เกิน 6,500 บาท จ่ายไม่เกินข้างละ 4 ครั้งต่อไต 1 ข้างต่อคนต่อปี

2) หน่วยบริการหรือสถานบริการภาคเอกชนจะได้รับค่าใช้จ่ายเมื่อบริการสลายนิ่วสำเร็จโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (Episode) ในอัตราเหมาจ่าย 16,000 บาทต่อการสลายนิ่วในไตหนึ่งข้างต่อคนต่อปี ทั้งนี้หน่วยบริการจะต้องส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการสลายนิ่วสำเร็จเท่านั้น กรณีสลายนิ่วไม่สำเร็จต้องมีการให้บริการ (ESWL) มากกว่า 3 ครั้งและมีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา จึงจะขอรับค่าใช้จ่ายได้โดยมีการตรวจประเมินและติดตามผลการรักษาผู้ป่วยสลายนิ่วในทางเดินปัสสาวะของคณะทำงานตรวจประเมินและติดตามผลการรักษาผู้ป่วยสลายนิ่วที่สำนักงานหรือสำนักงานเขตแต่งตั้ง/มอบหมาย

9) กรณีเด็กแรกเกิด

ขอบเขตบริการ

“เด็กแรกเกิด” หมายถึง เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ณ วันที่เข้ารับบริการ

เงื่อนไขการจ่าย

การให้บริการเด็กแรกเกิดกรณี ดังนี้

1) การให้บริการแก่เด็กแรกเกิดทั้งเด็กแรกเกิดที่ป่วยและไม่ป่วย

2) ตรวจสอบสิทธิพบว่าอายุไม่เกิน 28 วัน และยังไม่มีการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำทั้งนี้เพื่อตรวจสอบอายุเด็กแรกเกิดดังกล่าวโดยหน่วยบริการต้องบันทึกวันเดือนปีเกิดเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายทุกครั้ง

3) หน่วยบริการต้องมีและบันทึกหมายเลข Claim Code เพื่อลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำทุกครั้ง

4) การส่งต่อผู้ป่วยเด็กแรกเกิดไปรับบริการยังหน่วยบริการแห่งที่ 2 สามารถเบิกค่าพาหนะในการส่งต่อได้รายละเอียดตามบทที่ 3

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัมหรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยจ่ายในอัตรา 9,000 บาทต่อ AdjRW

2) กรณีเด็กแรกเกิดกรณีนอกเหนือจากข้อ 1 หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาทต่อ AdjRW

หมายเหตุ :

1) กรณีที่มีการบันทึกน้ำหนักเด็กแรกเกิดมากกว่า 6 กิโลกรัม เมื่อส่งข้อมูลจะถูกปฏิเสธ Deny G24 ขอให้หน่วยบริการตรวจสอบข้อมูลและแก้ไขส่งข้อมูลเข้ามาใหม่

2) เด็กแรกเกิดที่ป่วย หมายถึง กรณีเด็กแรกเกิดที่ป่วยและมีค่า RW มากกว่า 3 ขึ้นไป

10) กรณีบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน หรือวันเดียวกลับ (One day surgery : ODS)

นิยาม

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

เงื่อนไขการจ่าย

1) กรณีบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการที่กำหนดไว้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 ดังนี้

1.1) โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia)

1.2) โรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele)

1.3) โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid)

1.4) ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (Vaginal bleeding)

1.5) หลอดเลือดดำของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารขอด (Esophageal varices, Gastric varices)

1.6) ภาวะหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture)

1.7) โรคมะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามที่อุดตัน (Obstructive esophageal cancer/tumor)

1.8) ติ่งเนื้องอกลำไส้ใหญ่ (Colorectal polyp)

1.9) นิ่วในท่อน้ำดี (Bile duct stone)

1.10) นิ่วในท่อตับอ่อน (Pancreatic duct stone)

1.11) ภาวะท่อน้ำดีตีบ (Bile duct stricture)

1.12) ภาวะท่อตับอ่อนตีบ (Pancreatic duct stricture)

2) หน่วยบริการที่จะให้บริการตามประกาศนี้ ต้องขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพการให้บริการตามคู่มือ ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยคณะกรรมการกำหนดมาตรฐานการจัดตั้งและการรักษาความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) ที่เข้ารับบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ One Day Surgery (ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก Minimally Invasive Surgery (MIS) และผ่านการพิจารณาหรือประเมินศักยภาพจากคณะกรรมการ ตรวจเยี่ยมและประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก Minimally Invasive Surgery (MIS) ในโรงพยาบาล หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) โดยจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต ดังนี้

1) กรณีในเขต หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาทต่อ RW

2) กรณีนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) โดยไม่ปรับลดค่าแรง

11) บริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS)

เงื่อนไขการจ่าย

เป็นกรณีบริการโรคนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/Cholecystitis) ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) กรณีในเขต อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของ แต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget สำหรับหน่วยบริการภาครัฐมีการปรับลดค่าแรง โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาทต่อ AdjRW

2) กรณีนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อหนึ่งหน่วย น้ำหนักสัมพัทธ์ (AdjRW) โดยไม่ปรับลดค่าแรง

บทที่ 3 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการกรณีเฉพาะ

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

1) การรวมความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพโดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและหรือมีผู้ป่วยไม่มาก

2) ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining and/or central procurement)

3) ประกันการได้รับบริการบางรายการที่มีความจำเป็นเช่นบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่ายบริการที่เป็นนโยบายสำคัญ

4) การคำนึงถึงความแตกต่างของปัญหาระดับพื้นที่

บริการกรณีเฉพาะในปีงบประมาณ 2562 มีจำนวน 5 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

กลุ่มที่ 2 กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

กลุ่มที่ 3 กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

กลุ่มที่ 4 กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

กลุ่มที่ 5 กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

กลุ่มที่ 1 กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

1) การบริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OPAE)

2) การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น

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

4) ค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย

5) การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (ยกเว้น เด็กแรกเกิด)

6) การบริการกรณีเฉพาะอื่นๆ ได้แก่ ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนมาใช้บริการคลอด หรือ ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์หรือผู้มารับบริการที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน

7) การลงทะเบียนตามมติบอร์ด

1) บริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OPAE)

ขอบเขตบริการ ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแล้วประกอบด้วย

1.1) ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ ผู้ป่วยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมถึงกำลังพลสำรองทหารกองประจำการ ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารบกและอาสาสมัครทหารพราน

1.2) ทหารผ่านศึก คนพิการ

1.3) ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ

1.1) ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ ผู้ป่วยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

*** นิยาม**

"ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ ผู้ป่วยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน" รวมถึงกำลังพลสำรองทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารบก และอาสาสมัครทหารพราน

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

"ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต" ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือ ระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงหรือทำให้การบาดเจ็บ หรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

"ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน" ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

* **ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด**

“ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง” ได้แก่บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรงอาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

“กำลังพลสำรอง” หมายถึง ผู้ที่มีสภาพเป็นนายทหารสัญญาบัตรกองหนุน นายทหารสัญญาบัตรนอกราชการ นายทหารสัญญาบัตรนอกกอง นายทหารประทวนกองหนุนทหารกองหนุนประเภทที่ 1 ทหารกองหนุนประเภทที่ 2 และทหารกองเกินซึ่งกระทรวงกลาโหมทำการเรียกเข้ารับราชการทหารได้โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติรับราชการทหาร พ.ศ. 2497 และข้อบังคับทหารว่าด้วยการแบ่งประเภทนายทหารสัญญาบัตรที่ 11/16536 ลง 14 พฤศจิกายน 2482

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

1) เป็นการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ เป็นกรณีที่ไม่นับรวมการตรวจรักษาที่มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า

2) เป็นการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง

3) เป็นการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก คนพิการ ทหารผ่านศึก ที่ใช้บริการข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถเข้ารับการรักษาได้ตามความจำเป็น

<u>หมายเหตุ</u> ***:***

1) วัคซีนบาดทะยักหน่วยบริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามจริงและต้องมีหลักฐานแสดงว่าผู้มีสิทธิได้รับวัคซีน กรณีที่ไม่พบหลักฐานการรับวัคซีนตามจำนวนที่มีการเบิกชดเชยดังกล่าวจะพิจารณาจ่ายให้เฉพาะครั้งที่มีหลักฐานการฉีดวัคซีนแก่ผู้มีสิทธิเฉพาะในหน่วยบริการเท่านั้น

2) การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินในครั้งนั้นกรณีที่ยังไม่สามารถกลับไปรับการรักษาที่หน่วยบริการประจำได้สามารถเบิกค่าชดเชยบริการสำหรับการให้การรักษาต่อเนื่องได้ไม่เกิน 15 วัน นับจากการเข้ารับบริการในครั้งนั้น กรณีผู้ป่วยนอก หรือนับจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยใน

3) กรณีผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน หากมีความจำเป็นที่จะต้องไปรับยาอย่างต่อเนื่องจากหน่วยบริการเดิม ให้หน่วยบริการที่ให้บริการ เบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเช่นเดียวกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการประจำ หรือตามข้อตกลงภายในแต่ละจังหวัด

4) กรณีผู้มีสิทธิที่เข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง หน่วยบริการสามารถเบิกค่าชดเชยบริการสำหรับการรักษาที่เป็นภาวะฉุกเฉินเท่านั้นและหากจำเป็นต้องให้การรักษาโดยรับยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง ให้ผู้มีสิทธิได้รับยาตามความจำเป็นได้ไม่เกิน 15 วัน

5) การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในการเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ที่เข้ารับบริการมากกว่าหนึ่งแผนกในครั้งนั้น เช่น แผนกอายุรกรรม แผนกทันตกรรม เป็นต้น ให้บันทึกข้อมูลรหัสโรค รหัสหัตถการ และค่ารักษารวมของทุกแผนกเป็นครั้งเดียวกัน หากบันทึกเบิกค่าใช้จ่ายฯ แยกตามแผนกที่เข้ารักษา แล้วโรคหลักที่บันทึกไม่เข้าเกณฑ์กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินจะถูกปฏิเสธการจ่ายชดเชย (ปฏิเสธการจ่ายรหัส A14)

6) กรณีผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษากรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด ณ หน่วยบริการแต่ถูกส่งต่อมารับการตรวจวินิจฉัย (Investigation) และกลับไปรับการรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการเดิมหน่วยบริการที่ให้การตรวจวินิจฉัยไม่สามารถนำค่าใช้จ่ายกรณีการตรวจวินิจฉัยมาเบิกกรณี อุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OPAE) ต้องเรียกเก็บค่าตรวจวินิจฉัยจากหน่วยบริการที่ส่งตรวจ

7) กรณีผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OPAE) และมีความจำเป็นต้องส่งต่อการรักษาไปยังหน่วยบริการที่ 2 ที่ไม่อยู่ในจังหวัดเดียวกันกับหน่วยบริการประจำ เนื่องจากการรักษาดังกล่าวเกินศักยภาพ หน่วยบริการทั้ง 2 แห่ง สามารถขอรับค่าใช้จ่ายฯ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการให้บริการกรณี การบริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OPAE)

8) กรณีอุบัติเหตุจราจรให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าชดเชยบริการจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และที่ได้แก้ไขเพิ่มเติม ภายในวงเงินที่กำหนดก่อน

9) กรณีสิทธิว่างจะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามความจำเป็นทางการแพทย์จนกว่าจะเกิดสิทธิ (ปรากฏหน่วยบริการประจำ)

<u>อัตราการจ่ายเงินชดเชย</u>

สปสช.จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการ ด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บ หรือราคาที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ โดยจ่ายเป็นรายเดือน

1.2) ทหารผ่านศึก คนพิการ กำลังพลสำรอง

<u>นิยาม</u>

“ทหารผ่านศึก” หมายถึง บุคคลที่มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และได้รับสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐบาลโดยไม่คิดมูลค่า โดยมีรหัสสิทธิย่อย ที่ สปสช.ตรวจสอบได้ เป็นรหัสสิทธิย่อย ดังนี้

รหัส 66 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน)

รหัส 67 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน)

รหัส 75 (ทหารผ่านศึกชั้น 1-3 ที่มีบัตรทหารผ่านศึกรวมถึงผู้ได้รับพระราชทาน)

รหัส 80 (บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกชั้น 1-3 รวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญสมรภูมิ)

รหัส 97 (บุคคลในครอบครัวทหารของกรมสวัสดิการ 3 เหล่าทัพ)

รหัส 98 (บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกนอกประจำการบัตรขั้นที่ 1)

“คนพิการ” หมายถึง คนพิการตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และคนพิการ ตามประกาศ สปสช. โดยมีรหัสสิทธิย่อยที่ สปสช. ตรวจสอบได้เป็น รหัส 74 โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบความเป็นผู้มีสิทธิของทหารผ่านศึกและคนพิการได้จาก www.nhso.go.th

เงื่อนไขการจ่าย

1) ทหารผ่านศึก คนพิการที่มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งตามความจำเป็นทางการแพทย์

2) เป็นการเข้ารับบริการข้ามจังหวัด ประเภทผู้ป่วยนอก ที่ไม่ใช่การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำหรือส่งต่อจากหน่วยบริการที่อยู่ในจังหวัดเดียวกันกับหน่วยบริการประจำ

3) กำลังพลสำรองทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารบกและอาสาสมัครทหารพรานที่มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้รับการรักษาพยาบาลจากหน่วยบริการที่อยู่ในจังหวัดเดียวกันกับหน่วยบริการประจำได้โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนและกรณีฉุกเฉินวิกฤต

หมายเหตุ :

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

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

2.1) กรณีส่งต่อภายในจังหวัด เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำ

2.2) กรณีส่งต่อข้ามจังหวัด เรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไขผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด (OP Refer)

3) กรณีที่คนพิการยังไม่ได้ลงทะเบียนเป็นคนพิการ ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ให้หน่วยบริการดำเนินการลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีสิทธิย่อยคนพิการเป็น ท74 ตามประกาศ สปสช. ทั้งนี้จะยึดผลการตรวจสอบสิทธิรายเดือนในการพิจารณาจ่ายชดเชย หากยังไม่ปรากฏสิทธิย่อยเป็นคนพิการหน่วยบริการที่ให้การรักษาจะได้รับการจ่ายชดเชยตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขของผู้มีสิทธิ UC ทั่วไป

4) กรณีคนพิการที่อยู่ระหว่างการรักษา เป็นผู้ป่วยใน แต่มีความจำเป็นที่จะต้องไปรับยาอย่างต่อเนื่องจากหน่วยบริการเดิม ให้หน่วยบริการเดิมเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ ที่เกิดขึ้น โดยหน่วยบริการเดิมจะได้รับค่าใช้จ่าย ดังนี้

4.1) กรณีส่งต่อภายในจังหวัด เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำ

4.2) กรณีส่งต่อข้ามจังหวัด เรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไขผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด (OP Refer)

5) ทหารผ่านศึก คนพิการที่มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลทุกกรณี จากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งตามความจำเป็นทางการแพทย์ ทั้งนี้ต้องมิใช่การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ (ถ้าเป็นการส่งต่อจากหน่วยบริการประจำให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำ)

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

สปสช.จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการ ด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บ หรือราคาที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ โดยจ่ายเป็นรายเดือน

1.3) การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ

เงื่อนไขการจ่าย

1) ตรวจสอบสิทธิพบว่าเป็นทหารเกณฑ์สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือหรือกรมแพทย์ทหารอากาศ อากาศ (หน่วยบริการตรวจสอบสิทธิพบ SN001 หรือ SP001)

2) เป็นการให้บริการต่างสังกัด (ต่างสังกัดหมายถึงหน่วยบริการทั่วไปรักษาผู้ป่วยสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือหรือกรมแพทย์ทหารอากาศ) ถึงแม้หน่วยบริการนั้นจะอยู่ในพื้นที่จังหวัดเดียวกันก็ตาม

3) อาการแรกรับให้พิจารณาบริการตามความจำเป็น

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

สปสช.จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการ ด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บ หรือราคาที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ โดยจ่ายเป็นรายเดือน

2) การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น

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

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

ตามประกาศการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2562 สปสช. ดำเนินการบริหารจัดการงบกรณีรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OP Refer) เป็นภาพรวมระดับประเทศจากงบเหมาจ่ายรายหัวประเภทบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการโรคเฉพาะ/ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง เพื่อบริหารจัดการระบบรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดได้พัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OP Refer) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความสมดุลย์ระหว่างหน่วยบริการประจำหน่วยบริการรับส่งต่อและการตามจ่ายค่าบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมโดยมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

1) คุ้มครองผู้ป่วยเมื่อเกินขีดความสามารถของจังหวัดเมื่อถูกส่งต่อให้หน่วยบริการรับส่งต่อมั่นใจว่ามีการตามจ่ายที่เหมาะสม

2) คุ้มครองหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อโดยการทำ Risk sharing เมื่อมีการเรียกเก็บจากหน่วยบริการรับส่งต่อในราคาที่สูงมากรวมทั้งตรวจสอบการเรียกเก็บไม่ให้ซ้ำซ้อนกับรายการที่ส่วนกลางจ่าย

3) พัฒนาระบบจัดการให้มีประสิทธิภาพลดภาระการทำงานด้านเอกสารทั้งการเรียกเก็บและการตามจ่ายทั่วประเทศและทำให้มีข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบและการบริหารจัดการ

1) <u>กรอบการบริหารงบประมาณ</u>

1.1) เป็นงบประมาณที่กันมาจากเงินเพื่อบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวบริหารแบบกองทุนกลาง (Central Reimbursement)

1.2) สปสช. จะจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการรับส่งต่อตามผลงานการให้บริการหลังจากมีการให้บริการและส่งข้อมูลเข้าในระบบและได้รับการพิจารณาอนุมัติจากหน่วยบริการประจำแล้ว

1.3) สปสช. เป็นผู้หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

2) <u>หลักเกณฑ์เงื่อนไข</u>

“การบริการกรณีรับส่งต่อ” หมายถึง การที่หน่วยบริการให้บริการสาธารณสุขประเภทผู้ป่วยนอกแก่ผู้มีสิทธิที่หน่วยบริการประจำส่งต่อหรือเห็นชอบให้หน่วยบริการอื่นส่งต่อโดยมีหลักเกณฑ์เงื่อนไขดังนี้

2.1) เป็นการส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดจากหน่วยบริการประจำ ไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อข้ามจังหวัด หรือเป็นการส่งต่อจากหน่วยบริการที่รับส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ (ส่งต่อแบบต่อเนื่อง) ไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อแห่งอื่นข้ามจังหวัด

2.2) จังหวัดในภูมิภาคที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ตั้งอยู่ในจังหวัดกรณีที่จำเป็นต้องส่งต่อจาก รพท./รพศ. ในจังหวัด ไปยังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ในจังหวัด ถือเป็นการส่งต่อข้ามจังหวัดได้ ***ยกเว้นกรณี*** ส่งต่อในเขตพื้นที่รอยต่อที่มีพรมแดนติดกันให้ใช้เกณฑ์การส่งต่อภายในจังหวัดภายใต้เงื่อนไขที่หน่วยบริการตกลงกันเอง<u>โดยไม่ถือเป็นการส่งต่อข้ามจังหวัด</u>

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

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

2.3) การส่งตัวผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจพิเศษต่างๆ ถือเป็นการซื้อบริการของหน่วยบริการรับส่งต่อค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นให้ถือเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการของหน่วยบริการรับส่งต่อในครั้งนั้นด้วยเว้นแต่จะมีการตกลงเป็นอย่างอื่น

3) <u>วิธีการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข</u>

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) <u>ระยะเวลาการส่งข้อมูล</u>

ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขภายในระยะเวลา 30 วัน นับจากวันที่ให้บริการโดยสปสช.จะกำหนดวันตัดยอดข้อมูลเป็นรายเดือนระยะเวลาสิ้นสุดการเรียกเก็บ (แจ้งหนี้) ภายใน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการผู้ป่วย เช่น ข้อมูลบริการเดือนกันยายน 2562 ปิดรับการแจ้งหนี้วันที่ 30 กันยายน 2563 **<u>สำหรับข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนดจะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ขอรับค่าใช้จ่าย</u>**

5) <u>ระยะเวลาการตัดยอดข้อมูลออกรายงานพึงรับ - พึงจ่ายรายเดือน (Statement)</u>

หากมีการเปลี่ยนแปลงจะมีหนังสือแจ้งเวียนให้ทราบต่อไป

6) <u>การคำนวณจ่ายชดเชย</u>

6.1) ค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นรายการที่กำหนดราคากลาง (171รายการ) ชดเชยตามที่เรียกเก็บไม่เกินราคากลางตามที่กำหนดของแต่ละรายการ (รายละเอียดตามภาคผนวก)

6.2) ค่าใช้จ่ายอื่นๆ จ่ายชดเชยตามที่เรียกเก็บยกเว้นมีหนังสือหรือข้อตกลงร่วมกันให้จ่ายในอัตราที่กำหนดหรือตามที่ได้ตกลงกัน

7) <u>การจ่ายชดเชยและการเป็น Clearing house</u>

สปสช. ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำการจ่ายชดเชยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

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 โดยการกำหนดอัตราการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลร่วมกันระหว่างหน่วยบริการประจำกับหน่วยบริการรับส่งต่อให้หน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายตามราคาที่ตกลงร่วมกันโดย สปสช. จะคำนวณเงินจ่ายชดเชยตามราคาที่หน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกเรียกเก็บ ยกเว้นในกรณีที่หน่วยบริการมีหนังสือแจ้งข้อตกลงการกำหนดอัตราการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลร่วมกันระหว่างหน่วยบริการให้ สปสช. รับทราบ โดย สปสช. จะคำนวณเงินจ่ายชดเชยตามราคาที่หน่วยบริการแจ้ง

8) <u>การหักหนี้ค่าใช้จ่ายในส่วนที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่าย</u>

8.1) กรณีจังหวัดที่กันเงิน Virtual account จะหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการโดยหักค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่ายจากเงินกัน Virtual account

8.2) กรณีจังหวัดที่ไม่กันเงิน Virtual account สปสช. จะดำเนินการหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการโดยเรียกเก็บค่าบริการในส่วนที่ไม่เกินเพดานที่กำหนด (1,600 บาท ต่อครั้งบริการ) ไปยังหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อโดย สปสช. จะหักค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการต้องร่วมจ่ายจากเงินรายรับบริการผู้ป่วยนอก (OP cap) ของหน่วยบริการ

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

9) <u>ข้อปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการส่งต่อและหน่วยบริการรับส่งต่อ</u>

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) หากพบว่าหน่วยบริการประจำของผู้ป่วยไม่ตรงกับที่ระบุในหนังสือส่งตัวหน่วยบริการที่รักษาต้องแนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการณหน่วยบริการประจำตามสิทธิที่ตรวจสอบได้หรือขอหนังสือส่งตัวจากหน่วยบริการประจำตามสิทธิที่ตรวจสอบได้

10) <u>ขั้นตอนการ Clearing house</u>

10.1) หน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลการบริการผ่านโปรแกรม e-Claim หรือหากเป็นการนำเข้าข้อมูลจะต้องครบถ้วนตามโครงสร้างที่กำหนดส่งให้สปสช. (สปสช.)

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

10.3) หน่วยบริการรับส่งต่อตรวจสอบรายงานการส่งข้อมูลรายวัน (REP) หน้า Website และทำการ Download REP กลับเข้าโปรแกรม e-Claim offline เพื่อปรับฐานข้อมูลให้ถูกต้องกรณีข้อมูลไม่ผ่าน (ติด C) หน่วยบริการต้องแก้ไขให้ถูกต้อง แล้วส่งให้ สปสช. อีกครั้งและในการแก้ไขหรืออุทธรณ์ข้อมูลผ่าน (A) หน่วยบริการจะต้องแก้ไขเป็นเอกสารตามที่ สปสช.กำหนด

10.4) สปสช. ส่งข้อมูลรายวันที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้นให้หน่วยบริการประจำตรวจสอบผ่านโปรแกรม e-Claim ตามระยะเวลาที่กำหนดเพื่อพิจารณา **"ยอมรับการเรียกเก็บหรือไม่ยอมรับการเรียกเก็บ"** (กรณีไม่ยอมรับต้องเลือกเหตุผลการปฏิเสธจากรายการที่กำหนดให้) ทั้งนี้หากครบกำหนดวัน Approve ข้อมูลตามปฏิทินการออก Statement ประจำปีงบประมาณหรือตามเวลาที่ สปสช. ประกาศผ่านทางหน้า Website ระบบจะพิจารณาข้อมูลเป็น **"ยอมรับการเรียกเก็บ"** ทุกราย (Auto Approve)

10.5) เมื่อครบกำหนดวันตัดยอดข้อมูลตามเวลาที่กำหนด สปสช. จะดำเนินการรวบรวมข้อมูลภายในวันที่กำหนดตัดยอดข้อมูลเพื่อประมวลผลออกรายงานการจ่ายชดเชย (รายงานพึงรับ-พึงจ่าย)

10.6) สปสช. ตรวจสอบรายละเอียดการบริการค่าใช้จ่ายโดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขกรณีไม่สามารถตัดสินชี้ขาดได้จะนำเรื่องเสนอต่อคณะทำงานฯ เพื่อพิจารณาและกำหนดเป็นหลักเกณฑ์ในภาพรวมต่อไป

11) <u>การตรวจสอบหลักฐานในการเรียกเก็บและจ่ายชดเชยของหน่วยบริการ</u>

สปสช. ยกเลิกการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุขเป็นเอกสาร โดยให้หน่วยบริการดำเนินการดังนี้

11.1) หน่วยบริการประจำสามารถตรวจสอบข้อมูลการจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการรับส่งต่อจาก Statement พึงจ่ายรายเดือนซึ่งประกอบด้วย รายงานรายบุคคล รายงานแบบสรุป และรายงานแบบสรุปรายหน่วยบริการ

11.2) หน่วยบริการรับส่งต่อสามารถตรวจสอบรายละเอียดการได้รับเงินชดเชยจาก Statement พึงรับรายเดือนซึ่งประกอบด้วยรายงานรายบุคคลรายงานแบบสรุปรายงานแบบสรุปรายหน่วยบริการและรายงานปฏิเสธการจ่ายทั้งนี้หน่วยบริการรับส่งต่อต้องมีการจัดทำเอกสาร/หลักฐานที่เกี่ยวข้องเก็บไว้ที่หน่วยบริการเพื่อการตรวจสอบหรือร้องขอเอกสารเพิ่มเติมกรณีไม่พบเอกสาร/หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาจะถือว่าไม่มีการให้บริการในส่วนนั้นและจะถูกเรียกคืนค่าใช้จ่าย

12) <u>รายละเอียดการจ่ายชดเชยค่าบริการ</u>

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

13) <u>การแก้ไขและการอุทธรณ์ข้อมูล</u>

การแก้ไขข้อมูล OP Refer ที่ส่งในระบบโปรแกรม e-Claim และได้รับผลการตอบกลับผ่าน (A) เรียบร้อยแล้วแนวทางการขอแก้ไข/อุทธรณ์ข้อมูล OP Refer ให้ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจากหัวข้อการอุทธรณ์ข้อมูลใน ภาคผนวก 13

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	เรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่ไม่อยู่ในความคุ่มครองตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
11	OPF13	เรียกเก็บเกินราคาที่ตกลงกัน	เรียกเก็บค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตามเงื่อนไขหรือข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการ

ตารางแสดงรหัสการปฏิเสธการจ่ายกรณี OP Refer จำแนกตาม Deny code

<u>หมายเหตุ</u> :

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

- ข้อมูลที่ถูกปฏิเสธจากสาเหตุอื่นๆ (OPF05-OPF13) ให้ปรับสถานะข้อมูลเป็นอนุมัติทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการบริหารจัดการงบกรณีรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OP Refer) ที่เป็นภาพรวมระดับประเทศ เว้นแต่ตรวจสอบแล้วพบว่ามีสาเหตุสมควรต่อการปฏิเสธ ให้คงสถานะไม่ยอมรับการเรียกเก็บ (ปฏิเสธ) ตามเดิม

4) ค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย

เป็นการเบิกค่าใช้จ่ายค่าพาหนะของหน่วยบริการในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยอันประกอบด้วยพาหนะที่ใช้ทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ หรือพาหนะอื่นใดที่ได้รับการออกแบบสร้างหรือดัดแปลงประกอบพร้อมด้วยยา เวชภัณฑ์และบุคลากรทางสาธารณสุขเพื่อการลำเลียงและดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้ายหรือเดินทาง

เงื่อนไขการจ่าย

1) เป็นการส่งต่อผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินต่างจังหวัดหรือกรณีเป็นผู้ป่วยนอกสิทธิว่าง

2) เป็นการส่งต่อผู้ป่วยในและผู้ป่วยในสิทธิว่างจากหน่วยบริการต้นทางจนถึงปลายทางซึ่งหมายความรวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่ารวมถึงการรับผู้ป่วยมานอนรักษาต่อเนื่องที่หน่วยบริการที่มีศักยภาพต่ำกว่าด้วยทั้งนี้หน่วยบริการที่ขอเบิกค่าใช้จ่ายต้องเป็นการให้บริการผู้ป่วยในเท่านั้น

3) เป็นการส่งต่อที่ไม่นับรวมการส่งไปตรวจพิเศษระหว่างการนอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

4) ในกรณีที่ไปรับผู้ป่วยจากสถานบริการเอกชนตามระบบเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุนเมื่อพ้นภาวะวิกฤตเจ็บป่วยฉุกเฉินและหน่วยบริการในระบบไปรับผู้ป่วยมานอนพักรักษาต่อสามารถเบิกค่าพาหนะได้

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) กรณีรถยนต์

คำนวณค่าใช้จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป - กลับ โดยจ่ายชดเชยตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกินที่เรียกเก็บ ดังนี้

- ระยะทางไปกลับ ไม่เกิน 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 500 บาท

- ระยะทางไปกลับ มากกว่า 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยเริ่มต้น 500 บาท และจ่ายชดเชยเพิ่มกิโลเมตรละ 4 บาท

2) <u>กรณีค่าเรือ/แพขนานยนต์</u> จ่ายชดเชยตามระยะทางชนิดของเรือ ตามอัตรา ดังนี้

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

ตารางแสดงรายละเอียดอัตราการจ่ายชดเชยกรณีใช้เรือ/แพขนานยนต์ในการส่งต่อผู้ป่วย

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

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

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

เงื่อนไขเพิ่มเติมกรณีเฮลิคอปเตอร์

1) เป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติและเร่งด่วนจากหน่วยบริการ ไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพที่เหมาะสม

2) กรณีที่เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติในขณะที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าอาการของผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะวิกฤติไม่เข้าหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกจ่าย

3) ในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วนและพิจารณาแล้วจำเป็นต้องใช้เฮลิคอปเตอร์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทั้งนี้ ขอให้หน่วยบริการประสานงานไปยังศูนย์สั่งการ 1669 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ) การเบิกจ่ายชดเชยค่าเฮลิคอปเตอร์เป็นระบบเอกสารเท่านั้นโดยต้องมีเอกสารหลักฐานประกอบการจ่ายชดเชยดังนี้

3.1) ใบ Refer ของแพทย์

3.2) เอกสารการอนุมัติจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (หน่วยที่ทำการบินนั้นต้องมีการทำสัญญาหรือข้อตกลงกับ สพฉ. และ สปสช.)

5) การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

5.1) <u>กรณีผู้มีสิทธิที่ไม่มีหน่วยบริการประจำ</u> การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำประกอบด้วย

5.1.1) กรณีผู้ป่วยสิทธิว่าง

5.1.2) กรณีผู้ป่วยสิทธิว่างเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน

5.1.3) กรณีเด็กแรกเกิดเสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน

5.1.1) กรณีผู้ป่วยสิทธิว่าง

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

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

สปสช. จะจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการดังนี้

1) ผู้มีสิทธิว่างที่เข้ารับบริการด้วยกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออาการแรกรับไม่ใช่การเจ็บป่วยฉุกเฉินก็ได้ ทั้งนี้ผลการตรวจสอบสิทธิจะมีหน่วยบริการประจำเป็น สปสช.

2) หน่วยบริการต้องมีและบันทึกหมายเลข Claim Code เพื่อลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ในกรณีที่หน่วยบริการได้ดำเนินการลงทะเบียนให้ผู้มีสิทธิแล้วแต่สิทธิยังไม่ปรากฏบน www.nhso.go.th หากผู้มีสิทธิเข้ารับบริการอีกหน่วยบริการจะยังสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเป็นกรณีสิทธิว่างได้จนกว่าจะปรากฏสิทธิเฉพาะระยะเวลาไม่เกิน 15 วัน หลังดำเนินการลงทะเบียนแล้ว

3) หากเกินศักยภาพหน่วยบริการแห่งแรกและมีการส่งต่อผู้ป่วยสิทธิว่าง ไปรับบริการยังหน่วยบริการแห่งที่ 2

3.1 กรณีวันรับบริการ (Admit) ยังเป็นสิทธิว่างอยู่ ให้ใช้ Claim Code เดียวกับหน่วยบริการแรกที่ขอไว้ สำหรับการบันทึกข้อมูล

3.2 กรณีวันรับบริการ (Admit) มีหน่วยบริการประจำแล้ว ให้ดำเนินการบันทึกข้อมูลการขอรับค่าใช้จ่ายตามแต่ละกรณี

4) การส่งต่อผู้ป่วยสิทธิว่างไปรับบริการยังหน่วยบริการแห่งที่ 2 สามารถเบิกค่าพาหนะในการส่งต่อได้

<u>อัตราการจ่ายเงินชดเชย</u>

- ประเภทผู้ป่วยนอก สปสช.จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรืออัตราที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณโดยจ่ายเป็นรายเดือน

- ประเภทผู้ป่วยใน สปสช. จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) With Global Budget อัตรา 7,000 บาท ต่อ AdjRW

5.2) กรณีผู้ป่วยสิทธิว่างเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

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

2) กรณีผู้ป่วยในมีชนิดการจำหน่ายเป็นเสียชีวิต (Discharge type = 9)

<u>อัตราการจ่ายเงินชดเชย</u>

- ประเภทผู้ป่วยนอก สปสช.จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรืออัตราที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณโดยจ่ายเป็นรายเดือน

- ประเภทผู้ป่วยใน สปสช. จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) With Global Budget อัตรา 7,000 บาท ต่อ AdjRW

5.3) กรณีเด็กแรกเกิดเสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

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

2) กรณีผู้ป่วยในต้องมีชนิดการจำหน่ายเป็นเสียชีวิต (Discharge type = 9)

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

<u>อัตราการจ่ายเงินชดเชย</u>

- ประเภทผู้ป่วยนอก สปสช.จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรืออัตราที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณโดยจ่ายเป็นรายเดือน

- ประเภทผู้ป่วยใน สปสช. จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) With Global Budget อัตรา 7,000 บาท ต่อ AdjRW

6) การบริการกรณีเฉพาะอื่นๆ ได้แก่

6.1) ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือนมาใช้บริการทางการแพทย์

6.2) ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนมาใช้บริการคลอด

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

6.1) ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือนมาใช้บริการทางการแพทย์

เงื่อนไขการจ่าย

1) เป็นผู้มีสิทธิประกันสังคมซึ่งมีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคมว่ายังส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน

2) เข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วย ทั้งนี้ไม่นับรวมการตรวจครรภ์และการวางแผนครอบครัว

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

- ประเภทผู้ป่วยนอก จ่ายตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด

- ประเภทผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) With Global Budget อัตรา 7,000 บาท ต่อ AdjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง)

6.2) ผู้มารับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนมาใช้บริการคลอด

เงื่อนไขการจ่าย

1) เป็นผู้มีสิทธิประกันสังคมซึ่งมีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคมว่ายังส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน

2) เข้ารับบริการเป็นการคลอดโดยมีข้อมูลรหัสโรคของการคลอด เช่น O800 หรือ O821 เป็นต้น

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) With Global Budget อัตรา 7,000 บาท ต่อ AdjRW

7) กรณีลงทะเบียนตามมติบอร์ด

ขอบเขตบริการ

กรณีผู้มีสิทธิที่ สปสช. ได้ดำเนินการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการแทนผู้ที่หมดสิทธิประกันสังคมและหมดสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจที่กลายเป็นสิทธิว่างตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ พ.ศ. 2555

<u>เงื่อนไขการจ่าย</u>

1) เข้ารับบริการตรงกับหน่วยบริการที่ลงทะเบียนแทนทั้งกรณีผู้มีสิทธิเลือกยอมรับและไม่ยอมรับ

1.1) ผู้ป่วยนอก

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

1.2) ผู้ป่วยใน

- หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขต และผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาทต่อ AdjRW

2) เข้ารับบริการไม่ตรงกับหน่วยบริการที่ลงทะเบียนแทน

2.1) ผู้ป่วยนอก

<u>กรณียอมรับลงทะเบียนแทน</u>

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

2) การรับบริการครั้งต่อมาใช้สิทธิตามที่ลงทะเบียน

<u>กรณีไม่ยอมรับลงทะเบียนแทน</u>

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

2) หน่วยบริการต้องดำเนินการให้ผู้รับบริการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

3) การรับบริการครั้งต่อมา สามารถใช้สิทธิเป็นกรณีฉุกเฉิน (AE) จนกว่าจะมีการปรับสิทธิตามรอบ

2.2) ผู้ป่วยใน

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขต และผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาทต่อ AdjRW

กลุ่มที่ 2 กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

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

มีรายละเอียดดังนี้

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)

ขอบเขตบริการ

1) เป็นผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพการให้ยาละลายลิ่มเลือด

เงื่อนไขการจ่าย

1) จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันที่ให้ยาได้

2) เป็นการจ่ายสำหรับบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน (Stroke fast track) โดยการจ่ายชดเชยค่ายาละลายลิ่มเลือดเพิ่มจาก DRGs ปกติ ซึ่งต้องเอ็กซเรย์สมองทั้งก่อนและหลังการฉีดยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือ มีการทำกายภาพบำบัด และ/หรือการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3 พ.ศ.2561 โดยวิธีการเบิกจ่ายเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยาเหมาจ่าย รายละ 49,000 บาท

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

ขอบเขตบริการ

1) เป็นผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพการให้ยาละลายลิ่มเลือด

เงื่อนไขการจ่าย

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

2) จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ที่ให้ยาได้

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1) ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยาเหมาจ่าย รายละ 10,000 บาท

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

2) การให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ขอบเขตบริการ

1) เป็นผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) มีผลการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็ง ทั้งนี้ต้องมีหลักฐานยืนยันผลการวินิจฉัยที่ชัดเจน และต้องมีรหัสการวินิจฉัยโรคมะเร็งและหรืออยู่ในกลุ่มโรคมะเร็ง

3) มีการให้เคมีบำบัด/ฮอร์โมน/รังสีรักษา/รังสีวางแผน ซึ่งต้องมีรหัสการรักษาโรคมะเร็ง/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้องกับการให้เคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา

4) หน่วยบริการที่สามารถขอรับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติ ตามที่สปสช.กำหนด ได้แก่

4.1 เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง พ.ศ. 2561

4.2 เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีคุณสมบัติศักยภาพในการให้บริการ ตามที่ สปสช.กำหนดในประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการการให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. 2561

5) กรณีหน่วยบริการเดียวกัน ให้การรักษาผู้ป่วยเป็นทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในวันเดียวกัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในกรณีผู้ป่วยในเท่านั้น

เงื่อนไขการจ่าย

1. เป็นการรักษาโรคมะเร็งแบ่งออกเป็น 2 กรณี ดังนี้

1.1 กรณีโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษาที่สปสช.กำหนด จำนวน 20 ชนิด ได้แก่

1) มะเร็งเต้านม (Breast Cancer)
2) มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer)
3) มะเร็งรังไข่ (Ovarian Cancer)
4) มะเร็งมดลูก (Uterine Cancer)
5) มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharyngeal Cancer)
6) มะเร็งปอด (Lung Cancer)
7) มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colo-Rectal Cancer)
8) มะเร็งหลอดอาหาร (Esophageal cancer)
9) มะเร็งตับและท่อน้ำดี (Liver & Cholangio carcinoma)
10) มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Cancer)
11) มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer)
12) มะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach Cancer)
13) มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมฟอยด์ในผู้ใหญ่ (Adult acute Lymphoblastic Leukemia : ALL)
14) มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่ (Lymphoma)
15) มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Acute Myeloid Leukemia : AML)
16) มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่ (Acute Promyelocytic Leukemia:APL)
17) มะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Chronic Myeloid Leukemia:CML)
18) มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอิโลมา (Myeloma)
19) มะเร็งกระดูกชนิด Osteosarcoma
20) มะเร็งเด็ก (Pediatric Cancer)

หมายเหตุ

ก. มะเร็งมดลูก (Uterine Cancer) มะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach Cancer) และ มะเร็งกระดูกชนิด Osteosarcoma เริ่ม ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2561

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

1.2 กรณีโรคมะเร็งที่ยังไม่กำหนดโปรโตคอลในการรักษา ได้แก่ โรคมะเร็งที่นอกเหนือจากข้อ 1.1

2. ผู้ป่วยโรคมะเร็งในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ให้เป็นไปตามคู่มือว่าด้วยแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก ที่จัดทำโดยสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย

3. ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุระหว่าง 15-18 ปี ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก ที่จัดทำโดยสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย หรือแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ตามเอกสารแนบท้ายประกาศ สปสช. เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการการให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. 2561

4. ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ตามเอกสารแนบท้ายประกาศ สปสช. เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการการให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. 2561

5. รายการของราคายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศ สปสช. เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการการให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. 2561

6. ยาเคมีบำบัด กรณีกลุ่มยา จ(2) หน่วยบริการจะได้รับการจ่ายชดเชยคืนเป็นยาตามระบบ VMI เช่น ยา Dasatinib Docetaxel Imatinib Letrozole และ Transtuzumab เป็นต้น และหน่วยบริการจะได้รับการจ่ายชดเชยเป็นค่าผสมยาเคมีบำบัด (ชนิดให้ทางเส้นเลือด) 160 บาทต่อวัน เฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกเท่านั้น

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

8. หน่วยบริการที่รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางในการรักษาต้องบันทึกการรักษาตามแบบฟอร์มการแบ่งระยะตามชนิดมะเร็งตามแบบ FM-06-031 เก็บไว้ในแฟ้มเวชระเบียนเพื่อใช้สำหรับตรวจสอบภายหลัง

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

1. กรณีมะเร็งที่มีการประกาศกำหนดแนวทางการรักษาตามโปรโตคอล 20 ชนิด เป็นการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดและรังสีวางแผน/รังสีรักษาจ่ายตามที่กำหนดในโปรโตคอล

1.1 กรณีรักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด

ผู้ป่วยนอก

(1) สปสช. จ่ายค่ายาเคมีบำบัด/ยาฮอร์โมน/ค่ารังสีรักษา/รังสีวางแผนเป็นรายครั้งตามค่าใช้จ่ายที่ขอเบิก แต่ไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด รวมทั้งหน่วยบริการจะได้รับค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน ในระบบ Point System with Ceiling with Global Budget

(2) ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย ค่าตรวจ LAB และค่าใช้จ่ายอื่นๆ หน่วยบริการประจำเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

(3) ค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากเพดานการจ่ายชดเชยของ สปสช. ในหมวดค่ายาเคมีบำบัด/ยาฮอร์โมน/รังสีวางแผน/รังสีรักษา หน่วยบริการที่รักษาไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำหรือผู้ป่วยได้อีก

ผู้ป่วยใน

สปสช. จ่ายชดเชยในระบบ DRGs with Global Budget และจ่ายชดเชยเพิ่มเติม (Add on) สำหรับค่ายาเคมีบำบัด/ยาฮอร์โมน จากระบบ DRGs โดยการคำนวณการจ่ายตามระบบ DRGs จะคำนวณ Adjusted Relative Weight (AdjRW) ตามวิธีปกติแล้วนำ AdjRW คูณด้วย CCUF (Cancer Chemotherapy Unbundling Factor) จะได้เป็น AdjRW จริงที่จะนำไปใช้ในการคำนวณการจ่ายชดเชย สำหรับค่าใช้จ่ายกรณีรังสีวางแผน/รังสีรักษา หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำได้อีก เนื่องจากจ่ายชดเชยรวมในระบบ DRGs แล้ว

การจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยใน แบ่งออกเป็น 2 กรณี คือ

(1) กรณีในเขต หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาทต่อ AdjRW

หมายเหตุ :

- สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K)

- สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

(2) กรณีนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ AdjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

1.2 กรณีไม่รักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด (รักษาโปรโตคอลอื่น)

ผู้ป่วยนอก

(1) สปสช. จ่ายชดเชยค่ายาเคมีบำบัด/ยาฮอร์โมนเป็นรายครั้ง รวมทั้งหน่วยบริการจะได้รับค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน ตามค่าใช้จ่ายที่ขอเบิก แต่เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้วไม่เกินที่เรียกเก็บ และไม่เกิน 2,300 บาท สำหรับค่ารังสีรักษา/รังสีวางแผนสามารถเบิกเพิ่มเติมได้ตามจริงไม่เกินเพดานที่ประกาศกำหนด ทั้งนี้จ่ายในระบบ Point System with Ceiling with Global Budget

(2) ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย ค่าตรวจ LAB และค่าใช้จ่ายอื่นๆ หน่วยบริการประจำเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

(3) ค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากเพดานการจ่ายชดเชยของ สปสช. ในหมวดค่ายาเคมีบำบัดยาฮอร์โมน/รังสีวางแผน/รังสีรักษา หน่วยบริการที่รักษาไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำหรือผู้ป่วยได้อีก

ผู้ป่วยใน

สปสช. จ่ายชดเชยในระบบ DRGs with Global Budget สำหรับค่าใช้จ่ายกรณีรังสีรักษา/รังสีวางแผน หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำได้อีก เนื่องจากจ่ายชดเชยรวมในระบบ DRGs แล้ว

การจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยใน แบ่งออกเป็น 2 กรณี คือ

(1) กรณีในเขต หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาทต่อ AdjRW

หมายเหตุ :

- สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K)

- สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

(2) กรณีนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ AdjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

2. กรณีมะเร็งทั่วไป หมายถึง กรณีรักษาโรคมะเร็งอื่นๆ ที่ยังไม่มีการกำหนดโปรโตคอลการรักษา

เป็นการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และได้รับการบำบัดรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด/ยาฮอร์โมน/รังสีวางแผน/ค่ารังสีรักษา

ผู้ป่วยนอก

(1) สปสช. จ่ายชดเชยค่ายาเคมีบำบัด/ยาฮอร์โมน/รังสีวางแผน/ค่ารังสีรักษา เป็นรายครั้งตามค่าใช้จ่ายที่ขอเบิก รวมทั้งหน่วยบริการจะได้รับค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้วไม่เกินเพดานที่กำหนด จ่ายตามที่เรียกเก็บไม่เกิน 4,000 บาท ในระบบ Point System with Ceiling with Global Budget

(2) ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย ค่าตรวจ LAB และค่าใช้จ่ายอื่นๆ หน่วยบริการประจำต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายนั้น

(3) ค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากเพดานการจ่ายชดเชยของ สปสช. ในหมวดค่ายาเคมีบำบัด/ยาฮอร์โมน/รังสีวางแผน/รังสีรักษา หน่วยบริการที่รักษาไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำหรือผู้ป่วยได้อีก

ผู้ป่วยใน

สปสช. จ่ายชดเชยในระบบ DRGs with Global Budget สำหรับค่าใช้จ่ายกรณีรังสีวางแผน/รังสีรักษา หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำได้อีก เนื่องจากจ่ายชดเชยรวมในระบบ DRGs แล้ว

การจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยใน แบ่งออกเป็น 2 กรณี คือ

(1) กรณีในเขต หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดย สปสช. ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาทต่อ AdjRW

หมายเหตุ : หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ตามหน่วยบริการแต่ละกลุ่ม สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

(2) กรณีนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ AdjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

กรณีรักษาเป็นผู้ป่วยใน และมีการส่งต่อไปรับยาเคมีบำบัด รังสีวางแผน หรือรังสีรักษายังหน่วยบริการแห่งอื่นซึ่งรักษาเป็นผู้ป่วยนอก มีเงื่อนไขการเบิกชดเชยค่าบริการ มีดังนี้

1) หน่วยบริการที่ให้ยาเคมีบำบัด รังสีวางแผน หรือรังสีรักษาประเภทผู้ป่วยนอก บันทึกเบิกในระบบโปรแกรม e-Claim ตามประเภทการรักษาโรคมะเร็งนั้น ซึ่ง สปสช.จ่ายชดเชยจากกองทุน Central Reimbursement

2) หน่วยบริการที่ผู้ป่วย Admit บันทึกข้อมูลเบิกกรณีผู้ป่วยในตามปกติ โดยไม่ต้องบันทึกรหัส Z511 และหรือรหัสหัตถการ หรือยาที่เกี่ยวข้องกับให้ยาเคมีบำบัด รังสีวางแผน หรือรังสีรักษา ถ้าตรวจสอบภายหลังพบว่า มีการบันทึกข้อมูลดังกล่าว สปสช. จะทำการเรียกเงินคืน

3) การส่งต่อตัวผู้ป่วยไปรับยาเคมีบำบัด รังสีวางแผน หรือรังสีรักษาแล้วกลับมา Admit ที่หน่วยบริการเดิม ไม่สามารถเบิกค่ารถรับส่งต่อได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขในการเบิกค่าพาหนะรับส่งต่อตามคู่มือนี้

เงื่อนไขในการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาโรคมะเร็ง

ประเภทบริการ	ชนิดมะเร็ง	การรักษา	การจ่ายชดเชย
ผู้ป่วยนอก (OP)	20 โปรโตคอล	รักษาตรงตามโปรโตคอล	จ่ายค่ายาตามจริงไม่เกินราคาที่ประกาศ + ค่าผสมยา 160 บาท/วัน และรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาเพดาน
		รักษาไม่ตรงตามโปรโตคอล	จ่ายค่ายาทุกรายการตามจริง + ค่าผสมยา 160 บาท/วัน รวมแล้วไม่เกินเพดานราคา 2,300 บาทและรังสี
	มะเร็งทั่วไป		จ่ายค่ายาและรังสีรักษาตามจริง รวมแล้วไม่เกินเพดาน 4,000 บาท
ผู้ป่วยใน (IP)	20 โปรโตคอล	รักษาตรงตามโปรโตคอล	จ่าย Deduct DRGs (CCUF) และจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายามะเร็งตามจริงไม่เกินเพดานราคาที่ประกาศ
		รักษาไม่ตรงตามโปรโตคอล	จ่าย DRGs ปกติ ไม่มี add on
	มะเร็งทั่วไป		จ่าย DRGs ปกติ ไม่มี add on

ตารางแสดงประเภทการรับบริการ และการจ่ายค่าใช้จ่ายฯ โรคมะเร็ง

เงื่อนไขการตรวจสอบและการประมวลผลเพื่อการจ่ายชดเชย

สปสช. จะทำการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายจากรหัสโรค รหัสหัตถการ และรหัสยามะเร็งที่หน่วยบริการบันทึกมาในระบบโปรแกรม e-Claim ดังนี้

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

2. ตรวจสอบยาเคมีบำบัดจาก รหัสยา TMT ใน ระบบบัญชียา (Drug Catalog) ที่หน่วยบริการส่งมาเทียบกับฐานข้อมูลยามะเร็ง ของ สปสช.

3. กรณีการบันทึกเบิกรังสีรักษาในผู้ป่วยนอก ตรวจสอบจากการบันทึกรหัสเบิกรังสีรักษาตามที่กำหนด ส่วนกรณีผู้ป่วยในจะไม่มีรหัสเบิกรังสีรักษาเนื่องจากค่าใช้จ่ายรวมอยู่ใน DRGs

3.1 สำหรับการรักษามะเร็งตามโปรโตคอล มีรหัสเบิก RTX101 - RTX214 โดยตรวจสอบจากรหัสโรค (ICD10)

3.2 สำหรับการรักษามะเร็งทั่วไป มีรหัสเบิก RTX216 รหัสเดียวเท่านั้น โดยตรวจสอบจากรหัสโรค (ICD10)

3.3 หากบันทึกรหัสเบิกรังสีรักษาไม่สัมพันธ์กับกลุ่มโรคมะเร็งตามโปรโตคอล หรือมะเร็งทั่วไป ข้อมูลจะไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C567)

3.4 กรณีที่ตรวจสอบพบว่ารหัส ICD10 ที่หน่วยบริการบันทึกมา มีทั้งรหัสที่อยู่ในกลุ่มที่เป็นมะเร็งโปรโตคอล และมะเร็งทั่วไป สปสช. จะจ่ายชดเชยเป็นกรณีมะเร็งโปรโตคอล

4. กรณีหน่วยบริการที่รับผู้ป่วยมาให้ยาเคมีบำบัด โดยเบิกยาเคมีบำบัดมาจากหน่วยบริการอื่น หรือกรณีที่หน่วยบริการไม่ต้องการเบิกยาเคมีบำบัด มีรายละเอียดดังนี้

4.1 หน่วยบริการไม่ต้องบันทึกยาเคมีบำบัดแต่ต้องบันทึกรหัสโรค (Z511) ของการให้ยาเคมีบำบัด

4.2 บันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z51158 หากไม่มีรหัสโครงการพิเศษข้อมูลจะไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C567)

4.3 การจ่ายชดเชย

- กรณีผู้ป่วยนอก จะได้รับการจ่ายค่าผสมยา 160 บาทต่อวัน
- กรณีผู้ป่วยใน จะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs โดยการคำนวณการจ่ายตามระบบ DRGs จะคำนวณ Adjusted Relative Weight (AdjRW) ตามวิธีปกติแล้วนำ AdjRW คูณด้วย CCUF (Cancer Chemotherapy Unbundling Factor) จะได้เป็น AdjRW จริงที่จะนำไปใช้ในการคำนวณการจ่ายชดเชย ทั้งนี้ค่าผสมยารวมอยู่ใน DGRs เรียบร้อยแล้ว

3) การให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

กลุ่มเป้าหมาย

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

เป้าหมาย

การบริการผ่าตัดต้อกระจกปีงบประมาณ 2562 จำนวน 120,000 ดวงตา โดย สปสช. จัดสรรเป้าหมายการผ่าตัดในระดับเขต และ สปสช.เขต ร่วมกับกลไกคณะทำงานระดับเขตพิจารณาจัดสรรเป้าหมายการผ่าตัดที่ได้รับให้แก่หน่วยบริการในพื้นที่

เงื่อนไขการจ่าย

1) จ่ายค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดต้อกระจกและค่าเลนส์แก้วตาเทียมให้กับหน่วยบริการเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกสูงอายุ (Senile cataract) กรณีผู้ป่วยโรคต้อกระจกอื่นๆ หรือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมด้วยสาเหตุอื่น ให้สามารถรับชดเชยค่าบริการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในระบบ DRGs ปกติสำหรับกรณีเหล่านั้น

2) ค่าชดเชยการบริการครอบคลุมถึง ค่าผ่าตัดต้อกระจก ค่าตรวจประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย ค่าวัสดุอุปกรณ์ค่ายาและค่าตรวจชันสูตรที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต้อกระจกโดยตรง ค่าตอบแทนภาระงาน ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการผ่าตัดต้อกระจกและค่าใช้จ่ายในการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในช่วงระยะเวลาการติดตามผลการรักษา (1, 7, 30 วัน ในกรณีปกติ และ 90 วัน ในกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน)

อัตราการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการผ่าตัด

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

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

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

อัตราการจ่ายเงินชดเชยค่าเลนส์แก้วตาเทียม

ให้หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดจัดซื้อเลนส์แก้วตาเทียมสำหรับใช้กับผู้ป่วยโดย สปสช. จะชดเชยค่าเลนส์ให้กับหน่วยบริการเฉพาะเลนส์ตามบัญชีที่คณะทำงานพิจารณาและคัดเลือกเลนส์แก้วตาเทียมเห็นชอบและ สปสช. ประกาศเท่านั้น โดยกำหนดอัตราการจ่ายชดเชยค่าเลนส์ ดังนี้

1) กรณีเลนส์แข็งพับไม่ได้ จ่ายชดเชยไม่เกินข้างละ 700 บาท

2) กรณีเลนส์พับได้ จ่ายชดเชยไม่เกินข้างละ 2,800 บาท ทั้งนี้ จะจ่ายชดเชยเมื่อหน่วยบริการได้ผ่าตัดต้อกระจกเสร็จสิ้นและเก็บหลักฐานข้อมูล Serial number ของเลนส์ไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วยสำหรับการตรวจสอบข้อมูลกับเลนส์ที่ สปสช. กำหนด

4) การขอรับค่าใช้จ่ายกรณีให้บริการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูดทันตกรรมจัดฟันและผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขอบเขตบริการ

เป็นการจัดบริการแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ซึ่งประกอบด้วยการรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ การพัฒนาการดูแลโดยการแก้ไขการพูดและบริการทันตกรรมจัดฟัน โดยทีมงานสหวิชาชีพเป็นผู้ให้การดูแล ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และเป็นไปตามมาตรฐานการบริการตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วย การดูแลรักษาในหน่วยบริการ และการฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง

เงื่อนไขการจ่าย

1) เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิว่าง

2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่ามีภาวะปากแหว่งหรือภาวะปากแหว่งเพดานโหว่หรือภาวะเพดานโหว่

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

4) หน่วยบริการดังกล่าวต้องรับลงทะเบียนและให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิว่างที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ลงทะเบียนในโปรแกรม DMIS (ยสส.1)

5) การรักษาทั่วไปและการรักษาภาวะแทรกซ้อนให้ขอรับค่าใช้จ่ายตามแต่ละกรณี

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

แยกเป็น 2 กรณี ดังนี้

1) สปสช. จ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการตามระยะของการดูแลรักษา โดยแบ่งเป็น 4 ลักษณะคือ

1.1) การผ่าตัดผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

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

1.3) การฟื้นฟูด้านทันตกรรมจัดฟัน

1.4) การแก้ไขการพูดและการได้ยิน

หน่วยบริการที่ให้บริการฯจะได้รับการชดเชยดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายการ	ข้อบ่งชี้/รายละเอียดกิจกรรม	อัตราจ่าย	รายละเอียดการจ่ายเงิน
1) การผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่	-บันทึกข้อมูลส่งไปยัง สปสช. ภายใน 30 วัน หลังจากให้บริการ	จ่ายชดเชยตามกรณีผู้ป่วยในทั่วไป	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim
2) การใส่อุปกรณ์เพดานเทียมและอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟัน	-บันทึกข้อมูลส่งไปยัง สปสช. ภายใน 30 วัน หลังจากให้บริการ	จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริงที่หน่วยบริการเรียกเก็บแต่ไม่เกินเพดาน ราคาชดเชยที่ สปสช. ประกาศ และนำมาคำนวณอัตราจ่ายตามระบบ pointsystem 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
2.2) Obturator + Screw (2704A)	-สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก, ยื่นออกโดยใช้สกรู - เพื่อช่วยในการดูดนม	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 1,500บาท/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)	สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก, 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 (อัตรา 700บาท/ชิ้น)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim

รายการ	ข้อบ่งชี้/รายละเอียดกิจกรรม	อัตราจ่าย	รายละเอียดการจ่ายเงิน
2.6) Maxillary distractor	-ใช้ในผู้ป่วยที่ผ่านการลงทะเบียน Cleft Lip/ Palate	จ่ายอัตราราคากลาง 200,000 บาท/ชุด	จ่ายตามผลงานการให้บริการ โดยต้องมีการส่งหนังสือขออนุมัติก่อนการให้บริการและหลังให้บริการ หน่วยบริการส่งหนังสือพร้อมหลักฐานเพื่อขอรับการชดเชย
3) ทันตกรรมจัดฟัน	- ทำประวัติ ตรวจทางรังสีเพื่อรักษาทางทันตกรรม - แก้ไขการสบฟันผิดปกติระยะแรกเพื่อป้องกันและเตรียมการในการจัดฟัน - ดูแลรักษาสุขภาพช่องปากทุก 6เดือน - รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไขการสบฟันผิดปกติ - ใส่ฟันเทียมหรือรักษาทางทันตกรรม อื่นๆ ที่จำเป็น	จ่าย 48,000 บาทต่อราย (ตลอดชีวิต)	จ่ายตามผลงานการให้บริการใน โปรแกรม DMIS ยสส.4

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

ตารางแสดงอัตราจ่ายชดเชยการให้บริการโรคภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

2) สภากาชาดไทยจ่ายค่าเดินทางแก่ผู้ป่วยและญาติดังนี้

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

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

หมายเหตุ : *สภากาชาดไทยจ่ายค่าเดินทางให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติภายหลังการเข้ารับบริการโดยหน่วยบริการบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มในโปรแกรม DMIS และจัดพิมพ์ให้แพทย์ผู้รักษาเซ็นต์รับรองในแบบฟอร์มดังกล่าวแล้วมอบให้ผู้ป่วยหรือญาตินำไปขอรับค่าใช้จ่ายจากสภากาชาดไทยหรือสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัด*

<u>การลงทะเบียนผู้ป่วย</u> สามารถดำเนินการได้ดังนี้

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

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

หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หน่วยบริการประจำ) / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ทำหน้าที่ลงทะเบียนให้แก่ผู้ป่วยดำเนินการดังนี้

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

1.2) ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการในโครงการที่ต้องการส่งผู้ป่วยไปเข้ารับบริการ (ซึ่งจะปรากฏในโปรแกรม DMIS ด้วย) ทั้งนี้ในการส่งต่อดังกล่าวหน่วยบริการประจำไม่ต้องเขียนใบส่งตัวยกเว้นหน่วยบริการต้องการส่งตัวเพื่อรักษาโรคอื่นๆ ร่วมด้วย

<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

ขั้นตอนการดำเนินการกรณีเบิกใช้ Maxillary Distractor

สำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ กรณี ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เพื่อดึงยืดกระดูกแก้ไขความพิการและปรับความสมดุลบนใบหน้า และเพื่อป้องกันไม่ให้มีพัฒนาการของกระดูกส่วนอื่นๆ ผิดปกติโดยใช้อุปกรณ์ Maxillary Distractor หน่วยบริการที่ให้บริการต้องดำเนินการดังนี้

1) หน่วยบริการลงทะเบียนผู้ป่วยผ่านโปรแกรม DMIS (Cleft Lip Cleft Palate)

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

3) หน่วยบริการดำเนินการให้บริการรักษาผู้ป่วยภายหลังจากที่ได้รับหนังสืออนุมัติจาก สปสช.

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

การประมวลผลออกรายงาน

สปสช. รับข้อมูลและประมวลผลการจ่าย ดังนี้

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

2) สำหรับกรณีทันตกรรมจัดฟันและบริการแก้ไขการพูดและการได้ยินให้บันทึกในโปรแกรม DMIS โดย สปสช. จะตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือน และจะโอนเงินภายในเดือนถัดไป

กลุ่มที่ 3 กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

ประกอบด้วยรายการดังต่อไปนี้

1) รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments)

1.1) รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคทั่วไป (Instruments)

1.2) กรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า

1.3) กรณีการให้บริการใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทาน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร่วมกับคณะทันตแพทยศาสตร์

2) กรณีบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน (Percutaneous coronary Intervention : PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีผ่าตัด

2.1) กรณีบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน (Percutaneous coronary Intervention : PCI)

2.2) การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีผ่าตัด

3) การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

4) การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

5) การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

6) การผ่าตัดปลูกถ่าย เปลี่ยนอวัยวะ

6.1) การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก กรณีท่อน้ำดีตับตันแต่กำเนิดหรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ

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

1) รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments)

1.1) รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคและข้อบ่งชี้ (Instruments)

ขอบเขตบริการ

เป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากระบบเหมาจ่ายรายหัว ให้หน่วยบริการ ตามประเภท และรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค ตามที่กำหนดในท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ ที่สำนักงานประกาศกำหนด หรือพิจารณาเป็นกรณี หรือขอทำความตกลงกับ สปสช. เป็นการเฉพาะตามความจำเป็น

เงื่อนไขการจ่าย

เป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากระบบเหมาจ่ายรายหัว สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และบริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการให้บริการตามประเภท และรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค ที่กำหนดในท้ายประกาศ โดยพิจารณาจ่ายชดเชยตามข้อบ่งชี้ของอุปกรณ์

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

จ่ายเพิ่มเติมตามระบบ Point system with ceiling and global budget

หมายเหตุ : รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ สำหรับให้บริการสาธารณสุขแก่คนพิการที่มีสิทธิในระบบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ที่สำนักงานประกาศกำหนด

1.2) กรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผลแผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า

ขอบเขตการให้บริการ

เป็นการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ.2560 ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิรับบริการ ดังนี้

1) เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) ได้รับการวินิจฉัยและมีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน

3) สามารถเดินและเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง

4) ได้รับการตรวจเท้าตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า พ.ศ.2556 และมีผลการประเมินระดับความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงสูง

หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า ดังนี้

1) เป็นหน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย(UHOSNET) และหน่วยบริการตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ (A) และโรงพยาบาลทั่วไป (S) สามารถให้บริการอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ ดังนี้

- รหัส 8612 อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis)

- รหัส 8813 รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง และยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้

- รหัส 8814 รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้

2) เป็นหน่วยบริการตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) สามารถให้บริการอุปกรณ์ฯ รหัส 8813 รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้

3) เป็นหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการรับส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการให้บริการ และประสงค์จะให้บริการ นอกเหนือจากข้อ 1) และ ข้อ 2) โดยยื่นแบบแสดงความจำนงตามที่ สปสช.กำหนด ไปยัง สปสช.เขต เพื่อประเมินศักยภาพในการให้บริการตามเงื่อนไขของรหัสอุปกรณ์นั้นๆ

<u>เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชย</u>

1) สปสช. จะจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ เฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

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

3) บันทึกข้อมูลรหัสโรค (ICD10) และรหัสหัตถการ (ICD9) ให้ถูกต้องครบถ้วนตามผลการตรวจประเมินความเสี่ยงและข้อบ่งชี้ของแต่ละอุปกรณ์

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

5) สปสช. จะจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ ให้หน่วยบริการตามราคาที่จัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามสมควร แต่ไม่เกินเพดานราคาชดเชยที่กำหนด โดยมีลักษณะข้อบ่งชี้การใช้อุปกรณ์และคุณสมบัติของอุปกรณ์แต่ละรายการให้เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด

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

1.3) กรณีการให้บริการใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทาน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร่วมกับคณะทันตแพทยศาสตร์

เงื่อนไขและอัตรการจ่ายชดเชย

1. ผู้มีสิทธิขอรับบริการ ได้แก่ ประชาชนไทยผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. เป็นการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ให้แก่ คณะทันตแพทยศาตร์ ของมหาวิทยาลัยที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 9 มหาวิทยาลัย ได้แก่

2.1 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2.2 คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.3 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาตร์

2.4 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2.5 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

2.6 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2.7 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2.8 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2.9 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โดยหน่วยบริการสามารถให้บริการได้ โดยไม่ต้องผ่านระบบส่งต่อ

กรณีให้บริการอุปกรณ์ฟันเทียมตามราคาที่กำหนดในชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เฉพาะการใส่ฟันเทียมทั้งปาก จำนวน 2 รหัส

1. รหัส 9202 (Single denture บน) ราคา 2,400 บาท

2. รหัส 9203 (Complete denture) ราคา 4,400 บาท

กรณีที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาให้จัดส่งข้อมูลอิเลคทรอนิคส์ในรูปแบบ Exce lfile ที่ผ่านการตรวจสอบการเบิกซ้ำซ้อนของการใส่ฟันเทียมทั้งปากเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ มายัง สปสช. สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ

2) การบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน(Percutaneous Coronary Intervention : PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

2.1) การบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน(Percutaneous Coronary Intervention : PCI)

ขอบเขตบริการ

การจ่ายสำหรับการบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปและ Instrument) จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน PCI ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามแนวทางที่กำหนดเงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1) หน่วยบริการที่สามารถเบิกชดเชยค่าบริการกรณีให้บริการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) ต้องผ่านการตรวจประเมินศักยภาพตามประกาศ สปสช. เรื่องเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2561

2) การเบิกชดเชยค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษากรณีให้บริการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) ตามที่ สปสช. กำหนดเบิกได้เฉพาะหน่วยบริการที่ผ่านการตรวจประเมินศักยภาพตามประกาศฯ เท่านั้น

3) รายการ Stent รหัส 4304 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดไม่เคลือบยา (non-Drug-eluting stent) และรหัส 4305 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting stent) ให้เบิกในระบบ VMI

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

5) กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวนให้บริการผู้ป่วย และทำการอุทธรณ์การขอรับค่าใช้จ่ายฯ เป็นรายกรณีตามหลักเกณฑ์แนวทางที่ สปสช. กำหนด

อัตราการจ่ายชดเชย

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

1.1) กรณีในเขต หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาทต่อ AdjRW

หมายเหตุ :

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

- สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

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

2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา

2.1) Stent เบิกในระบบ VMI ได้รับการชดเชยเป็นอุปกรณ์จากองค์การเภสัชกรรมกรณีหน่วยบริการมีปัญหาในการใช้อุปกรณ์ในระบบ VMI สามารถอุทธรณ์เป็นเอกสารได้เป็นรายๆ

2.2) รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาอื่นๆ จ่ายชดเชยเพิ่มเติม (Add on) ตามราคาที่เรียกเก็บแต่ไม่เกินราคาเพดานที่ประกาศ

การเบิก Stent ในระบบ VMI

ให้ดำเนินการดังนี้

1) หลังจากหน่วยบริการผ่านการตรวจประเมินจากสปสช.ตามแนวทางที่กำหนดแล้วหน่วยบริการจะได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน PCI ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

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

<u>การปฏิเสธการจ่ายและการขออุทธรณ์</u>

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

2) หน่วยบริการที่ผ่านการประเมินแต่ใช้อุปกรณ์ Stent นอกระบบ VMI ให้หน่วยบริการอุทธรณ์เป็นเอกสารส่งมาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

2.2) การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

การบริหารจัดการการให้บริการกรณีการทำหัตถการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

<u>แนวทางเงื่อนไขและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย</u>

สปสช. จะจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีการทำหัตถการการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดให้กับหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560

กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดให้บริการผู้ป่วย และทำการอุทธรณ์เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ เป็นรายกรณีตามหลักเกณฑ์แนวทางที่ สปสช. กำหนด

<u>แนวทางการสนับสนุน/หลักเกณฑ์การจัดสรรการจ่าย</u>

1) รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instrument) จ่ายเพิ่มเติมตามระบบ Point system with ceiling สำหรับบริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการใช้ตามข้อบ่งชี้ที่ สปสช. ประกาศกำหนดหรือพิจารณาเป็นกรณีหรือขอทำความตกลงกับ สปสช. เป็นการเฉพาะตามความจำเป็น จ่ายตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด จ่ายตามราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณีและไม่เกินเพดานราคาชดเชยของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคตามที่สปสช.ประกาศกำหนดซึ่งเป็นราคาชดเชยภายใต้เงื่อนไขเกณฑ์คุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นๆ

2) การจ่ายสำหรับการบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยใน และ Instrument) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามแนวทางที่ สปสช. กำหนดและจ่ายเป็นกรณีผู้ป่วยในระบบ DRGs

3) การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

1) เพื่อให้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าถึงบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมที่มีคุณภาพมาตรฐานตามความจำเป็นและเหมาะสม

2) สนับสนุนให้เกิดบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

3) เป้าหมายการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมปีงบประมาณ 2562 ระดับประเทศ จำนวน 12,000 ข้อ จัดสรรเป้าหมายระดับเขตตามอัตราความชุกของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด (Demand) ต่อศักยภาพการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2559 - 2561) (Supply) และปรับเกลี่ยเป้าหมายในต้นไตรมาส 3 และให้ สปสช. เขตทุกเขตสร้างกลไกให้หน่วยบริการทุกสังกัดร่วมกันวางแผนการให้บริการอยู่ในเป้าหมายที่กำหนดรวมทั้งการกำกับติดตามตรวจสอบการให้บริการและพัฒนาคุณภาพการบริการและสนับสนุนระบบการคัดกรองเพื่อวางแผนการให้บริการ

ประเด็นที่เปลี่ยนแปลงจากปีงบประมาณ 2561

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลส่งเบิกในโปรแกรม e-Claim เพิ่มเติม ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้างที่ผ่าตัดข้อเข่า ได้แก่ ข้างซ้ายหรือข้างขวา

2. ข้อเข่าเทียมที่ใช้ ได้แก่ บริษัทและรุ่นข้อเข่าเทียม

แนวทางเงื่อนไขและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

การให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมในปี 2562 มีแนวทางเงื่อนไขและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเหมือนปี 2561 ดังนี้

แนวทางและเงื่อนไขการให้บริการ

1) เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและมีคุณสมบัติศักยภาพการให้บริการตามที่สปสช.กำหนดในประกาศแนวทางปฏิบัติการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2559 โดยแสดงความประสงค์และประเมินศักยภาพพร้อมหลักฐานตามที่กำหนด แจ้ง สปสช.เขต ก่อนให้บริการ โดยเพื่อ สปสช. จะได้อ้างอิงในการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

2) เป็นการใช้บริการภายในเขตเป็นหลัก และหากจำเป็นต้องส่งต่อข้ามเขตหรือจัดหาหน่วยบริการนอกเขตมาดำเนินการให้เป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช.เขต และหน่วยบริการโดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

3) หากจำเป็นต้องให้บริการข้ามเขตให้ดำเนินการในกรณีที่ไม่มีหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติศักยภาพหรือมีคิวรอผ่าตัดจำนวนมากโดยให้ผ่านการพิจารณาของคณะทำงานบริหารจัดการระดับเขตทั้ง 2 ฝ่ายและเสนอต่อ อปสข. ทั้ง 2 เขตทราบ

4) หน่วยบริการขออนุมัติก่อนผ่าตัด (Pre Authorized) ต่อคณะทำงานบริหารจัดการบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมระดับเขตในกรณีดังต่อไปนี้

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

4.2) กรณีเกินเป้าหมายที่หน่วยบริการได้รับการจัดสรร

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายชดเชยสำหรับบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมให้เป็นไปตามประกาศ สปสช. เรื่องแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2559

4) การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

ขอบเขตบริการ

เป็นการจ่ายให้หน่วยบริการที่ให้บริการเฉพาะโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1) ผู้รับบริการเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมถึงสิทธิว่าง

2) เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) เท่านั้น

อัตราการจ่ายชดเชย

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

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

5) การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้รับบริการได้แก่ผู้ป่วยโรคกระจกตาสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการบริจาคดวงตาเพื่อใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ณ หน่วยบริการในเครือข่ายของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

เป้าหมายการบริการ

งบประมาณในการบริหารจัดบริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562

เงื่อนไขหน่วยบริการ

ต้องเป็นหน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตาร่วมกับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

แนวทางการสนับสนุนค่าบริการและอัตราการจ่ายชดเชย

1.การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาเป็นการจัดหาและบริการดวงตาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้การบริหารจัดการของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย สปสช. จ่ายชดเชยค่าบริการในอัตราดวงตาละ 15,000 บาทให้หน่วยบริการที่ดำเนินการผ่าตัดและหน่วยบริการจ่ายต่อให้กับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

2) สำหรับค่าบริการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาที่ดำเนินการโดยหน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตาร่วมกับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย กำหนดให้เบิกจ่ายชดเชยค่าบริการผ่าตัดจาก สปสช. ในระบบ DRGs โดยการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ e-Claim ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

6) การผ่าตัดปลูกถ่าย เปลี่ยนอวัยวะ

6.1) การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก กรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ

แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ

1) ค่าใช้จ่ายในการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก สปสช. จะให้การสนับสนุนการให้บริการผ่าตัดแก่หน่วยบริการตั้งแต่ขั้นตอนการจัดเตรียมก่อนการผ่าตัด การผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด โดยการสนับสนุนเป็นไปตามแบบแผนการรักษา (Protocol) ตามที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยเสนอโดย Protocol ดังกล่าว มีการจำแนกย่อยและมีค่าใช้จ่ายที่จ่ายในลักษณะเหมาตาม Protocol ตามภาคผนวกคู่มือการบริหารกองทุน

สำหรับงวดการจ่ายเงิน สปสช. จะจ่ายชดเชยให้ตามProtocol ที่มีการให้บริการจริง โดยจะชดเชยให้หลังจากที่หน่วยบริการได้ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ปลูกถ่ายตับให้ผู้ป่วยแล้ว

2) การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกันเกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยรายเก่า และรายใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 เป็นต้นไป ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจ

รักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดการตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจปัสสาวะการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันด้วย โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังผ่าตัด รายละเอียดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายละเอียดตาม คู่มือ กฎระเบียบ ข้อบังคับ และเอกสารอ้างอิงประกอบการดำเนินงานบริหาร

งวดการจ่ายค่ายากดภูมิคุ้มกันจะจ่ายค่าบริการเป็นรายเดือนต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิรักษาพยาบาลเป็นสิทธิอื่นที่ไม่ใช่สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การอุทธรณ์

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายค่าใช้จ่ายของ สปสช. ไม่ถูกต้องตามประกาศนี้สามารถอุทธรณ์มายัง สปสช. ได้ภายใน 30 วันหลังรับรายงานการโอนเงินทางระบบรายงานการโอนเงิน (NHSO Budget) และรายงานการจ่ายเงินจาก สปสช. จาก ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS) สามารถ Download คู่มือการใช้งาน ได้ที่

http://seamlessfordmis.nhso.go.th/seamlessfordmis/faces/login.jsf)

หากหลังจากที่กำหนดแล้วถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะอุทธรณ์ขอรับค่าใช้จ่าย หากหน่วยบริการที่ได้ให้บริการนอกเหนือจากแนวทางที่ปฏิบัติที่กำหนดใน Protocol สามารถส่งหลักฐาน คือ สำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาขออุทธรณ์ได้ที่ สปสช. ได้ทั้งนี้ผลการอุทธรณ์ให้ถือตามผลการพิจารณาของคณะกรรมการที่ สปสช. กำหนด

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

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมะเร็งต่อมน้ำเหลืองและโรคอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

เงื่อนไขหน่วยบริการ

ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

แนวทางการสนับสนุนค่าบริการและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขบริการตามที่ สปสช.กำหนดดังนี้

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

ตารางแสดงข้อบ่งชี้และเงื่อนไขบริการการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

เกณฑ์และเงื่อนไขในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1) เป็นบริการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561

2) หลังจากให้บริการ หน่วยบริการบันทึกข้อมูลบริการเพื่อการเบิกจ่ายชดเชยและติดตามการรักษา (Follow up) ในโปรแกรมเบิกชดเชยค่าบริการ HSCT

3) ข้อมูลบริการของปีงบประมาณ 2562 หน่วยบริการต้องให้บริการและส่งข้อมูลให้เรียบร้อย ภายในวันที่ 15 กันยายน 2562

4) สปสช. จะตัดยอดข้อมูลเพื่อจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน (ทุกวันสิ้นเดือนยกเว้นเดือนกันยายน 2562)

อัตราการจ่ายชดเชย

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

1.1) กรณี Autologous จ่ายชดเชยในอัตรา 750,000 บาท

1.2) กรณี Allogeneic จ่ายชดเชยในอัตรา 1,300,000 บาท

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

3) การจ่ายชดเชย แบ่งจ่ายเป็น 2 งวดดังนี้

งวดที่ 1 จ่ายร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของการให้บริการแต่ละกรณี โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายชดเชยคือ

1) ผู้ป่วยต้องได้รับการพิจารณารับรองจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตสำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่

2) รายงานผลการดำเนินงานครั้งแรกในโปรแกรมการลงทะเบียนผู้ป่วยราย (ละเอียดตามภาคผนวก) ตามขั้นตอนการดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

งวดที่ 2 จ่ายร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของการให้บริการแต่ละกรณี โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายชดเชย คือ

1) หน่วยบริการทำการรักษาผู้ป่วยจนครบตามแผนการรักษาจนกระทั่งได้มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการ

2) ติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากหน่วยบริการไปแล้ว 30 วัน และรายงานผลการติดตามให้ สปสช. ทราบ (*หมายเหตุ : กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างได้รับการรักษาให้ส่งข้อมูลรายงานผลการรักษาภายใน 30 วัน ให้ สปสช. ทราบ*)

3) หน่วยบริการต้องให้การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตภายในระยะเวลา 3 เดือน นับแต่ผู้ป่วยได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต หากเลยระยะเวลาที่กำหนดจะถือว่าผู้ป่วยรายดังกล่าวพ้นสภาพจากการได้รับอนุมัติเข้าร่วมรับบริการ ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยรายดังกล่าวมีความพร้อมในการเข้าร่วมรับบริการ หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลเพื่อเข้ารับการพิจารณาจากคณะทำงานฯ ได้อีกครั้ง แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตได้ไม่ว่ากรณีใดก็ตาม

ให้หน่วยบริการแจ้งให้ สปสช. ทราบภายในระยะเวลา 30 วัน หลังจากทราบเหตุดังกล่าวเพื่อทำการยกเลิกการเข้าร่วมบริการ

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

6) หน่วยบริการต้องติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาเป็นระยะเวลา 1 ปี หลังจากมีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการ และรายงานผลการติดตามผู้ป่วยให้ สปสช. ทราบตามระยะเวลาที่กำหนดในขั้นตอนการดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ทั้งนี้หากไม่รายงานผลการติดตามให้ สปสช. ทราบตามที่กำหนดอาจมีผลต่อการดำเนินการในปีงบประมาณถัดไป

กลุ่มที่ 4 กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

ประกอบด้วยรายการต่อไปนี้

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

2) การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงการเบิกชดเชยยา ที่บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562

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

ขอบเขตบริการ

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

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

เงื่อนไขการจ่าย

1) ผู้รับบริการเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รับบริการประเภทผู้ป่วยนอก

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

3) จ่ายชดเชยเฉพาะการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น (อาทิ เฮโรอีน) เท่านั้น

4) หน่วยบริการจะต้องผ่านการขออนุญาตขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

5) หน่วยบริการต้องรายงานความคืบหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่เข้าโครงการฯ ต่อกรมการแพทย์ รวมทั้งรายงานการใช้เมทาโดน ต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาโดยมีสำเนาเก็บไว้ที่หน่วยบริการ พร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบได้

อัตราการจ่ายเงินชดเชย

อัตราจ่ายค่าสารเมทาโดนตามจริง ครั้งละไม่เกิน 35 บาท

2) การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงการเบิกชดเชยยา ที่บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562

ประกอบด้วยรายการดังต่อไปนี้

1) ระบบการขอชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติบัญชี จ(2)

1.1) การเบิกชดเชยยา : กรณีทั่วไป

1.2) การเบิกชดเชยยา : กรณีพิเศษสำหรับรายการยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ หรือตลอดชีวิต

2) ยา Clopidogrel

3) ยากำพร้า

4) การเบิกชดเชยยารักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย

1) ระบบการขอชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติบัญชี จ(2)

1.1) การเบิกชดเชยยา : กรณีทั่วไป

1) ระบบการอนุมัติการใช้ยา (Authorized system) สปสช.จะจ่ายชดเชยยา จ(2) ในรูปแบบของการชดเชยเป็นยา หรือการชดเชยเป็นเงินเท่ากับมูลค่ายาที่ สปสช. จัดหาได้ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนดให้กับหน่วยบริการที่มีการสั่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ในบัญชียาหลักแห่งชาติและการสั่งใช้นั้นต้องผ่านกระบวนการอนุมัติก่อนการใช้ยา (Pre-Authorization) โดยหน่วยงานกลางที่จะจัดตั้งขึ้นโดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์ทั้ง 3 หน่วยงาน ได้แก่ สปสช. สำนักงานประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการตั้งหน่วยงานกลางขึ้น ดังนั้น สปสช. จึงมอบหมายให้การอนุมัติก่อนการใช้ยาเป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือบุคคล/คณะกรรมการ ที่ผู้อำนวยการมอบหมายซึ่งในการสั่งใช้ยาดังกล่าวหน่วยบริการต้องมีการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยา จ(2) ที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนดและเตรียมพร้อมสำหรับการตรวจสอบโดยส่วนกลางในภายหลัง

2) การจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการและการขอสำรองยามีวิธีปฏิบัติ โดยหน่วยบริการมีหนังสือแสดงความประสงค์ขอเข้าร่วมโครงการฯ ผ่าน สปสช. เขต โดยระบุ ดังนี้

2.1) รายละเอียดของแพทย์ที่สามารถสั่งใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์สาขาความเชี่ยวชาญของแพทย์รายการยาและข้อบ่งใช้ที่จะขอสั่งใช้ยา

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

2.3) รายการยาและปริมาณที่ขอสำรองทั้งนี้ สปสช. ขอสงวนสิทธิให้เภสัชกรผู้ประสานงานเขต เป็นผู้การพิจารณาปริมาณยาที่จะให้สำรอง

2.4) หน่วยบริการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยา จ(2) ที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด

2.5) ขออนุมัติใช้ยาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือบุคคล/คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการมอบหมาย (ส่วนนี้สำหรับระบบควบคุมภายในโรงพยาบาล)

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

<u>ช่องทางที่ 1</u> ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมการเบิกชดเชยยามีลักษณะการส่งข้อมูลเป็นแบบ Off-line หรือ On-line

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

2.7) ระบบจะตัดยอดข้อมูลหลังเที่ยงคืนของทุกวันและส่งข้อมูลเข้าระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมทุกวันโดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบผลการส่งข้อมูลเบิกชดเชยยาได้ 2 ทางคือ จากโปรแกรมการเบิกชดเชยยาที่ติดตั้งในคอมพิวเตอร์ของหน่วยบริการและจากทาง Website ระบบยาของ สปสช. http://drug.nhso.go.th/drugsever/

2.8) องค์การเภสัชกรรมจัดส่งยาตามข้อมูลที่ได้รับจากโปรแกรมการเบิกชดเชยยาภายใน 7 วัน ทำการหลังจากได้รับข้อมูลจาก 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 สำหรับผู้ป่วย Central precocious puberty ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาทุกเดือนต่อกันจนกว่าผู้ป่วยมีอายุครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

3) หรือยาอื่นตามที่สปสช.กำหนด

เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และมีแพทย์ที่อยู่ในเงื่อนไขตามหลักเกณฑ์ได้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรค 2 โรคข้างต้น พิจารณาลงความเห็นว่าสามารถส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิได้ ให้หน่วยบริการรับส่งต่อส่งตัวผู้ป่วยกลับ พร้อมสำเนาแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาและหนังสือส่งตัวที่ระบุรายการยา, ปริมาณที่ต้องใช้, ระยะเวลาใช้ยาไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิใกล้บ้าน เมื่อโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิได้รับผู้ป่วยแล้ว ให้ทำหนังสือขออนุมัติเบิกชดเชยยาเป็นกรณีพิเศษโดยกรอกแบบฟอร์มการขออนุมัติชดเชยยาเป็นกรณีพิเศษตามเอกสารแนบ รวมทั้งสำเนาหนังสือส่งตัวกลับจากหน่วยบริการรับส่งต่อที่ระบุรายการยาข้างต้น ส่งมายัง สปสช.เขต

สปสช. เขต โดยเภสัชกรผู้ประสานงานเขตดำเนินการตรวจสอบและแจ้งผลการอนุมัติให้โรงพยาบาลทราบ และประสานกับผู้ประสานงานของโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการให้หน่วยบริการได้รับชดเชยยาดังกล่าว อนึ่งการส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไปรับยาเป็นกรณีพิเศษที่หน่วยบริการทุติยภูมิใกล้บ้านนี้ หน่วยบริการดำเนินการส่งแบบฟอร์มการขออนุมัติเป็นกรณีพิเศษนี้เฉพาะครั้งแรกที่ดำเนินการเบิกยาให้ผู้ป่วยแต่ละรายเท่านั้น

หมายเหตุ :

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

2) กรณีการเบิกชดเชย Factor VIII และ Factor IX ให้ดู 4) การเบิกชดเชยค่ายารักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย

2) ยา Clopidogrel

2.1) ระบบการเบิกยา Clopidogrel bisulfate 75 mg tablet

สปสช. จะจ่ายชดเชยยา Clopidogrel ในรูปแบบของการชดเชยเป็นยา* หรือการชดเชยเป็นเงินเท่ากับมูลค่ายาที่ สปสช. จัดหาได้ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนดให้กับหน่วยบริการที่มีการสั่งใช้ยาตามแนวทางบัญชียาหลักแห่งชาติ

1) หน่วยบริการสมัครเข้าร่วมโครงการเพิ่มการเข้าถึงยา Clopidogrel ผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตโดยกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มขอสำรองยา Clopidogrel และแบบฟอร์มขอ Username/Password ส่งให้ สปสช. เขต (ขอแบบฟอร์มดังกล่าวได้จาก สปสช. เขต) เมื่อ สปสช.เขต ตรวจสอบเงื่อนไขต่างๆ แล้วถ้าถูกต้องจะส่ง Username/Password ในการเบิกยา Clopidogrel ให้หน่วยบริการเพื่อใช้ในการเบิกชดเชยยา*

2) เพื่อให้การบริหารจัดการยาของหน่วยบริการมีความคล่องตัว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจัดส่งยาให้แก่หน่วยบริการสำรองยาในเบื้องต้น 3 เดือน โดยพิจารณาจากอัตราการใช้ยาต่อเดือนการจ่ายชดเชยและการสำรองยามีวิธีปฏิบัติดังนี้

2.1) หน่วยบริการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมการเบิกชดเชยยา (Clopidogrel) โดยหน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลการเบิกยา Clopidogrel ได้ทุกวัน

2.2) ส่งข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยมาที่ สปสช. เขต (สามารถส่งข้อมูลได้ทุกวัน) ซึ่งสามารถเลือกวิธีการส่งข้อมูลได้ 2 ช่องทาง (เลือกช่องทางใดช่องทางหนึ่ง) คือ

ช่องทางที่ 1 ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมการเบิกชดเชยยามีลักษณะการส่งข้อมูลเป็นแบบ Off line หรือ On line

ช่องทางที่ 2 ส่งแฟ้มข้อมูลขอชดเชยยาตามรูปแบบที่กำหนดและส่งข้อมูลการชดเชยดังกล่าวมาที่ Web site ของ สปสช. เขต ตามวิธีที่ระบุไว้ในคู่มือการใช้โปรแกรม

3) ระบบจะตัดยอดข้อมูลที่สะสมไว้ที่ส่วนกลางเพื่อส่งระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมทุกเที่ยงคืน

4) องค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งยาตามข้อมูลที่ได้รับจากโปรแกรมการเบิกยาชดเชยยาภายใน 7 วันทำการ หลังจากได้รับข้อมูลจาก สปสช. แล้ว (นับจากวันที่ระบบตัดยอดข้อมูลส่งองค์การเภสัชกรรม)

3) ยากำพร้า

3.1) ระบบการเบิกยา

สปสช. จะจ่ายชดเชยยายากำพร้าและยาต้านพิษในรูปแบบของการชดเชยเป็นยา* หรือการชดเชยเป็นเงินเท่ากับมูลค่ายาที่ สปสช.* ผ่านเครือข่ายบริการด้านยาเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษจัดหาได้ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนดให้กับหน่วยบริการที่มีการสั่งใช้ยาตามแนวทางบัญชียาหลักแห่งชาติ

1) ให้หน่วยบริการทำการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยคนไทยทุกสิทธิการรักษาในโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงของ สปสช. เพื่อเบิกชดเชยยา

2) กรณีผู้ป่วยไม่ใช่คนไทยแต่มีความจำเป็นต้องได้รับยาต้านพิษที่ไม่สามารถจัดซื้อได้ในประเทศซึ่งเป็นยาในโครงการให้หน่วยบริการกรอกข้อมูลเบิกยาผ่านโปรแกรมเบิกชดเชยยาและแนบเอกสารขอความอนุเคราะห์ขอสนับสนุนยาโดยให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้ลงนามและแนบเอกสารส่งผ่านระบบต่อไป

3) หน่วยบริการที่มีผู้ป่วยที่คาดว่าได้รับสารพิษหรือมีความจำเป็นต้องได้รับยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. อาจพิจารณาโทรศัพท์หารือกับศูนย์พิษวิทยารามาธิบดีหรือศูนย์พิษวิทยาศิริราชหรือคลินิกพิษจากสัตว์เพื่อช่วยวินิจฉัยหรือแนะนำการใช้ยากำพร้าโดยเฉพาะกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มต้านพิษงูอย่างถูกต้องเหมาะสมโดยสามารถติดต่อได้ที่

- ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดีโทร 1367
- ศูนย์พิษวิทยาศิริราชโทร 02-4197007
- คลินิกพิษจากสัตว์โทร 02-2520161-4 ต่อ 125

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

* ผ่านเครือข่ายด้านยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

5) กรณีหน่วยบริการที่มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยาแก้พิษและเป็นแหล่งสำรองยานั้นให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการเบิกใช้ยาลงในโปรแกรมเบิกชดเชยยาของ สปสช. และสามารถนำยาไปใช้เพื่อการรักษาผู้ป่วยรายนั้นหากยาที่สำรองไว้ไม่เพียงพอให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการเบิกใช้ยาลงในโปรแกรมเบิกชดเชยยาของ สปสช. ตามจำนวนที่มีและประสานขอยาเพิ่มเติมโดยดำเนินการตามข้อ 1)

6) หน่วยบริการที่เป็นแหล่งสำรองยาและได้รับการประสานขอเบิกยาจากหน่วยบริการอื่นที่รับผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษและได้รับการวินิจฉัยว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยาให้จัดส่งยาไปยังหน่วยบริการที่ประสานขอยามาหรือนัดหมายให้หน่วยบริการที่มีความจำเป็นต้องใช้ยามารับยาตามช่องทางที่เหมาะสมและรวดเร็วและบันทึกข้อมูลการเบิกยาพร้อมข้อมูลการจัดส่งยาในโปรแกรมการบริหารจัดการยากำพร้าของ สปสช. เพื่อรับการชดเชยยาและค่าขนส่งต่อไปทั้งนี้เมื่อได้รับยาชดเชยแล้วให้หน่วยบริการลงรับยาในโปรแกรมเบิกชดเชยยาหัวข้อรับยาเข้าคลังตาม PO โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบเลขที่ PO ได้ตามใบนำส่งจากองค์การเภสัชกรรม

7) หลังจากที่หน่วยบริการให้บริการยาและกรอกข้อมูลเพื่อเบิกชดเชยยาจากระบบแล้วจะได้รับการติดต่อจากศูนย์พิษวิทยาเพื่อติดตามประเมินผลโครงการทั้งนี้ขอความร่วมมือหน่วยบริการให้ข้อมูลแก่ศูนย์พิษวิทยาเพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาระบบการบริหารจัดการยากำพร้าระดับประเทศต่อไป

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

9) หน่วยบริการที่ไม่ได้เป็นแหล่งสำรองยาแต่อยู่ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงจะเกิดพิษสามารถขอสมัครเข้าเป็นหน่วยสำรองยาเพิ่มเติมได้โดยกรอกแบบฟอร์มรายละเอียดดังภาคผนวก 3 พร้อมแนบหนังสืออนุมัติให้เป็นผู้ดำเนินการเบิกจ่ายยาในโครงการเพิ่มการเข้าถึงยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษโดยหัวหน้าหน่วยงานหรือผู้รับมอบอำนาจส่งที่ สปสช.เขต ที่หน่วยบริการสังกัดอยู่เพื่อดำเนินการเพิ่มแหล่งสำรองยาต่อไป

ทั้งนี้เมื่อหน่วยบริการได้รับยาสำรองแล้วให้หน่วยบริการลงรับยาดังกล่าวในโปรแกรมเบิกชดเชยยาหัวข้อรับยาเข้าคลังกรณี Initial stock ก่อนการเบิกใช้ยาตามขั้นตอนข้างต้นต่อไป

3.2) การจัดการยาหมดอายุ

การบริหารจัดการยากำพร้าและยาต้านพิษหมดอายุ แบ่งเป็น 2 กรณี ดังนี้

1) กรณียากำพร้าที่สปสช.ขอให้หน่วยบริการสำรองตามความเสี่ยงรายการยาประกอบด้วย

(1) Dimercaprol inj

(2) Sodium nitrite inj.

(3) Sodium thiosulfate inj.

(4) Methylene blue inj.

(5) Diptheria antitoxin inj.

(6) Calcium disodium edentate inj.

กรณียาที่สำนักงานขอให้หน่วยบริการสำรองตามความเสี่ยงและความเร่งด่วน มีการจัดซื้อตามแผน โดยจัดซื้อตามจำนวนขั้นต่ำที่บริษัทผู้ผลิตหรือจำหน่ายยินดีนำเข้าเพื่อให้มียาสำรองในปริมาณเพียงพอแก่การให้บริการและความมั่นคงของประเทศการดำเนินการบริหารจัดการยาหมดอายุให้ดำเนินการดังนี้

(1) เมื่อได้รับยาสำรองขอให้หน่วยบริการลงข้อมูลรับยาเข้าคลังกรณี Initial โดยให้ลงข้อมูลแยกรายรุ่นการผลิตและลงวันหมดอายุในโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าและยาต้านพิษของ สปสช.โดยกรณียาที่ส่งให้มียาและสารทำละลายในกล่องเดียวกันให้ลงวันหมดอายุโดยยึดตัวยาสำคัญเป็นหลักระบบจะแสดงสถานะยาใกล้หมดอายุเมื่ออายุยาเหลือน้อยกว่า 1 เดือน และส่งข้อมูลให้ สปสช.เขต เพื่ออนุมัติตัดจ่ายยาทดแทนให้กับหน่วยบริการ

(2) เมื่อยาหมดอายุซึ่งจะหมดอายุพร้อมกันทั่วประเทศตามแผนการจัดซื้อองค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งยารุ่นการผลิตใหม่ทดแทนให้หน่วยบริการก่อนยาเดิมหมดอายุตามรายการและจำนวนที่ สปสช.เขตอนุมัติทดแทน

(3) ให้หน่วยบริการดำเนินการรวบรวมยาหมดอายุเพื่อรอการทำลายและดำเนินการลงรับยารุ่นการผลิตใหม่เป็นยา initial ในโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าและยาต้านพิษของ สปสช.

(4) สปสช. จะดำเนินการรวบรวมข้อมูลยาที่หมดอายุในปีงบประมาณขออนุมัติทำลายยาในภาพรวมและออกหนังสือแจ้งหน่วยบริการทำลายยาที่หมดอายุในเดือนกันยายนของแต่ละปีงบประมาณ

(5) หน่วยบริการสรุปรายการและจำนวนยาที่หมดอายุคลังยาในหน่วยบริการพร้อมแนบหนังสืออนุมัติทำลายยาในภาพรวมของ สปสช. รายงานต่อหัวหน้าหน่วยงานและดำเนินการทำลายยาต่อไป

(6) องค์การเภสัชกรรมสรุปรายการและจำนวนยาที่หมดอายุในคลังยา ณ องค์การเภสัชกรรม พร้อมแนบหนังสืออนุมัติทำลายยาในภาพรวมของ สปสช.รายงานต่อผู้อำนวยการเภสัชกรรมให้ดำเนินการทำลายตามระเบียบพัสดุต่อไป

2) กรณียากำพร้าที่หน่วยบริการขอสำรองตามความต้องการใช้ในพื้นที่ รายการยาประกอบด้วย

(1) เซรุ่มต้านพิษงูเห่า

(2) เซรุ่มต้านพิษงูเขียวหางไหม้

(3) เซรุ่มต้านพิษงูแมวเซา

(4) เซรุ่มต้านพิษงูกะปะ

(5) เซรุ่มต้านพิษงูทับสมิงคลา

(6) เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบเลือด

(7) เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบประสาท

(8) Esmolol inj.

(9) Diphenhydramine inj.

หน่วยบริการดำเนินการ ดังนี้

2.1) เมื่อได้รับยาสำรองขอให้หน่วยบริการลงข้อมูลรับยาเข้าคลังกรณี Initial โดยให้ลงข้อมูลแยกรายรุ่นการผลิตและลงวันหมดอายุในโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าและยาต้านพิษของ สปสช. โดยกรณียาที่ส่งให้มียาและสารทำละลายในกล่องเดียวกันให้ลงวันหมดอายุโดยยึดตัวยาสำคัญเป็นหลักระบบจะแสดงสถานะยาใกล้หมดอายุเมื่ออายุยาเหลือน้อยกว่า 1 เดือนสำหรับยากำพร้าและเมื่ออายุยาเหลือน้อยกว่า 7 เดือน สำหรับเซรุ่มและส่งข้อมูลให้ สปสช.เขต

2.2) กรณียากำพร้าให้ สปสช.เขต อนุมัติตัดจ่ายยาทดแทนให้กับหน่วยบริการโดยพิจารณาประสานปรับปริมาณการใช้ให้เหมาะสมกับปริมาณการใช้ในพื้นที่

2.3) กรณีเซรุ่มต้านพิษงูให้ สปสช.เขต ประสานปรับเกลี่ยในระดับเขตและปรับปรุง stock ให้ตรงกับที่หน่วยบริการมีจริงและเมื่อยาหมดอายุให้ สปสช.เขต อนุมัติตัดจ่ายยาทดแทนให้กับหน่วยบริการโดยพิจารณาประสานปรับปริมาณการใช้ให้เหมาะสมกับปริมาณการใช้ในพื้นที่

2.4) เมื่อยาหมดอายุองคก์ารเภสัชกรรมจะจัดส่งยารุ่นการผลิตใหม่ทดแทนให้หน่วยบริการก่อนยาเดิมหมดอายุตามรายการและจำนวนที่ สปสช.เขต อนุมัติทดแทน

2.5) ให้หน่วยบริการดำเนินการรวบรวมยาหมดอายุเพื่อรอการทำลายและดำเนินการลงรับยารุ่นการผลิตใหม่เป็นยา initial ในโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าและยาต้านพิษของ สปสช.

2.6) สปสช. จะรวบรวมข้อมูลยาที่หมดอายุในปีงบประมาณขออนุมัติทำลายยาในภาพรวมและออกหนังสือแจ้งหน่วยบริการทำลายยาที่หมดอายุในเดือนกันยายนของแต่ละปีงบประมาณ

2.7) สปสช. สรุปรายการและจำนวนยาที่หมดอายุในหน่วยบริการพร้อมแนบหนังสืออนุมัติทำลายยาในภาพรวมของสปสช.รายงานต่อหัวหน้าหน่วยงานและดำเนินการทำลายยาต่อไป

4) การเบิกชดเชยค่ายารักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย

การดูแลรักษาโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)

สำหรับผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่างเพื่อให้ผู้ป่วยฮีโมฟีเลียเข้าถึงบริการแฟคเตอร์เข้มข้นโดยเก็บไว้ที่บ้านและนำมารักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้นอย่างทันท่วงทีสามารถลดการนอนโรงพยาบาลลดภาวะทุพพลภาพลดการเสียชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีรวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการรับส่งต่อให้บริการที่มีมาตรฐานและสนับสนุนการจัดเครือข่ายบริการโดยมีการบริหารจัดการดังนี้

1) สิทธิประโยชน์

1.1) ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่างจะได้รับการคุ้มครองเฉพาะการจ่ายแฟคเตอร์เข้มข้นไปเก็บไว้ที่บ้านหรือหน่วยบริการเพื่อรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้นโดยผู้ป่วยต้องมารับยาที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ที่ตนเองได้ลงทะเบียนไว้หรือหน่วยบริการเฉพาะโรคที่อยู่ใกล้ภูมิลำเนาผู้ป่วยตามกำหนดนัดของหน่วยบริการนั้นและแพทย์ผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่กำหนดจ่ายยาตาม Protocol (แผนการรักษา) ตามที่กำหนดในระบบบัญชียาหลักแห่งชาติและนำไปเก็บไว้ที่บ้านตามความเหมาะสมในแต่ละระดับอาการ

1.2) ผู้มีสิทธิจะได้รับแฟคเตอร์เข้มข้นจำนวนหนึ่งสำหรับการรักษาโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) รุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือกรณีผ่าตัดฉุกเฉินตามเงื่อนไขที่กำหนดโดยโรคหรือภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉินที่อยู่ในเงื่อนไขได้รับชดเชยค่าแฟคเตอร์เข้มข้นจำนวนหนึ่งได้แก่อาการเลือดออกรุนแรงในอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น สมอง ปอด หัวใจ ในช่องท้องและการผ่าตัดฉุกเฉิน เช่นผ่าตัดสมอง ผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดไส้ติ่ง

1.3) ผู้มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียนกับหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ในโครงการที่อยู่ใกล้บ้านและสะดวกในการเข้ารับบริการโดยไม่ต้องใช้ใบส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 49 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

1.4) ผู้ป่วยต้องใช้สิทธิเข้ารับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ หน่วยบริการประจำเหมือนเดิมทุกประการรวมถึงการรักษาภาวะเลือดออกในภาวะฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินยกเว้นการตรวจรักษาต่อเนื่องตามนัดเพื่อรับแฟคเตอร์เข้มข้นเท่านั้นซึ่งจะต้องเข้ารับบริการที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียที่ผู้ป่วยลงทะเบียนไว้หรือหน่วยบริการเฉพาะโรคที่อยู่ใกล้ภูมิลำเนาผู้ป่วย

1.5) บริการที่ไม่ครอบคลุมในการจ่ายค่าบริการส่วนประกอบของเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย)

1.5.1) การรักษาภาวะเลือดออกอื่นๆที่ไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ข้างต้นและไม่ตรงตามแนวทางที่บัญชียาหลักกำหนด หน่วยบริการไม่สามารถเบิกชดเชยค่าแฟคเตอร์จาก สปสช. ได้ให้ใช้ส่วนประกอบของเลือดในการรักษาตามปกติ

1.5.2) การรักษาความเจ็บป่วยทั่วไปเป็นภาระหน้าที่ของหน่วยบริการประจำ

1.5.3) การรักษาในภาวะฉุกเฉินหากมีความจำเป็นต้องข้ามขั้นตอนการส่งต่อ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2562

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 ทั้งการส่งเสริมป้องกันวินิจฉัยบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

2.1.4) มีเครือข่ายหน่วยบริการรับส่งต่อและดูแลรักษาในทุกระดับพร้อมทั้งระบบสนับสนุนเครือข่ายด้านการจัดการการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและวิชาการอย่างต่อเนื่อง

2.2) ด้านบุคลากร

2.2.1) มีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและทีมบุคลากรที่สามารถให้การดูแลครบวงจรปฏิบัติงานประจำเต็มเวลาสามารถให้คำปรึกษาและบริการได้ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง ดังนี้ คือ อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือ นักเทคนิคการแพทย์

2.2.2) มีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์เฉพาะด้านโลหิตวิทยาไม่น้อยกว่า 1 ปี เป็นหัวหน้าทีมปฏิบัติงานในหน่วยบริการประจำ

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) กรณีเลือดออกในระยะเริ่มต้นรูปแบบการให้แฟคเตอร์เข้มข้นมีหลายวิธี เช่น กรณีที่ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาไม่ไกลหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย อาจเลือกวิธีสำรองยาไว้ที่หน่วยบริการโดยไม่จ่ายยาให้ผู้ป่วยเก็บไว้กับตัวเมื่อเกิดเลือดออกให้ผู้ป่วยรีบเดินทางมารับการบำบัดที่หน่วยบริการรับส่งต่อโดยตรงในทันที แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ไกลจากหน่วยบริการรับส่งต่อหรือไม่สะดวกในการเดินทางมารับยาได้อย่างทันท่วงทีหน่วยบริการรับส่งต่ออาจเลือกวิธีจ่ายแฟคเตอร์เข้มข้นจำนวนหนึ่งให้ผู้ป่วยเก็บไว้ที่บ้านหรือหน่วยบริการประจำใกล้บ้าน เมื่อเกิดเลือดออกสามารถนำยาไปฉีดหรือรับบริการที่หน่วยบริการประจำใกล้บ้านพร้อมกับนำสมุดประจำตัวผู้ป่วยไปให้หน่วยบริการนั้นลงบันทึกการให้บริการไว้เป็นหลักฐาน เมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ที่หน่วยบริการรับส่งต่อตามนัดในครั้งต่อไปให้หน่วยบริการรับส่งต่อเก็บบันทึกดังกล่าวไว้เป็นหลักฐานและเบิกค่าแฟคเตอร์เข้มข้นชดเชยคืนส่วนที่ใช้ไปโดยลงข้อมูลการให้บริการทางเว็บไซต์ www.nhso.go.th ต่อไป

3.2) กรณีเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงพิการ เสียชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียสามารถให้แฟคเตอร์เข้มข้นแก่ผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียที่มีอาการเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่มีเลือดออกบ่อยเช่นในข้อและกล้ามเนื้อ อาการเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงขั้นพิการ เสียชีวิตหรือจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยโดยใช้ร่วมกับส่วนประกอบของเลือดชนิดอื่นตามความเหมาะสม ทั้งนี้ สปสช. จะจ่ายค่าแฟคเตอร์เข้มข้นคืนให้หน่วยบริการโดยระบบชดเชยย้อนหลังในอัตราและเงื่อนไขที่กำหนด ทั้งนี้โรคหรือภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงขั้นพิการเสียชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉินที่อยู่ในเงื่อนไขได้รับชดเชยค่าแฟคเตอร์เข้มข้นจำนวนหนึ่ง ได้แก่อาการเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่มีเลือดออกบ่อย เช่น ในข้อและกล้ามเนื้อ รวมทั้งอาการเลือดออกรุนแรงในอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น สมอง ปอด หัวใจ ในช่องท้องและการผ่าตัดฉุกเฉิน เช่น ผ่าตัดสมอง ผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดไส้ติ่ง

3.3) การติดตามดูแลผู้ป่วย ดำเนินการได้หลายช่องทาง เช่น การเยี่ยมบ้าน (Home care) หรือทางโทรศัพท์โดยมีการบันทึกเป็นหลักฐานใน OPD card หรือสมุดบันทึกการโทรศัพท์ของหน่วยบริการหรือส่งแบบสอบถามติดตามผู้ป่วยยืนยันสิทธิการรับแฟคเตอร์เข้มข้นตามโครงการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียให้ผู้ป่วยตอบกลับมาที่หน่วยบริการเพื่อเป็นหลักฐานแสดงการมีชีวิตอยู่และการเข้าร่วมโครงการของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักฐานในการตรวจสอบข้อมูลประกอบหลังการจ่ายชดเชยค่าบริการ ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ให้ต้องสงสัยในการติดตามการรักษาหรือการ Follow Up ติดตามดูแลผู้ป่วย

4) <u>การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์</u>

4.1) เกณฑ์และอัตราการจ่าย การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการแฟคเตอร์แก่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

4.1.1) กรณีรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early Bleeding Treatment) เป็นการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการแฟคเตอร์สำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (ทั้ง Hemophilia A, Hemophilia B) เพิ่มจากเงินชดเชยค่าอัตราเหมาจ่ายรายหัวในระบบปกติ (ซึ่งไม่ได้จ่ายเงินชดเชยค่าบริการแฟคเตอร์) ตามจำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียนและรับบริการ โดยจำแนกการจ่ายชดเชยตามเงื่อนไขอายุและระดับความรุนแรงของโรคในอัตรา ดังนี้

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

ตารางแสดงอัตราจ่ายชดเชยการรักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย

ทั้งนี้ สปสช. จะจ่ายเป็นงวดรายเดือนตามผลงานการให้บริการ

หมายเหตุ :

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

4.1.2) กรณีเลือดออกบ่อย เช่น เลือดออกในข้อและกล้ามเนื้อ อาการเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงพิการ เสียชีวิต หรือผ่าตัดฉุกเฉินเป็นการจ่ายเพิ่มจากระบบ DRGs ให้แก่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียที่รักษาผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงพิการ เสียชีวิต หรือผ่าตัดฉุกเฉินตามมูลค่าแฟคเตอร์เข้มข้นที่ใช้จริงในการเจ็บป่วยครั้งนั้น ดังนี้

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

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

4.2) เงื่อนไขการจ่ายเงิน สปสช. จะจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลการรักษาการให้บริการแฟคเตอร์ (แพทย์ผู้ทำการรักษาจะต้องจ่ายแฟคเตอร์ให้ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียในทุกกลุ่มอายุและทุกระดับอาการตามที่ระบุไว้ในแผนการรักษา) และการตรวจติดตามผู้ป่วย (Follow up) ในโปรแกรมระบบ DMIS เท่านั้น โดยหน่วยบริการต้องทำการบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยภายใน 30 วัน หลังเข้ารับบริการในแต่ละครั้งและ สปสช. จะดำเนินการตัดข้อมูลการให้บริการเพื่อประมวลผลข้อมูลทุกสิ้นเดือนและจะทำการจ่ายชดเชยภายในเดือนถัดๆ ไป 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 การจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

ประกอบด้วยรายการดังต่อไปนี้

1) การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

2) การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก การบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค

3) แนวทางการขอรับค่าบริการแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย เพื่อเป็นการจ่ายเพิ่มเติมสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือพึ่งพาเลือด (Transfusion dependent thalassemia) อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

1. วัตถุประสงค์ เพื่อ

1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้รับเลือดและ/หรือยาขับเหล็กตามความจำเป็น

1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

1.3 เพื่อให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงระดับจังหวัด/เขต

2. กลุ่มเป้าหมาย

2.1 ผู้ป่วยเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพึ่งพาเลือด (Transfusion dependent thalassemia :TDT) โดยแบ่งกลุ่มอายุเป็น 2 กลุ่มอายุ ดังนี้

(1) กลุ่มอายุ 6 เดือน – 6 ปี

(2) กลุ่มอายุ 6 ปีขึ้นไป

3. คุณสมบัติของหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. แนวทาง เงื่อนไข และอัตราการจ่าย การให้บริการ

ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพึ่งพาเลือด (Tranfusion Dependent thalassemia : TDT) ทุกคน ที่วินิจฉัยโรคด้วย รหัส ICD 10 : D 56.0 Alpha thalassemia, D 56.1 Beta thalassemia/Hb E,Homozygous Beta thalassemia มีความจำเป็นต้องได้รับเลือดเป็นประจำ และยาขับเหล็ก อย่างต่อเนื่อง โดยหน่วยบริการที่จัดบริการ ดำเนินการลงทะเบียนผู้ป่วย ทุกรายที่มารับบริการ วงเงิน 255,800,300 บาท (สองร้อยห้าสิบห้าล้านแปดแสนสามร้อยบาทถ้วน) มีแนวทาง ดังนี้

4.1 จ่ายยาขับเหล็กชนิดรับประทาน คือ ยา Deferaxirox อัตราจ่ายเม็ดละ 126 บาท ตามข้อบ่งชี้โดยอ้างอิงเงื่อนไขจากคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนี้

4.1.1 กรณีเด็กอายุ 2 – 6 ปี

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

2) เป็นผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด โดย การพึ่งพาเลือด (transfusion dependence)หมายถึงข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

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

(2.2) ได้รับเลือด (transfusion) มาแล้วมากกว่า 10 ครั้ง

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

เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับยา deferasirox มีอายุครบ 6 ปี ให้เปลี่ยนไปใช้ยา deferiprone แทน

4.1.2 กรณีเด็กอายุมากกว่า 6 ปี

การพิจารณาใช้เป็นยา Deferasirox ให้เป็นลำดับถัดไปในผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด ที่ไม่สามารถใช้ยา deferiprone ได้ เนื่องจาก สาเหตุข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1) ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จาก deferiprone ตามข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

(1.1) มีอาการแพ้ยาที่แสดงด้วย systemic allergic reaction รุนแรงที่ได้รับยืนยันแล้ว

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

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

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

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

(1.6) มีภาวะ intolerance ต่อการให้ยา deferiprone โดยมีผลข้างเคียงจากยา deferiprone ที่มีความรุนแรง grade 2 ตาม CTCAE เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น และเกิดซ้ำอีกหลังจากได้รับการ rechallenge ยกเว้น ความรุนแรง ตั้งแต่ grade 3 ขึ้นไปไม่ต้อง rechallenge*หมายเหตุ:* ทุกข้อข้างต้นต้องผ่านการประเมินและยืนยันโดยระบบ Adverse Drug Reactions ของสถานพยาบาลแล้ว (CTCAE = Common Terminology Criteria for Adverse Events)

2) ผู้ป่วยที่ล้มเหลวจากการใช้ deferiprone ตามเกณฑ์ทุกข้อดังต่อไปนี้

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

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

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

หมายเหตุ : ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียเบิกจ่ายตามระบบ OP/IP ปกติ

5. การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

5.1 หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกข้อมูลการให้บริการ การเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ HCT Hemoglobin การให้เลือด การเจาะเลือดตรวจ serum ferritin การให้ยาขับเหล็กทุกชนิด ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง เพื่อลงทะเบียนผู้ป่วยผ่านระบบบูรณาการการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์

และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http://nprp.nhso.go.th ->-> กลุ่มผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน

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

5.3 หน่วยบริการตรวจสอบข้อมูลการจ่ายได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย ที่สำนักงาน กำหนดขอให้หน่วยบริการจัดทำเอกสารอุทธรณ์พร้อมแนบหลักฐานภายใน 30 วัน หลังจากการแจ้งค่าใช้จ่าย

6. บทบาทของหน่วยงาน

6.1 สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

1) แต่งตั้งและประชุมหารือการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง จัดระบบความเชื่อมโยงบริการ ตั้งแต่ การตรวจคัดกรอง การตรวจยืนยัน การวินิจฉัยโรค การรักษา การจัดหาเลือดที่เหมาะสมและปลอดภัย

2) สร้างความเข้าใจการดำเนินงานของหน่วยบริการทุกระดับ

3) สนับสนุนระบบการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับบุคลากรทางการแพทย์ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยภายในเครือข่าย

4) ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับหน่วยบริการในเขต

6.2 หน่วยบริการ

1) ดำเนินการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือพึ่งพาเลือด (Transfusion dependent Thalassemia) ทุกรายที่มารับบริการ

2) หน่วยบริการที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ กุมารแพทย์โรคโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก อายุรแพทย์โรคโลหิตวิทยา ทำหน้าที่เป็นที่พี่เลี้ยง ให้คำปรึกษา สนับสนุนวิชาการแก่หน่วยบริการในเครือข่าย

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

4) ติดตาม ดูแลผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง

5) ประสานงานการดูแลผู้ป่วย กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน ฯ

7. การติดตามและประเมินผล

7.1 ประเมินจากการเบิกจ่ายงบประมาณ

7.2 ประเมินจากผลการให้บริการ การให้เลือดและยาขับเหล็ก อย่างต่อเนื่อง

7.3 ประเมินจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ HCT, Hemoglobin, serum Ferritin

2. การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก การบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค

การบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรคปีงบประมาณ 2562

1. หลักการและเหตุผล

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

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สปสช. จึงจัดให้มีการบริหารจัดการในการดูแลรักษาวัณโรคอย่างครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการค้นหาและเข้าถึงบริการดูแลรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมีผลลัพธ์การรักษาที่ดี ส่งผลให้อัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคลดลงรวมถึงสนับสนุนให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพในระบบการดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค

2. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

1.2 เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการค้นหาและการเข้าถึงบริการดูแลรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

1.3 เพื่อสนับสนุนการจัดบริการการดูแลรักษาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา (Multi-drugresistance tuberculosis:MDR-TB) การตรวจวินิจฉัยและการติดตามการรักษาวัณโรคและวัณโรคดื้อยาที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

3. ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

บุคคลที่มีสัญชาติไทยมีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่าง

หมายเหตุ: ผู้ป่วยวัณโรคควรเข้ารับบริการรักษาและขึ้นทะเบียนที่หน่วยบริการประจำของตน แต่หากมีเหตุจำเป็นสามารถไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่นได้

4. สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

4.1 บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค

4.1.1 บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคทั้งสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา

4.1.2 บริการรักษาการติดเชื้อระยะแฝงสำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

4.2 บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา

4.2.1 บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อการติดตามการรักษาวัณโรค

4.2.2 บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา

4.2.3 บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา

4.3 บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม

4.4 บริการกำกับการกินยา (Directly Observed Treatment : DOT)

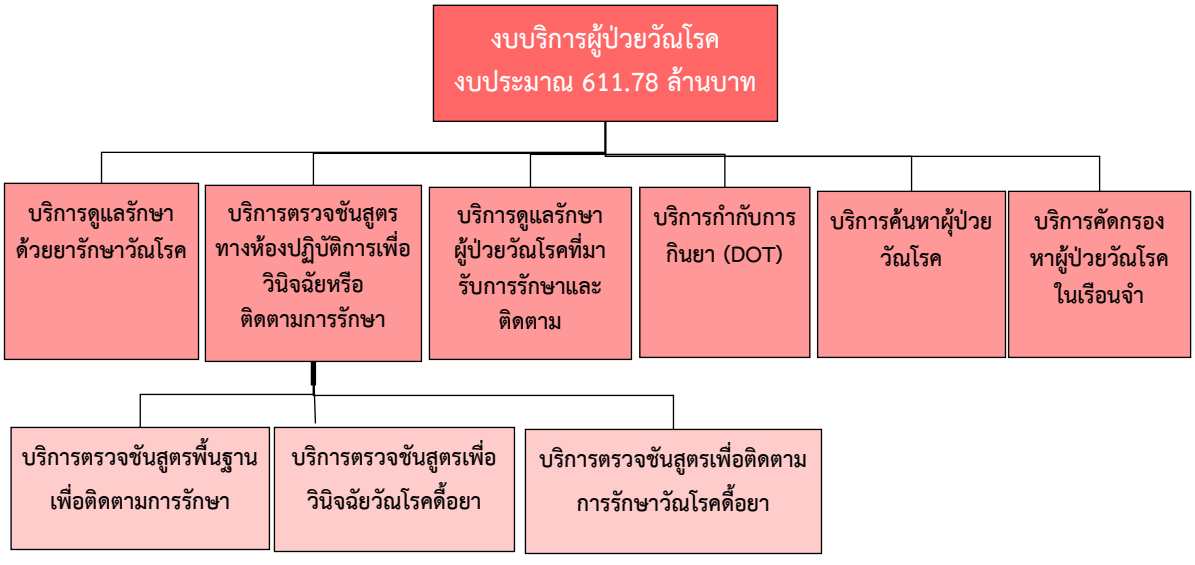
4.5 บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

4.6 บริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ

5. กรอบการบริหารจัดการงบประมาณ

สปสช. สนับสนุนงบประมาณสำหรับสนับสนุนระบบบริการดูแลรักษาวัณโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยแบ่งเป็นหมวดดังแสดงในแผนภูมิ

แผนภูมิแสดงกรอบการบริหารเงินกองทุนวัณโรคปีงบประมาณ 2562



ทั้งนี้ให้สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ

5.1 บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค

5.1.1 การรักษาวัณโรคด้วยยารักษาวัณโรคทั้งสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา

ชดเชยเป็นยาหรือเงินค่ายารักษาวัณโรคแก่หน่วยบริการ ตามจำนวนที่หน่วยบริการจ่ายจริงให้ผู้ป่วย โดยหน่วยบริการบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub

5.1.2 การรักษาการติดเชื้อระยะแฝงสำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

ชดเชยเป็นยาหรือเงินค่ายารักษาการติดเชื้อระยะแฝงแก่หน่วยบริการ ตามจำนวนที่หน่วยบริการจ่ายจริงให้ผู้ป่วย โดยหน่วยบริการบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub เว็บไซต์ http://tbdatahub.nhso.go.th

หมายเหตุ *: - สปสช. ชดเชยยารักษาวัณโรคให้หน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ชดเชยเป็นเงินค่ายารักษาวัณโรค*

5.2 บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา

สปสช. ชดเชยเงินค่าบริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการวัณโรคแก่หน่วยบริการ กรณีเป็นการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน (Sputum exam for AFB, CXR) และการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการวัณโรคดื้อยากรณีเป็นการตรวจเสมหะโดยการเพาะเลี้ยงเชื้อ (Culture) การทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) การตรวจเชื้อวัณโรคดื้อยาด้วยเทคนิค Molecular assay โดยหน่วยเบิกชดเชยค่าบริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub

5.3 บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม

สปสช. ชดเชยเงินค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมทั้งหมด ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการได้แก่บริการดูแลรักษา การติดตามการรักษา บริการให้คำปรึกษา และให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคบันทึกข้อมูลและกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยหน่วยบริการเบิกชดเชยค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub เว็บไซต์ http://tbdatahub.nhso.go.th

5.4 บริการกำกับการกินยา (DOT)

สปสช. จัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนบริการ มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนบริการที่ส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพได้แก่บริการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องการกำกับการกินยาของผู้ป่วยเพื่อให้กินยาครบถ้วนต่อเนื่อง เพื่อผลลัพธ์การรักษาที่ดีของผู้ป่วยวัณโรค ทั้งนี้ สปสช. จัดสรรงบบริการกำกับการกินยา DOT ตามเกณฑ์คุณภาพ ตัวชี้วัดที่กำหนด โดยหน่วยบริการรายงานผลการให้บริการกำกับการกินยา ตามเกณฑ์คุณภาพ ตัวชี้วัดที่กำหนด โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub

5.5 บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

สปสช.จัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนบริการมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนบริการที่เกี่ยวข้องกับการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และนำเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาแต่เนิ่นๆเช่นการตรวจคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคกิจกรรมค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป็นต้น โดยหน่วยบริการรายงานผลบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub

5.6 บริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ

สปสช. จัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนบริการคัดกรองวัณโรคในเรือนจำมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้ผู้ต้องขัง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรค ซึ่งครอบคลุมบริการตรวจคัดกรองวัณโรคในเรือนจำและบริการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในเรือนจำ โดยหน่วยบริการรายงานผลบริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub

6. สรุปการชดเชยบริการ

แนวทางการเบิกชดเชยบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

รายการ	การจ่ายชดเชย
ยารักษาวัณโรค	
• ยารักษาวัณโรค	ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายารักษาวัณโรค
• ยารักษาการติดเชื้อระยะแฝง สำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค	ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายารักษาวัณโรค
บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการวัณโรค	ชดเชยเป็นเงินค่าบริการ
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	ชดเชยเป็นเงินค่าบริการ
บริการกำกับการกินยา (DOT)	จัดสรรตามเกณฑ์ที่ สปสช.เขต กำหนด
บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค	จัดสรรตามเกณฑ์ที่ สปสช.เขต กำหนด
บริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ	ชดเชยเป็นเงินค่าบริการ

ตารางแสดงการจ่ายชดเชยบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

หมายเหตุ *: สปสช. ชดเชยยารักษาวัณโรคให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ชดเชยเป็นเงินค่ายารักษาวัณโรค*

6.1 บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค

วิธีการเบิกชดเชย

แนวทางการเบิกชดเชยการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยยารักษาวัณโรค ต้องดำเนินการบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub ที่ เว็บไซต์ http://tbdatahub.nhso.go.th

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
ยารักษาวัณโรค		
- หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยา	หน่วยบริการเบิกชดเชยยารักษาวัณโรคได้ตามที่จำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	ชดเชยเป็นเงินค่ายารักษาวัณโรค
- หน่วยบริการอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยา		ชดเชยเป็นเงินค่ายารักษาวัณโรค
- บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรมTB Data Hub	20 บาท/ครั้ง

ตารางแสดงอัตราการเบิกชดเชยการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยยารักษาวัณโรค

หมายเหตุ :

1) สปสช. ชดเชยยารักษาวัณโรคให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ชดเชยเป็นเงินค่ายารักษาวัณโรค

2) ค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตามดังกล่าวรวมกิจกรรมทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการให้บริการได้แก่การดูแลรักษาติดตามการรักษาบริการให้คำปรึกษาและให้ความรู้การบันทึกข้อมูลและกิจกรรมอื่นๆ

3) อัตราค่าชดเชยเงินค่ายารักษาวัณโรครายละเอียดตามคู่มือกฎระเบียบข้อบังคับและเอกสารอ้างอิงประกอบการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6.2 บริการรักษาการติดเชื้อระยะแฝงสำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

วิธีการเบิกชดเชย

แนวทางการเบิกชดเชยการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคด้วยยารักษาวัณโรคต้องดำเนินการบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub เว็บไซต์ http://tbdatahub.nhso.go.th

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
ยารักษาวัณโรค		
- หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์	หน่วยบริการเบิกชดเชยยารักษาวัณโรค ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	ชดเชยเป็นเงินค่ายารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง
- หน่วยบริการอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์		ชดเชยเป็นยารักษาการติดเชื้อ วัณโรคระยะแฝง
- บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	20 บาท/ครั้ง

ตารางแนวทางการเบิกชดเชยการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสำหรับเด็กที่มีสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคด้วยยารักษาวัณโรค

หมายเหตุ :

1) สปสช. ชดเชยยารักษาการติดเชื้อระยะแฝงสำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ชดเชย เป็นเงินค่ายารักษาการติดเชื้อระยะแฝงสำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

2) ค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตามดังกล่าวรวมกิจกรรมทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการให้บริการได้แก่การดูแลรักษาติดตามการรักษาบริการให้คำปรึกษา และให้ความรู้การบันทึกข้อมูลและกิจกรรมอื่นๆ

6.3 บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการวัณโรคเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา

วิธีการเบิกชดเชย

แนวทางการเบิกชดเชยการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรคต้องดำเนินการบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub ที่ URL http://tbdatahub.nhso.go.th

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน		
ค่าตรวจ AFB	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ AFB ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการ และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	20 บาท/ตัวอย่าง (ไม่เกิน 3 ตัวอย่าง/ครั้ง)
ค่าตรวจ CXR	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ CXR ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	100 บาท/ครั้ง
การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)		
เทคนิค Solid Media	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Culture ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	200 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Liquid Media		300 บาท/ตัวอย่าง
การตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST)		
เทคนิค Solid Media	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ DST ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	200 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Liquid Media		500 บาท/ตัวอย่าง
การตรวจเชื้อวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay		
เทคนิค Line Probe Assay (LPA)	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Molecular assay ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub	700 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Xpert MTB/RIF		

ตารางแสดงอัตราการจ่ายชดเชยการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค

หมายเหตุ

1) อัตราการชดเชยบริการต่อครั้ง หมายความถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผล

2) สปสช.จะชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการผ่านการประเมินตามแนวทางการประเมินหน่วยตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการวัณโรค ของ สปสช.

3) กรณีหน่วยบริการส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธีการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) แล้วจะไม่สามารถตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay

4) การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) และการตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay จะทำได้เฉพาะเทคนิค Solid media เท่านั้น

6.4 บริการกำกับการกินยารักษาวัณโรค (DOT)

วิธีการเบิกชดเชย

บริหารวงเงินระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขต) โดย สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการ โดยใช้เกณฑ์คุณภาพ ตามตัวชี้วัดที่ สปสช.กำหนด ทั้งนี้ การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต (อปสข.) เห็นชอบ

หน่วยบริการรายงานผลการให้บริการกำกับการกินยา (DOT) ตามเกณฑ์คุณภาพ ตัวชี้วัดที่กำหนด โดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub ที่ URL http://tbdatahub.nhso.go.th

6.5 บริการการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

วิธีการเบิกชดเชย

บริหารวงเงินระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขต) สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการโดยจ่ายตามผลงานบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค หรือจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการที่เสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินกิจกรรมการให้บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ทั้งนี้ การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต (อปสข.) เห็นชอบ

หน่วยบริการรายงานผลบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคโดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub ที่ URL http:// tbdatahub.nhso.go.th

6.6 การคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ

วิธีการเบิกชดเชย

บริหารวงเงินระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขต) สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการโดยจ่ายตามผลงานบริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ ทั้งนี้การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต (อปสข.)เห็นชอบ

หน่วยบริการรายงานผลบริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำโดยบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub ที่ URL http:// tbdatahub. nhso.go.th

7. การชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

7.1 กระบวนการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

สปสช.ดำเนินการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ตามเงื่อนไขการชดเชยที่สปสช.กำหนดโดยมีกระบวนการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์รายละเอียดตามแผนภูมิแสดงกระบวนการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์และรอบการประมวลผลชดเชยการให้บริการ

ลำดับ	เดือนที่ส่งข้อมูล (Sent date)	วันที่ตัดข้อมูล
1	ตุลาคม 2561	31 ตุลาคม 2561
2	พฤศจิกายน 2561	30 พฤศจิกายน 2561
3	ธันวาคม 2561	31 ธันวาคม 2561
4	มกราคม 2562	31 มกราคม 2562
5	กุมภาพันธ์ 2562	28 กุมภาพันธ์ 2562
6	มีนาคม 2562	31 มีนาคม 2562
7	เมษายน 2562	30 เมษายน 2562
8	พฤษภาคม 2562	31 พฤษภาคม 2562
9	มิถุนายน 2562	30 มิถุนายน 2562
10	กรกฎาคม 2562	31 กรกฎาคม 2562
11	สิงหาคม 2562	31 สิงหาคม 2562
12	กันยายน 2562	25 กันยายน 2562

ตารางแสดงรอบการประมวลผลชดเชยการให้บริการปีงบประมาณ 2562

หมายเหตุ : กรณีมีการเปลี่ยนแปลงวันที่ตัดข้อมูลสปสช. จะเวียนหนังสือแจ้งให้หน่วยบริการทราบ

7.2 หลักเกณฑ์การชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

สปสช. ชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ตามผลงานการให้บริการจริงโดยใช้ข้อมูลผลงานการบริการที่มีบันทึกผ่านโปรแกรม TBCM online หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub โดย สปสช. จะประมวลผลข้อมูลการจ่ายชดเชยตามวันที่มีการบันทึกและส่งข้อมูล (Sentdate) เป็นรายเดือน

7.3 ระยะเวลาการส่งข้อมูล

หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลบริการได้ภายใน 90 วัน หลังให้บริการกรณีหน่วยบริการที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการเองไม่ได้ต้องส่งไปตรวจที่ห้องปฏิบัติการของหน่วยบริการอื่น สปสช. จะนับจากวันที่ส่งตรวจและหากเป็นกรณีส่งเพาะเชื้อสามารถส่งข้อมูลได้ภายใน 120 วัน ทั้งนี้หากส่งข้อมูลเกินเวลาที่กำหนดแต่ไม่เกิน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการ สปสช. จะประมวลผลข้อมูลการจ่ายชดเชยในรอบเดือนกันยายน 2562

7.4 การอุทธรณ์ข้อมูล

เป็นการแก้ไขข้อมูลหลังวันตัดยอดข้อมูลซึ่งหน่วยบริการหรือสปสช.สามารถอุทธรณ์การจ่ายชดเชยได้หากตรวจสอบแล้วพบว่าการจ่ายชดเชยไม่ถูกต้องตามเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดหรือไม่ครบถ้วน โดยหน่วยบริการต้องอุทธรณ์เป็นหนังสือราชการภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2562 ไปยัง สปสช.เขตพื้นที่ของหน่วยบริการ

7.5 ตรวจสอบการโอนเงินที่ NHSO Budget และตรวจสอบรายละเอียดรายบุคคล

โดยตรวจสอบการโอนเงินที่ NHSO Budget และตรวจสอบรายละเอียดรายบุคคลที่โปรแกรม Seamless For DMIS ที่เมนู REP (เฉพาะค่าบริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ) ซึ่งเป็นเมนูสำหรับการดูข้อมูลที่มีการออก REP ตามรอบแบบ Summery เพื่อแจ้งให้หน่วยบริการทราบว่าในการแจ้งขอเงินในรอบของการจ่ายนั้นมีรายการที่ได้รับเงินจำนวนเท่าไรไม่ได้รับเงินจำนวนเท่าไร

3) บริการแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

ในปี ค.ศ. 2002 (พ.ศ.2545) องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาลทุกชนิ แบบประคับประคอง(Palliative Care) มุ่งที่จะทำ ให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life – threatening illness) ไม่ว่าจะเป็นโรคใด โดยเน้นที่ การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหา ทางจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ แบบองค์รวมและควรให้การรักษาดังกล่าว ตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสียผู้ป่วย และญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพมีชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงมีนโยบายสนับสนุนความเพียงพอของบริการและเหมาะสมสำหรับทุกกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างเหมาะสม สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคาม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้าย โดยเป็นการดูแลร่วมกันของหน่วยบริการ ครอบครัว ผู้ดูแลและชุมชนตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง

1) <u>วัตถุประสงค์</u>

1.1) เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ได้รับบริการแบบประคับประคองที่บ้านอย่างมีคุณภาพ

1.2) เพื่อให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยฯระดับจังหวัด/เขต

1.3) เพื่อลดอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2) <u>วงเงินงบประมาณ</u>

ปีงบประมาณ 2562 ได้รับค่าใช้จ่ายบริการ วงเงิน 93,409,126 บาท

3) <u>เป้าหมาย</u>

เป้าหมายจำนวน 17,742 ราย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มเข้าเกณฑ์เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ที่ได้คุณภาพมาตรฐาน ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์กำหนด โดยมีการประสาน ส่งต่อ ให้คำปรึกษา และพัฒนาระบบบริการการร่วมกัน ระหว่าง หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ ครอบครัว/ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง อย่างไร้รอยต่อ

4) แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

4.1) เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการ ที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในช่วงในช่วงวันที่ 1 เมษายน 2561 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2562 และ เสียชีวิตในเดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562

4.2) ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามเกณฑ์แนวทางที่กรมการแพทย์กำหนด

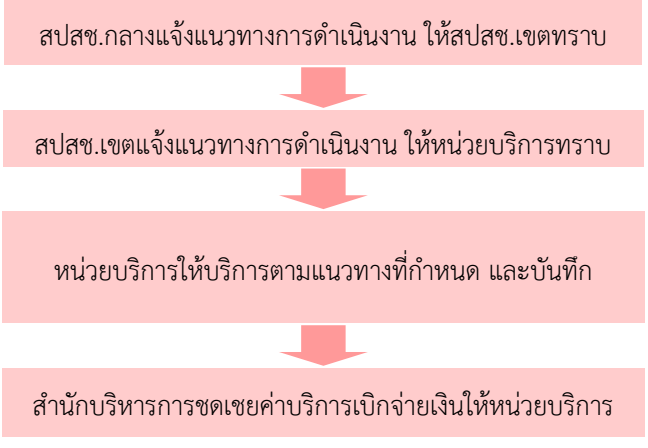
4.3) เป็นการเหมาจ่ายต่อราย ตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้าน โดยประมวลผล จากวันที่เริ่มให้บริการที่บ้านครั้งแรก จนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต เมื่อตรวจสอบกับฐานทะเบียนราษฎร์ ซึ่งกำหนดอัตราจ่ายดังนี้

ระยะเวลาการดูแลที่บ้าน(วัน)	อัตราจ่าย(บาท)
น้อยกว่า 30	4,000
31- 60	5,000
61 - 90	6,000
91 – 120	7,000
121 -150	8,000
151 วันขึ้นไป	9,000

4.4) หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim

4.5) การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย ในกรณีที่ได้รับค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วนและไม่เห็นด้วยกับการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย หน่วยบริการสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่าย โดยทำหนังสือแจ้งต่อเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้มีคำวินิจฉัย ทั้งนี้ต้องแจ้งภายใน 60 วัน และไม่เกินปีงบประมาณ 2561 ทั้งนี้ คำวิจฉัยของเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ถือเป็นที่สุด

ผังรูปภาพสรุปขั้นตอนการดำเนินงาน



5) บทบาทสปสช. ส่วนกลาง

ทำหลักเกณฑ์ แนวทางการบริหารเงิน ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และชี้แจงทำความเข้าใจกับเขตสนับสนุนการดำเนินงาน และกำกับติดตามผลงานระดับประเทศ รายงานผู้บริหาร และคืนข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องทำข้อเสนอในปีถัดไป

6) บทบาทสปสช.เขต

6.1) กำกับติดตามผลการดำเนินงานและรายงานข้อมูลผลการดำเนินงาน

6.2) ร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ในการสุ่มตรวจคุณภาพการบริการ

6.3) ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

7) บทบาทหน่วยบริการ

7.1) การจัดบริการให้แก่กลุ่มเป้าหมาย

7.2) การส่งรายงานผลงานบริการการ ผ่านระบบ e-claim

8) การกำกับติดตามและประเมินผล

8.1) สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการติดตามข้อมูลประมวลผลและเบิกจ่ายเงิน

8.2) สปสช.เขตติดตาม กำกับ ตรวจสอบ การดำเนินงานของหน่วยบริการ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

8.3) สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ ประสานติดตามข้อมูลการบริการ ข้อมูลการเบิกจ่าย และประเมินผลการลดอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

บทที่ 4 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายการบริหารจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของแต่ละกลุ่มวัยตามประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ฉบับที่ 10

1.2 เพื่อการป้องกันหรือลดทอนปัญหาสาธารณสุขหรือภาระโรคที่สำคัญของประเทศ

1.3 เพื่อสนับสนุนความเข้มแข็งกลไกการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่

2.. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน

2.1 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule)

2.1.1 วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการเฉพาะของประชาชนทุกสิทธิ

2.1.2 จำนวนเงินที่ได้รับ

ค่าบริการตามรายการบริการ จำนวน 43.22 บาทต่อคน

2.1.3 หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย

2.1.3.1 สปสช.บริหารจัดการค่าใช้จ่ายเป็น 2 ส่วน โดย ค่าใช้จ่ายสำหรับพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 สปสช.กลางเป็นผู้บริหารจัดการ และ ค่าใช้จ่ายสำหรับพื้นที่กรุงเทพมหานคร สปสช.เขตกรุงเทพมหานครเป็นผู้บริหารจัดการโดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. อย่างน้อยต้องมีรายการบริการตามที่กำหนด

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

ก. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทยทุกคน

1.2 เพื่อตรวจค้นหาและรักษา early pre cancer ของ CA cervix ในระยะเริ่มแรก

2. กลุ่มเป้าหมาย

2.1 หญิงไทย อายุ 30 – <60 ปี ทุกสิทธิ โดยรับบริการตรวจคัดกรอง 1 ครั้ง ทุก ๆ 5 ปี

3. แนวทาง เงื่อนไข และอัตราการจ่าย การให้บริการ

3.1 เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.2 หน่วยบริการที่จะให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap Smear ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายภายใต้หน่วยบริการของรัฐ จะต้องผ่านหรือเคยผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3.3 หน่วยบริการที่จะให้บริการตรวจคัดกรองและรักษาด้วยวิธี VIA ต้องเป็นหน่วยบริการเดิมที่เคยดำเนินการอยู่ใน 31 จังหวัด ดังนี้ ร้อยเอ็ด หนองคาย บึงกาฬ อำนาจเจริญ ยโสธร สุราษฎร์ธานี อุตรดิตถ์ เชียงใหม่ นครศรีธรรมราช น่าน เพชรบูรณ์ ตาก กระบี่ ลพบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ สระบุรี แม่ฮ่องสอน ตรัง สตูล สมุทรสาคร ชัยนาท อำเภอนิคมคำสร้อยจังหวัดมุกดาหาร พิษณุโลก นครสวรรค์ นครราชสีมา ราชบุรี ชลบุรี อุบลราชธานี ขอนแก่น และยะลา เท่านั้น และผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายภายใต้หน่วยบริการของรัฐ จะต้องผ่านหรือเคยผ่านการอบรม เชิงปฏิบัติการการตรวจคัดกรองและรักษาด้วยวิธี VIA ทั้งนี้ สปสช. ไม่สนับสนุนให้มีการขยายพื้นที่หรือหน่วยบริการเพิ่มเติม

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

3.5 สปสช.จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับการส่งต่อทั่วไปและหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีอัตราการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

3.5.1 บริการตรวจคัดกรองด้วย pap smear และตรวจทางเซลล์วิทยา หรือตรวจคัดกรองและรักษาด้วยVIA เหมาจ่ายอัตรา 250 บาท

3.5.2 บริการตรวจวินิจฉัยยืนยันด้วยวิธี Colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ และตรวจทางพยาธิวิทยา เหมาจ่ายอัตรา 900 บาท

3.6 การขอรับค่าใช้จ่าย

3.6.1 กรณีหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการร่วมให้บริการ หน่วยบริการรับส่งต่อ ต้องส่งข้อมูล ไปยังสำนักงานทุกเดือนหรือทุกวัน ข้อมูล มีดังนี้

3.6.1.1 บริการตรวจคัดกรอง: ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เลขบัตรประจำตัวประชาชน ชื่อ นามสกุล อายุ วิธีการตรวจคัดกรอง หากตรวจวิธี pap smear ต้องมีผลการตรวจเซลล์วิทยา

3.6.1.2 บริการตรวจยืนยัน: ระบุวิธีด้วยรหัส ICD 9 (67.19 Colposcopic examination of cervix 67.11 Endocervical biopsy, 67.12 Colposcopic examination with biopsy, 67.32 Colposcopic & leep)

3.6.2 หน่วยบริการบริการประจำ หน่วยบริการร่วมให้บริการ หน่วยบริการรับส่งต่อ ส่งข้อมูลการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear และการตรวจยืนยัน ส่งผ่านระบบ e-claim

3.6.3 กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ (รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข) ให้จัดส่งข้อมูลบริการตามโครงสร้างมาตรฐานขอมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

3.6.3.1 กรณีตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear ส่งข้อมูลแฟ้ม 1 person, แฟ้ม 15 Diagnosis OPD, แฟ้ม 41 special PP

3.6.3.2 กรณีตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA ส่งข้อมูลแฟ้ม 1 person, แฟ้ม 15 Diagnosis OPD, แฟ้ม แฟ้ม 41 special PP

ไปยังสำนักงานทุกเดือน ทั้งนี้ สปสช.จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำที่เป็นแม่ข่าย

3.6.4 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 กทม. บันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านโปรแกรม BPPDS (Bangkok Promotion & Prevention Database System) ของ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร การจ่ายให้เป็นไปตามที่ อปสข.กำหนด

3.6.5 สำนักงานจะประมวลผลข้อมูลบริการและจ่ายให้หน่วยบริการที่ให้บริการทุกเดือน ภายในวันที่ 15 โดยสามารถตรวจสอบได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

3.6.6 กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่าย ที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วันหลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

ข. บริการฝากครรภ์ (ANC)

1) วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความครอบคลุมบริการฝากครรภ์

2) กลุ่มเป้าหมาย

หญิงไทยตั้งครรภ์ ทุกสิทธิ (สิทธิ UC สิทธิสวัสดิการข้าราชการรวมข้าราชการท้องถิ่นและรัฐวิสาหกิจ สิทธิประกันสังคม สิทธิว่าง)

3) แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่าย การให้บริการ

3.1 หน่วยบริการต้องให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุกสิทธิ ตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานสำหรับบริการฝากครรภ์ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ.2559 สาระสำคัญโดยสรุป ดังตาราง

กิจกรรมพื้นฐาน	ANC ครั้งแรก	ANC ครั้งที่ 2 (อายุครรภ์ 13-<20 สัปดาห์)	ANC ครั้งที่ 3 (อายุครรภ์ 20-<26 สัปดาห์)	ANC ครั้งที่ 4 (อายุครรภ์ 26-<32 สัปดาห์)	ANC ครั้งที่ 5 (อายุครรภ์ 32-40 สัปดาห์)
1 การซักประวัติ	✓	✓	✓	✓	✓
2 การตรวจร่างกาย					
2.1 วัดสัญญาณชีพ: ชีพจร ความดันโลหิต	✓	✓	✓	✓	✓
2.2 ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง คำนวณดัชนีมวลกาย	✓	✓	✓	✓	✓
2.3 ตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน ขัดและทำความสะอาดฟัน	✓				
2.4 ตรวจทางสูตินรีเวช:					
- ตรวจภายใน	✓				
- ตรวจวัดความสูงยอดมดลูก ฟังเสียงหัวใจทารก	✓	✓	✓	✓	✓
- ตรวจอัลตร้าซาวด์ (ถ้ามี)	———	———			
3 ตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า	✓	✓	✓	✓	✓
4 ตรวจคัดกรองการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด	✓	✓	✓	✓	✓
5 ประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (Classifying form)	✓	✓	✓	✓	✓
6 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ					
6.1 urine dipstick test	✓	✓	✓	✓	✓
6.2 CBC-Hb/Hct	✓			✓	
6.3 MCV และหรือ DCIP ถ้า +ve ให้ ตรวจ MCV และหรือ DCIP ของสามี	✓				
6.4 Blood group: ABO/Rh	✓				
6.5 VDRL	✓			✓	
6.6 HIV	✓			✓	
6.7 Hepatitis B	✓				
7 การให้ยา Triferdine (ยาวิตามินเสริมเหล็ก/โฟลิค/ไอโอดิน)	✓	✓	✓	✓	✓

กิจกรรมพื้นฐาน	ANC ครั้งแรก	ANC ครั้งที่ 2 (อายุครรภ์ 13-<20 สัปดาห์)	ANC ครั้งที่ 3 (อายุครรภ์ 20-<26 สัปดาห์)	ANC ครั้งที่ 4 (อายุครรภ์ 26-<32 สัปดาห์)	ANC ครั้งที่ 5 (อายุครรภ์ 32-40 สัปดาห์)
8 การให้วัคซีน dT ตามเกณฑ์	✓				
9 การให้คำแนะนำ	✓	✓	✓	✓	✓
10 บันทึกสมุดอนามัยมารดา	✓	✓	✓	✓	✓

3.2 บริการฝากครรภ์ครั้งแรก (ANC ครั้งแรก) หมายถึง การให้บริการดูแลครรภ์ครั้งแรกในครรภ์นั้น ๆ ของหญิงตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะมีอายุครรภ์เท่าใด โดยหน่วยบริการต้องให้บริการครบถ้วนตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานการฝากครรภ์ครั้งแรก

3.3 บริการฝากครรภ์ครั้งต่อๆ ไป หมายถึง การให้บริการดูแลครรภ์ครั้งที่ 2-5 ในครรภ์นั้นๆ ของหญิงตั้งครรภ์ โดยหน่วยบริการต้องให้บริการครบถ้วนตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานการฝากครรภ์ที่ช่วงอายุครรภ์นั้น

3.3.1 การบริการดูแลฝากครรภ์ 5 ครั้ง เป็นการดูแลสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีความเสี่ยงต่ำ กรณีที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นครรภ์เสี่ยงสูง มีความจำเป็นต้องให้การดูแลพิเศษมากกว่า 5 ครั้ง และประเมินเพิ่มเติมหรือตรวจติดตามพิเศษมากกว่าชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน บริการส่วนนี้ถือว่าเป็นการรักษาพยาบาล (Care)

3.3.2 หน่วยบริการให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุกสิทธิถึงแม้ไม่ได้ลงทะเบียนกับหน่วยบริการหรือเครือข่าย โดยไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลครรภ์ตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน และแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ณ หน่วยบริการและเครือข่ายแห่งใดแห่งหนึ่งเป็นประจำ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อการดูแลครรภ์ต่อเนื่อง

3.3.3 สปสช.บริหารจัดการค่าใช้จ่ายระดับประเทศจ่ายให้กับหน่วยบริการประจำหน่วยบริการร่วมให้บริการ หน่วยบริการรับการส่งต่อ ที่ให้บริการฝากครรภ์ โดย

1) บริการฝากครรภ์ครั้งแรก เหมาจ่าย 1,200 บาท

2) บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 2, 3, 4 และ 5 พิจารณาตามช่วงอายุครรภ์ โดยเหมาจ่ายให้ช่วงอายุครรภ์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 400 บาท

3) กรณีเป็นครรภ์เสี่ยงสูงและต้องการดูแลมากกว่ากิจกรรมพื้นฐาน บริการส่วนนี้ถือว่าเป็นการรักษาพยาบาล

- สำหรับหญิงตั้งครรภ์สิทธิ UC ค่าใช้จ่ายส่วนนี้เหมาจ่ายอยู่ในค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในแล้วแต่กรณี
- สำหรับสิทธิอื่นเบิกจ่ายตามสิทธิการรักษานั้นๆ

4. การขอรับค่าใช้จ่าย

4.1 กรณีหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการร่วมให้บริการ หน่วยบริการรับส่งต่อ นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่งข้อมูลผ่านระบบ e-claim ไปยังสำนักงานทุกเดือนหรือทุกวัน

ข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ มีดังนี้

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เลขบัตรประจำตัวประชาชน ชื่อ นามสกุล อายุ อายุครรภ์ (นับสัปดาห์และวัน) วันที่ประจำเดือนมาครั้งสุดท้าย (LMP : last menstrual period)

4.1.2 ข้อมูลฝากครรภ์ครั้งแรก (ไม่จำกัดอายุครรภ์) ต้องมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : Hb/Hct, MCV, VDRL, HBsAg และ Anti HIV

4.1.3 ฝากครรภ์ครั้งที่ 2, 3 และ 5 ต้องมีผลการตรวจครรภ์

4.1.4 ฝากครรภ์ครั้งที่ 4 ช่วงอายุครรภ์ 26 - <32 สัปดาห์ ต้องมีผลการตรวจ :Hb/Hct, MCV, VDRL และ Anti HIV

4.2 กรณีหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ (รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข)สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้จัดส่งข้อมูลการให้บริการตามโครงสรางมาตรฐานข้อมูลดานสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข คือ แฟ้ม 1 person แฟ้ม 33 Prenatal และแฟ้ม 34 ANC ส่งไปยังสำนักงานทุกเดือน ทั้งนี้ สปสช.จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำที่เป็นแม่ข่าย

4.3 สำนักงานจะประมวลผลข้อมูลบริการและจ่ายให้หน่วยบริการที่ให้บริการทุกเดือน โดยประมวลผลการจ่าย 2 ครั้งสำหรับแต่ละครรภ์ คือ หลังบริการฝากครรภ์ครั้งแรก และการตั้งครรภ์ในครั้งต่อไป โดยพิจารณาจากวันที่ให้บริการ (Date service) ภายในวันที่ 15 ทั้งนี้หน่วยบริการสามารถตรวจสอบการจ่ายได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget ->-> บริการฝากครรภ์

4.4 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 กทม. บันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านโปรแกรม BPPDS (Bangkok Promotion & Prevention Database System) ของ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร การจ่ายให้เป็นไปตามที่ อปสข.กำหนด

4.5 กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่ายกำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วันหลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

ค. การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อให้คู่เสี่ยงเข้าถึงบริการและได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด

1.2 เพื่อให้คู่เสี่ยงที่มีผลวินิจฉัยก่อนคลอดผิดปกติเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ผิด

2. กลุ่มเป้าหมาย

2.1 หญิงไทยตั้งครรภ์ ทุกสิทธิ

2.2 สามีของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง

3. แนวทาง เงื่อนไข และอัตราการจ่าย การให้บริการ

3.1 เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์ หรือหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

3.2 อัตราค่าใช้จ่ายในการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยทารกในครรภ์ การตรวจยืนยันทารกในครรภ์ทางห้องปฏิบัติการ และการยุติการตั้งครรภ์ ดังนี้

3.2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.2.1.1 Hemoglobin typing ราคา 270 บาทต่อราย

3.2.1.2 Alpha – thalassemia 1 ราคา 500 บาทต่อราย

3.2.1.3 Beta – thalassemia ราคา 1,200 บาทต่อราย

3.2.2 การทำหัตถการ ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ราคา 2,500 บาทต่อราย

3.3.2.1 การตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic villus sampling,CVS) หรือ

3.3.2.2 การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ

3.3.2.3 การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)

3.2.3 การยุติการตั้งครรภ์ ราคา 3,000 บาทต่อราย

3.3 การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

3.3.1 การบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ

3.3.1.1 บันทึกข้อมูลรายงานผลการตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ การตรวจยืนยันทารกในครรภ์ ให้หน่วยบริการที่ส่งตรวจ เมื่อทราบผลการตรวจ

3.3.1.2 บันทึกการทำหัตถการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์, การยุติการตั้งครรภ์ ภายในสิ้นเดือน

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

3.3.2 สปสช.ประมวลผลข้อมูลจาก National Perinatal Registry Portal และจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นรายกิจกรรมรายเดือน โดยสามารถตรวจสอบได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget ->-> seamless for DMIS : Thalassemia ซึ่งหน่วยบริการที่รับตรวจ ต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการ, หญิงตั้งครรภ์ หรือ ผู้รับบริการ เพิ่มเติม

3.3.3 กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราค่าใช้จ่าย ที่กำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์เป็นเอกสารได้ภายใน 30 วันหลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

ง. การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

1.2 เพื่อลดอัตราเด็กแรกเกิดที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการดาวน์

2. กลุ่มเป้าหมาย

หญิงไทยตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิ

3. แนวทาง เงื่อนไข และอัตราการจ่าย การให้บริการ

3.1 เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์ หรือหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

3.2 อัตราค่าใช้จ่ายในการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยทารกในครรภ์ การตรวจยืนยันทารกในครรภ์ทางห้องปฏิบัติการ และการยุติการตั้งครรภ์ ดังนี้

3.2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.2.1.1 การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test (Beta-hCG, unconjugated estriol, alpha, fetoprotein (AFP), inhibin A) รายละ 1,200 บาท

3.2.1.2 การตรวจโครโมโซมยืนยันทารกในครรภ์ รายละ 2,500 บาท

3.2.2 การทำหัตถการ ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้ ราคา 2,500 บาทต่อราย

3.2.2.1 การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ

3.2.2.2 การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)

3.2.3 การยุติการตั้งครรภ์ ราคา 3,000 บาทต่อราย

3.2.4 ค่าการเจาะเลือดปั่นซีรั่ม อัตราเหมาจ่าย 100 บาท และค่าส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ อัตรา เหมาจ่าย 100 บาทต่อราย

3.3 การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

3.3.1 การบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ

3.3.1.1 บันทึกข้อมูลรายงานผลการตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ การตรวจยืนยันทารกในครรภ์ ให้หน่วยบริการที่ส่งตรวจ เมื่อทราบผลการตรวจ

3.3.1.2 บันทึกการทำหัตถการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์, การยุติการตั้งครรภ์ ภายในสิ้นเดือน

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

3.3.2 สปสช.ประมวลผลข้อมูลจาก National Perinatal Registry Portal และจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นรายกิจกรรมรายเดือน โดยสามารถตรวจสอบได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget ->-> seamless for DMIS : DOW ซึ่งหน่วยบริการที่รับตรวจ ต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการ, หญิงตั้งครรภ์ หรือ ผู้รับบริการ เพิ่มเติม

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

รายชื่อหน่วยบริการที่รับตรวจกรอง Quadruple test

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

จ. การป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด (TSH)

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อให้เด็กแรกเกิดทุกรายเข้าถึงการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์

1.2 เพื่อให้เด็กที่มีผลการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ได้รับการตรวจยืนยัน

2. กลุ่มเป้าหมาย

2.1 เด็กไทยคลอดครบกำหนด น้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม ทุกสิทธิ ทุกราย อย่างน้อย 1 ครั้ง

2.2 เด็กเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 36 สัปดาห์ หรือมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือทารกแฝดที่เป็น monozygotic twin ตรวจคัดกรอง 2 ครั้ง เมื่อแรกเกิด และเมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์ ทุกสิทธิ ทุกราย

3. แนวทาง เงื่อนไข และอัตราการจ่าย การให้บริการ

3.1 เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด หรือหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

3.2 อัตราค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรอง (TSH) ทางห้องปฏิบัติการ ครั้งละ 125 บาท

4. การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

4.1 การบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ

4.1.1 บันทึกข้อมูลรายงานผลการตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ การตรวจยืนยันทารกในครรภ์ให้หน่วยบริการที่ส่งตรวจ เมื่อทราบผลการตรวจ

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

4.2 สปสช.ประมวลผลข้อมูลจาก National Perinatal Registry Portal และจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นรายกิจกรรมรายเดือน โดยสามารถตรวจสอบได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget ->-> seamless for DMIS : TSH ซึ่งหน่วยบริการที่รับตรวจ ต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการ, หญิงตั้งครรภ์ หรือ ผู้รับบริการ เพิ่มเติม

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

การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

1. การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ขอบเขตบริการ

1. ผู้มีสิทธิ ได้แก่

หญิงไทยอายุต่ำกว่า 20 ปี (อายุถึง 19 ปี 11 เดือน 29 วัน) ทุกสิทธิ ที่อยู่ในภาวะหลังคลอดหรือแท้งหรือต้องการคุมกำเนิด

2. เป็นบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรด้วยห่วงอนามัยหรือฝังยาคุมกำเนิด อย่างใดอย่างหนึ่ง ***ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยหน่วยบริการสามารถให้บริการได้โดยไม่ต้องผ่านระบบส่งต่อ***

3. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย

1) หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป

2) หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ

1. หน่วยบริการสามารถเบิกค่าบริการได้ 1 คน 1 ครั้ง 1 รายการต่อ 1 ปีงบประมาณ และต้องบันทึกการให้บริการลงในเวชระเบียนประกอบด้วยการวินิจฉัยตาม ICD10 และการทำหัตถการตาม ICD9CM ที่ระบุชนิดของการบริการได้แก่บริการห่วงอนามัยหรือบริการฝังยาคุมกำเนิดและพร้อมที่จะให้ตรวจสอบเวชระเบียน หาก สปสช. ร้องขอ

2. หน่วยบริการที่รับค่าบริการ ไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายใด ๆ จากผู้รับบริการ เพิ่มเติม

3. หากผู้รับบริการมีผลข้างเคียงจากการรับบริการดังกล่าว หรือมีความจำเป็นจะต้องนำห่วงอนามัยหรือยาฝังคุมกำเนิดออกก่อนระยะเวลาที่กำหนด หน่วยบริการต้องให้บริการโดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ

4. อัตราค่าชดเชยบริการสำหรับบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรในวัยรุ่น เป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากระบบปกติ ทั้งกรณี ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน มีดังนี้

1) บริการห่วงอนามัย	จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน	800 บาทต่อราย
2) บริการฝังยาคุมกำเนิด	จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน	2,500 บาทต่อราย

วิธีการส่งข้อมูลขอรับค่าบริการและรายงานผลการบริการ

1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1 – 12 บันทึกข้อมูลการบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด) ผ่านโปรแกรม e-Claim (http://eclaim.nhso.go.th) ของ สปสช. ดังนี้

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

รายละเอียดตามเอกสารวิธีการบันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรในวัยรุ่น หากต้องการแก้ไขข้อมูลขอให้ดำเนินการดังนี้

- กรณีข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C) แก้ไขแล้วส่งเข้าระบบใหม่อีกครั้ง

- กรณีข้อมูลผ่านการตรวจสอบและประมวลผล (ผ่าน A) หากต้องการแก้ไข ดำเนินการผ่านระบบอุทธรณ์ (Appeal) หลังออกรายงาน Statement ตามรอบเดือนที่ส่งข้อมูล แล้วส่งเข้ามาในระบบอีกครั้ง

- ข้อมูลถูกปฏิเสธจ่าย (Deny) ส่งเอกสารอุทธรณ์มาที่ สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. สปสช.ประมวลผลข้อมูลผ่านระบบ e-Claim Seamless เพื่อจ่ายชดเชยบริการเป็นรายกิจกรรม รายเดือน ตามรอบปฏิทินการออก Statement ที่กำหนด โดยสามารถตรวจสอบได้จาก www.nhso.go.th -> nhso Budget -> PPB_ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด (มี Link ไปที่ระบบ e-Claim) ซึ่งหน่วยบริการที่รับค่าบริการต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายใดๆ จากหน่วยบริการตามสิทธิและผู้รับบริการเพิ่มเติม

3. กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าบริการไม่เป็นไปตามเงื่อนไขและอัตราค่าใช้จ่ายที่กำหนด ขอให้หน่วยบริการจัดทำเอกสารอุทธรณ์พร้อมแนบหลักฐานภายใน 30 วัน หลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th -> nhso Budget

4. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 กทม. บันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านโปรแกรม BPPDS (Bangkok Promotion & Prevention Database System) ของสปสช.เขต 13 กทม. การจ่ายให้เป็นไปตามที่ อปสข.กำหนด

5. กรณี PID ซ้ำจะ Deny และสามารถอุทธรณ์เป็นเอกสารภายใน 30 กันยายน ของปีถัดไป

2. การป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

ขอบเขตบริการ

1. ผู้มีสิทธิ ได้แก่ หญิงไทยทุกสิทธิที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตามเงื่อนไขของประมวลกฎหมายอาญาและข้อบังคับแพทยสภา โดยรับบริการได้จากหน่วยบริการที่สมัครใจให้บริการ โดยไม่รวมถึงกรณีดังต่อไปนี้

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

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

3) ผู้ป่วยที่มารักษาในกรณี Incomplete abortion

2. เป็นบริการยุติการตั้งครรภ์ โดยแพทย์ **ด้วยวิธีการใช้ยา Medabon® หรือวิธีศัลยกรรม เช่น การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA), การใช้เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA)** อย่างใดอย่างหนึ่ง ***ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยหน่วยบริการสามารถให้บริการได้โดยผ่านระบบส่งต่อและไม่ต้องผ่านระบบส่งต่อ***

3. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย

1) หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป

2) หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ

1. หน่วยบริการสามารถเบิกค่าบริการได้ 1 คน 1 ครั้ง 1 รายการต่อ 1 ปีงบประมาณ และต้องบันทึกการให้บริการลงในเวชระเบียนประกอบด้วยการวินิจฉัยตาม ICD10 และการทำหัตถการตาม ICD9CM ที่ระบุชนิดของการบริการ ได้แก่ บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา Medabon® หรือบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีศัลยกรรม เช่น การใช้กระบอกดูดสูญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration : MVA), การใช้เครื่องดูดสูญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration : EVA) และพร้อมที่จะให้ตรวจสอบเวชระเบียน หาก สปสช. ร้องขอ

2. หน่วยบริการที่รับค่าบริการ ต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายใด ๆ จากผู้รับบริการ เพิ่มเติม

3. หากผู้รับบริการมีผลข้างเคียงจากการรับบริการดังกล่าวหน่วยบริการต้องให้การดูแลรักษาโดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ

4. อัตราค่าชดเชยบริการการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย เป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากระบบปกติ ทั้งกรณี ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ดังนี้

1) บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา Medabon® จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน 3,000 บาทต่อราย

2) บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีทางศัลยกรรม จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน 3,000 บาทต่อราย

วิธีการส่งข้อมูลขอรับค่าบริการและรายงานผลการบริการ

1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1 – 12 บันทึกข้อมูลการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ผ่านโปรแกรม e-Claim (http://eclaim.nhso.go.th) ของ สปสช. ดังนี้

รายการบริการยุติการตั้งครรภ์	รหัส	ICD-10	ICD-9CM	อัตราจ่าย
ด้วยยา Medabon®	AB001	O04.0-O04.9	-	3,000
การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (MVA)	AB002	O04.0-O04.9	69.51	3,000
การใช้เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า(EVA)	AB003	O04.0-O04.9	69.51	3,000

ICD-10 Diagnosis codes. O04- Medical abortion Incl.: legal termination of pregnancy, therapeutic termination of pregnancy, therapeutic abortion

ICD-9CM codes 69.51 Aspiration Curettage Of Uterus For Termination Of Pregnancy

รายละเอียดตามเอกสารวิธีการบันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ (http://eclaim.nhso.go.th เมนูดาวน์โหลด) หากต้องการแก้ไขข้อมูลขอให้ดำเนินการดังนี้

- กรณีข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C) แก้ไขแล้วส่งเข้าระบบใหม่อีกครั้ง

- กรณีข้อมูลผ่านการตรวจสอบและประมวลผล (ผ่าน A) หากต้องการแก้ไข ดำเนินการผ่านระบบอุทธรณ์ (Appeal) หลังออกรายงาน Statement ตามรอบเดือนที่ส่งข้อมูล แล้วส่งเข้ามาในระบบอีกครั้ง

- ข้อมูลถูกปฏิเสธจ่าย ส่งเอกสารอุทธรณ์มาที่ สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. สปสช. ประมวลผลข้อมูลผ่านระบบ e-Claim Seamless เพื่อจ่ายชดเชยบริการเป็นรายกิจกรรม รายเดือน ตามรอบปฏิทินการออก Statement ที่กำหนด โดยสามารถตรวจสอบได้จาก www.nhso.go.th ->nhso Budget -> PPB_ยุติการตั้งครรภ์ (มี Link ไปที่ระบบ e-Claim) ซึ่งหน่วยบริการที่รับค่าบริการต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายใดๆ จากหน่วยบริการตามสิทธิและผู้รับบริการเพิ่มเติม

2. กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าบริการไม่เป็นไปตามเงื่อนไขและอัตราค่าใช้จ่ายที่กำหนด ขอให้หน่วยบริการจัดทำเอกสารอุทธรณ์พร้อมแนบหลักฐานภายใน 30 วันหลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th -> nhso Budget

3. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 กทม. บันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านโปรแกรม BPPDS (Bangkok Promotion & Prevention Database System) ของสปสช.เขต 13 กทม. การจ่ายให้เป็นไปตามที่ อปสข.กำหนด

4. กรณี PID ซ้ำจะ Deny และสามารถอุทธรณ์เป็นเอกสารภายใน 30 กันยายน ของปีถัดไป

3. การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ขอบเขตบริการ

1. ผู้มีสิทธิ ได้แก่

หญิงไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิ กรณีหลังยุติการตั้งครรภ์กับหน่วยบริการในระบบ UC

2. เป็นบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรด้วยห่วงอนามัยหรือฝังยาคุมกำเนิด อย่างใดอย่างหนึ่ง ***ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยหน่วยบริการสามารถให้บริการได้โดยไม่ต้องผ่านระบบส่งต่อ***

3. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย

1) หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป

2) หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ

1. เป็นการให้บริการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561

2. หน่วยบริการสามารถเบิกค่าบริการได้ 1 คน 1 ครั้ง 1 รายการต่อ 1 ปีงบประมาณ และต้องบันทึกการให้บริการลงในเวชระเบียนประกอบด้วยการวินิจฉัยตาม ICD10 และการทำหัตถการตาม ICD9CM ที่ระบุชนิดของการบริการได้แก่บริการห่วงอนามัยหรือบริการฝังยาคุมกำเนิดและพร้อมที่จะให้ตรวจสอบเวชระเบียนหาก สปสช. ร้องขอ

3. หน่วยบริการที่รับค่าบริการ ไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายใด ๆ จากผู้รับบริการ เพิ่มเติม

4. หากผู้รับบริการมีผลข้างเคียงจากการรับบริการดังกล่าว หรือมีความจำเป็นจะต้องนำห่วงอนามัยหรือยาฝังคุมกำเนิดออกก่อนระยะเวลาที่กำหนด หน่วยบริการต้องให้บริการโดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ

5. อัตราค่าชดเชยบริการสำหรับบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรในหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากระบบปกติ ทั้งกรณี ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน มีดังนี้

1) บริการห่วงอนามัย	จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน	800 บาทต่อราย
2) บริการฝังยาคุมกำเนิด	จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน	2,500 บาทต่อราย

วิธีการส่งข้อมูลขอรับค่าบริการและรายงานผลการบริการ

1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 1 – 12 บันทึกข้อมูลการบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด) ผ่านโปรแกรม e-Claim (http://eclaim.nhso.go.th) ของ สปสช. ดังนี้

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

รายละเอียดตามเอกสารวิธีการบันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรในหญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป หากต้องการแก้ไขข้อมูลขอให้ดำเนินการดังนี้

- กรณีข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C) แก้ไขแล้วส่งเข้าระบบใหม่อีกครั้ง
- กรณีข้อมูลผ่านการตรวจสอบและประมวลผล (ผ่าน A) หากต้องการแก้ไข ดำเนินการผ่านระบบอุทธรณ์ (Appeal) หลังออกรายงาน Statement ตามรอบเดือนที่ส่งข้อมูล แล้วส่งเข้ามาในระบบอีกครั้ง
- ข้อมูลถูกปฏิเสธจ่าย (Deny) ส่งเอกสารอุทธรณ์มาที่ สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. สปสช.ประมวลผลข้อมูลผ่านระบบ e-Claim Seamless เพื่อจ่ายชดเชยบริการเป็นรายกิจกรรม รายเดือน ตามรอบปฏิทินการออก Statement ที่กำหนด โดยสามารถตรวจสอบได้จาก www.nhso.go.th -> nhso Budget -> PPB_ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด(มี Link ไปที่ระบบ e-Claim) ซึ่งหน่วยบริการที่รับค่าบริการต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายใดๆ จากหน่วยบริการตามสิทธิและผู้รับบริการเพิ่มเติม

3. กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าบริการไม่เป็นไปตามเงื่อนไขและอัตราค่าใช้จ่ายที่กำหนด ขอให้หน่วยบริการจัดทำเอกสารอุทธรณ์พร้อมแนบหลักฐานภายใน 30 วัน หลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th -> nhso Budget

4. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต 13 กทม. บันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านโปรแกรม BPPDS (Bangkok Promotion & Prevention Database System) ของสปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร การจ่ายให้เป็นไปตามที่ อปสช.กำหนด

5. กรณี PID ซ้ำจะ Deny และสามารถอุทธรณ์เป็นเอกสารภายใน 30 กันยายน ของปีถัดไป

การติดต่อประสานงาน

1. โปรแกรม e-Claim ติดต่อที่ help desk e-Claim โทรศัพท์หมายเลข 02 142 3100-3 ในวันและเวลาราชการ

2. สิทธิประโยชน์ เกณฑ์ เงื่อนไข ติดต่อที่

- นางสาวจารวี รัตนยศ โทรศัพท์ 08 4438 1824 E-mail : jarawee.r@nhso.go.th

3. การจ่ายค่าบริการ ติดต่อที่

- Help desk โทรศัพท์ 02 142 3100-3

บทที่ 5 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข บริการกรณีฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

1.1) แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการระดับประเทศ กำหนดให้ สปสช. ดำเนินการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ดังนี้

1) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ สำหรับหน่วยบริการตติยภูมิด้านงานฟื้นฟูสมรรถภาพ (สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ)

2) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ตามผลงานในปีงบประมาณที่ผ่านมา

3) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ สำหรับหน่วยบริการตติยภูมิด้านงานฟื้นฟูสมรรถภาพ (สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ) ข้อมูลการให้บริการช่วงเดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562 (ข้อมูลบริการตาม Sent Date) ตามที่ สปสช. กำหนด ดังนี้

งวด	เดือน	วันตัดยอดข้อมูล	พิจารณาจ่ายชดเชยฯ ตามผลงานจริงภายใน
งวดที่ 1	ตุลาคม - ธันวาคม 2561	31 ธันวาคม 2561	มกราคม
งวดที่ 2	มกราคม - มีนาคม 2562	31 มีนาคม 2562	เมษายน
งวดที่ 3	เมษายน - มิถุนายน 2561	30 มิถุนายน 2562	กรกฎาคม
งวดที่ 4	กรกฎาคม - กันยายน 2562	25 กันยายน 2562	กันยายน

หมายเหตุ : สำหรับข้อมูลบริการที่ส่งหลังวันที่ 25 กันยายน 2562 จ่ายชดเชยในปีงบประมาณถัดไป

4) จัดสรรให้หน่วยบริการกรณีคนพิการเข้ารับบริการข้ามเขตพื้นที่ตามผลงานการให้บริการภายในกรอบวงเงินที่ได้รับจัดสรร โดย สปสช. ประมาณการวงเงินค่าใช้จ่ายบริการข้ามเขตพื้นที่จากผลงานบริการในปีงบประมาณที่ผ่านมา และจัดสรรวงเงินให้ สปสช.เขต ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ พร้อมการจัดสรรวงเงิน Global budget เพื่อให้ สปสช.เขต เป็นผู้จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบกรณีให้บริการข้ามเขตพื้นที่แก่คนพิการ (ทั้งบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ)

5) เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นโครงการนำร่อง

1.2) แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการจาก Global budget ระดับเขต ให้ สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ภายใต้วงเงินที่ได้รับการจัดสรรโดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ดังนี้

1) ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ สนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้กับคนพิการ ตามจำนวนเป้าหมายในแต่ละเขต ภายในกรอบวงเงินที่ได้รับจัดสรร โดย สปสช.จ่ายชดเชยไม่เกินราคาที่หน่วยบริการจัดซื้อหรือจัดหาได้จริง บวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณี และไม่เกินเพดานราคากลาง ตามประเภท/รายการ/แนวทาง/เงื่อนไขบริการ/อัตรา ที่ สปสช. กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2559 และ หรือ ที่มีประกาศปรับปรุงเพิ่มเติม **(รายละเอียดตามหนังสือ รวบรวม กฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)** โดย สปสช. อาจขอเอกสาร/หลักฐานการจัดหาอุปกรณ์เพื่อตรวจสอบได้ ทั้งนี้ สปสช. สามารถเพิ่มรายการ/และหรือกำหนดราคากลางได้ และอาจมีการปรับลักษณะหรือข้อบ่งชี้ที่ไม่กระทบกับราคากลางระหว่างปีได้

1.1) กรณีการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังกับคนพิการที่สูญเสียการได้ยิน

1.1.1) กำหนดวงเงินไม่เกินร้อยละ 15 ของงบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ที่ สปสช.เขต ได้รับจัดสรร

1.1.2) หน่วยบริการที่ขอรับค่าใช้จ่ายต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานการใส่เครื่องช่วยฟังที่ สปสช. กำหนด หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านการตรวจประเมินความพร้อม ในการให้บริการเครื่องช่วยฟัง สามารถส่งเอกสารแจ้งความจำนงการให้บริการเครื่องช่วยฟังไปที่ สปสช.เขต เพื่อให้ สปสช.เขต ตรวจประเมินความพร้อมตามเกณฑ์ และรายงานผลการตรวจประเมินให้หน่วยบริการทราบต่อไป

1.1.3) การจ่ายค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังให้กับหน่วยบริการ ต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ ในบัญชีรายการอุปกรณ์ที่คณะทำงานพิจารณาคัดเลือกเห็นชอบ และ สปสช. ประกาศกำหนดเท่านั้น รายละเอียดอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง ตามรายการที่กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558 ลงวันที่ 9 ตุลาคม 2558 และ หรือ ที่มีประกาศปรับปรุงเพิ่มเติม **(รายละเอียดตามหนังสือ รวบรวม กฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)** ทั้งนี้ สปสช. จะแจ้งรายชื่อหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินความพร้อมฯ ทางเว็บไซต์ สปสช. ที่ www.nhso.go.th (โดยเลือกที่ กองทุนต่างๆ / กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ / ข่าวประชาสัมพันธ์)

1.2.2) การจ่ายการจัดบริการซ่อม/ผลิต กายอุปกรณ์/อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและอุปกรณ์ประยุกต์ดัดแปลงสำหรับคนพิการ กำหนดให้มีการจัดสรรวงเงินจากค่าใช้จ่าย เพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการจัดบริการซ่อม/ผลิตอุปกรณ์ ประยุกต์ดัดแปลงเพื่อช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับคนพิการให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพความพิการ และการใช้ชีวิตในชุมชน ทั้งนี้ ตามความพร้อมของหน่วยบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยกำหนดเป้าหมายมีหน่วยงานจัดบริการดังกล่าวอย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง

2) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับหน่วยบริการ กรณีให้บริการแบบผู้ป่วยนอก สนับสนุนงบประมาณให้หน่วยบริการเพื่อจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลุ่มเป้าหมาย ตามรายการ/แนวทาง/เงื่อนไขบริการ/อัตรา ที่ สปสช. กำหนด **(รายละเอียดตามหนังสือ รวบรวม กฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)** (กรณีผู้ป่วยในรวมอยู่ใน Global budget ระดับเขต)

3) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านและในชุมชน สนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่กลุ่มเป้าหมาย อย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน ตามรายการ/แนวทาง/เงื่อนไขบริการ/อัตรา ที่ สปสช. กำหนด **(รายละเอียดตามหนังสือ รวบรวม กฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)** ทั้งนี้ ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจากการสนับสนุนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4) ค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยบริการเพื่อการฝึกใช้อุปกรณ์ / การฝึกทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility: O&M) แก่คนพิการทางการมองเห็น กำหนดให้มีการจัดสรรวงเงินจากค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการ จัดบริการฝึกใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นให้กับคนพิการตามเป้าหมายที่กำหนด คือ ค่าฝึกใช้อุปกรณ์และฝึกทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (O&M) ตามแนวทาง/เงื่อนไขบริการ/อัตรา ที่ สปสช. กำหนด **(รายละเอียดตามหนังสือ รวบรวม กฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)** ทั้งนี้ สปสช.เขต สามารถพิจารณาสนับสนุนให้เกิดศูนย์บริการฝึกทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวเพิ่มเติมจากปีที่ผ่านมา ตามความจำเป็นของพื้นที่ภายในวงเงินที่ สปสช.เขต ได้รับจัดสรร และสามารถพิจารณาสนับสนุนให้เกิดบริการการฝึกใช้อุปกรณ์ชนิดอื่นที่จำเป็นเพิ่มเติมได้ตามชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้การพิจารณาของ อปสข./คณะกรรมการฯ/คณะทำงานฯ เขต

ทั้งนี้ หน่วยบริการที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในแต่ละประเภทของกิจกรรมตามข้อ 1) ถึง 4) ต้องให้บริการตามขอบเขตมาตรฐานของวิชาชีพ ตามประกาศ ระเบียบ และกฎข้อบังคับของกระทรวงสาธารณสุข และผู้ประกอบวิชาชีพต้องมีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพในแต่ละสาขาวิชาชีพนั้นๆ เช่น สาขากิจกรรมบำบัด สาขากายภาพบำบัด เป็นต้น

5) แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการระดับเขต

5.1) ข้อมูลการให้บริการระหว่างเดือนมิถุนายน – เดือนกันยายน 2561 จ่ายจริงตามผลงานการให้บริการ โดยตัดข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2561 และจ่ายชดเชยค่าบริการภายในเดือนตุลาคม 2561

5.2) ข้อมูลการให้บริการภายในเดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562 เป็นข้อมูลที่หน่วยบริการให้บริการและบันทึกข้อมูล (Sent Date) ซึ่งกำหนดตัดข้อมูลเป็นรายเดือน ทั้งนี้งวดการจ่ายตามที่ สปสช.เขตกำหนด โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

6) การส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

6.1) หน่วยบริการจัดส่งข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ ตามโครงสร้างข้อมูลที่ สปสช. กำหนด ภายในระยะเวลา 30 วันหลังให้บริการ

6.2) ข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย ต้องประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล, สิทธิการรักษาพยาบาล, วันที่รับบริการ, รหัสโรค (ICD-10) และรหัสหัตถการ (ICD-9)

6.3) กรณีเบิกอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง รหัสโรคในการเบิก ได้แก่ H900, H903, H906 การเบิก 2 ข้าง ต้องระบุ Extension code +21 มากับรหัสหัตถการ

6.4) กรณีให้บริการอุปกรณ์แขนเทียม ขาเทียม ซึ่ง 1 ชุด ประกอบด้วยอุปกรณ์หลายชิ้น ไม่ต้องแยกเบิกจำนวนชิ้นย่อยที่เป็นองค์ประกอบ ให้เบิกเป็นชุดเพียงรหัสเดียวเท่านั้น ตามข้อบ่งชี้ และอายุการใช้งาน การเบิกอุปกรณ์รายชิ้นส่วนย่อยเฉพาะกรณีซ่อมแซมเท่านั้น

6.4.1) การเบิกแขนเทียม 2 ข้าง รหัสโรค ได้แก่ Z893 รหัสหัตถการต้องระบุ Extension code +21

6.4.2) การเบิกขาเทียม 2 ข้าง รหัสโรค ได้แก่ Z897 รหัสหัตถการต้องระบุ Extension code +21

6.5) การบันทึกรายงานการให้บริการฟื้นฟูรายการเดียวกัน สามารถบันทึกได้ 1 ครั้ง/ราย/วัน เท่านั้น

6.6) กรณีตรวจพบว่า หน่วยบริการมีการให้บริการที่ไม่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงของการให้บริการหรือไม่สอดคล้องกับหลักวิชาการทางการแพทย์ หรือบันทึกข้อมูลบริการในกรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะที่ได้รับการดูแลจากการสนับสนุนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สปสช. จะชะลอ (Pending) การจ่ายเงินตามผลงานการให้บริการของหน่วยบริการนั้นไว้ชั่วคราวเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลต่อไป

ผังขั้นตอนการดำเนินงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจาก สปสช. ถึงหน่วยบริการ

ผู้รับผิดชอบ	ขั้นตอน	ระยะเวลา
หน่วยบริการ	จัดให้มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ	
หน่วยบริการ	จัดส่งข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยที่สนับสนุนให้คนพิการตามโครงสร้างข้อมูลที่ สปสช. กำหนด	
สปสช.	ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น (ไม่ผ่าน)	ภายใน 30 วัน หลังจากให้บริการ
สปสช.เขต	ประมวลผลข้อมูลที่ผ่านตามเงื่อนไข ออกรายงาน และเสนอขออนุมัติจัดสรรงบประมาณ (ผ่าน)	งวดการจ่ายตามที่ สปสช.กำหนด โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.
สปสช.เขต (สำนักการเงินและบัญชีกองทุน)	รับเอกสาร/ตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินกองทุน/ โอนเงินให้หน่วยบริการ	ภายใน 15 วันทำการ

2.) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

การดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ให้ สปสช.เขต ดำเนินการคัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย/จังหวัด ที่มีความพร้อม และจัดสรรงบประมาณไม่เกินวงเงินที่แต่ละจังหวัดได้รับจัดสรร จากค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ให้กับกองทุนฟื้นฟูฯ ตามที่ตกลงร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่เข้าร่วม โดยอัตราสนับสนุน (จำนวนเงินที่จะสนับสนุน) ให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้อำนวยการ สปสช.เขต และผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และมีการสมทบงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยอัตราการสมทบ (จำนวนเงินที่จะสมทบ) ให้เป็นความเห็นชอบร่วมกันสองฝ่าย เพื่อดำเนินการบริหารกองทุนฟื้นฟูฯ และส่งเสริมการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ครบวงจรอย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย เป็นไปตามวัตถุประสงค์และหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูฯ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด พ.ศ. 2554 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555 และหรือประกาศที่ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติม

บทที่ 6 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการการแพทย์แผนไทย

1. วัตถุประสงค์

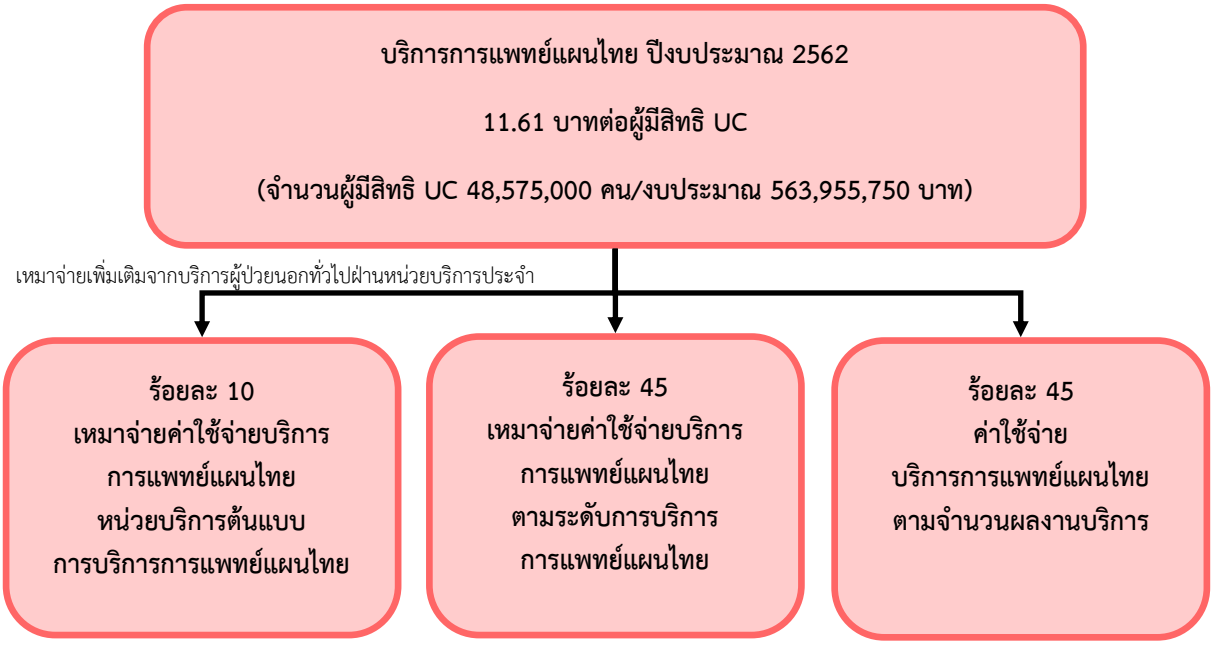
1) เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพ ของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) เพิ่มการเข้าถึงยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

3) สนับสนุนให้หน่วยบริการจัดบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพ

2. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย ได้รับจำนวน 11.61 บาท ต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.5750 ล้านคน เป็นการเหมาจ่ายเพิ่มเติมจากบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปผ่านหน่วยบริการประจำ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพ ประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เชื่อมั่น เข้าถึง และใช้บริการการแพทย์แผนไทย และสมุนไพรไทย และการลดค่าใช้จ่ายการแพทย์แผนปัจจุบัน



หมายเหตุ ปี 2563 อาจจะกำหนดแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายตามผลงานบริการทั้งหมดโดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการและผู้รับบริการ การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะเมีการดำเนินการ

ภาพแสดงการบริหารงบบริการการแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ 2562

3. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. การบริหารจัดการในภาพรวมระดับประเทศ มีดังนี้

1.1) ไม่เกินร้อยละ 10 (ประมาณ 1.16 บาท ต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทยที่เป็นหน่วยบริการต้นแบบการบริการการแพทย์แผนไทย ภายในเดือนธันวาคม 2561

1.2) ไม่เกินร้อยละ 45 (ประมาณ 5.22 บาท ต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย ตามระดับการบริการการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ ไม่รวมหน่วยบริการที่ได้รับค่าใช้จ่ายในข้อ 1.1 ภายในเดือนธันวาคม 2561 การจัดกลุ่มตามระดับการบริการการแพทย์แผนไทย พิจารณาจากผลงานบริการตามจำนวนครั้งที่มารับบริการ (Visit) รายบริการ ได้แก่ 1) บริการนวด ประคบ อบสมุนไพร 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย 3) การใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ : ไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2560 และไตรมาส 1-2 ปีงบประมาณ 2561

1.3) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 (ประมาณ 5.22 บาท ต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย ตามจำนวนผลงานบริการ โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่ 1 เมษายน 2561 ถึง 31 มีนาคม 2562 ทั้งนี้ ไม่รวมหน่วยบริการที่ได้รับค่าใช้จ่ายในข้อ 1.1 และจัดสรรภายในเดือนมิถุนายน 2562 โดยเป็นผลงานบริการการแพทย์แผนไทยเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ตามจำนวนครั้งที่มารับบริการ (visit) รายบริการ คำนวณจ่ายแบบ Point system with global budget ดังนี้

1.3.1) บริการนวด ประคบ อบสมุนไพร

1.3.2) การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย

1.3.3) การใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

โดย สปสช.สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการ ข้อ 1.1 - 1.3 ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยบริการการบริการการแพทย์แผนไทย

2.1 จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำ และหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีจัดบริการการแพทย์แผนไทย และผ่านเกณฑ์ตามแนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ (หมวด 2 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข หมวด 3 บุคลากร และหมวด 5 สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ) และตามแนวทางการตรวจประเมินเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย

2.2 การพิจารณาคะแนนตามผลการประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำและบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทยรายละเอียด ดังนี้

เกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย	หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ	หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย
ไม่เกินร้อยละ 45 ตามระดับการบริการการแพทย์แผนไทย	กรณีจัดบริการการแพทย์แผนไทย มีผลคะแนน = 1 ขึ้นไปทุกหมวด ยกเว้นหมวด 2 ข้อ 2-8 มีผลคะแนนรวม = 2 ขึ้นไป และ หมวด 3 ข้อ 3-7 มีผลคะแนน = 2 ขึ้นไป	ผ่านตามเกณฑ์
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 ตามจำนวนผลงานบริการ	กรณีจัดบริการการแพทย์แผนไทย มีผลคะแนน = 1 ขึ้นไปทุกหมวด ยกเว้นหมวด 3 ข้อ 3-7 มีผลคะแนน = 2 ขึ้นไป กรณีจัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย	ผ่านตามเกณฑ์

4. การกำกับติดตามประเมินผลการจัดสรร

1. กำกับติดตามผลการดำเนินงานหน่วยบริการต้นแบบ การบริการการแพทย์แผนไทยร่วมกับกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2. ติดตามผลการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีจัดบริการการแพทย์แผนไทย และหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย เมนูรายงานบริการด้านแพทย์แผนไทยผ่านระบบประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

3. รายงานผลงานบริการการแพทย์แผนไทยผ่านระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกันโรครายบุคคล (OPPP individual records)

บทที่ 7 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเอชไอวี เอดส์ (HIV AIDS)

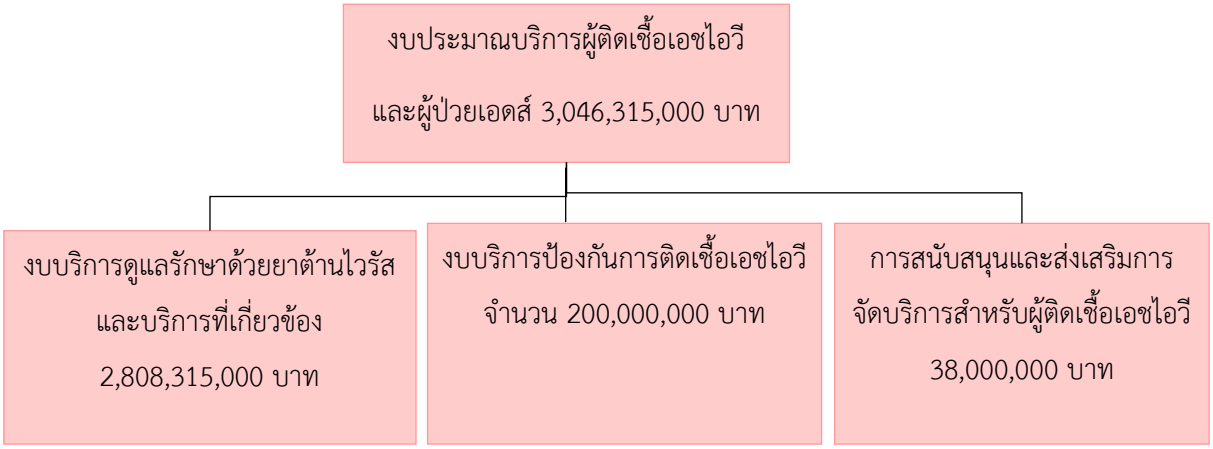
งบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 หมวดใหญ่ คือ งบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และงบบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายการให้บริการ สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข โดยมีแนวคิดการบริหารจัดการในลักษณะภาพรวมระดับประเทศและระดับเขต ซึ่งชดเชยหรือสนับสนุนงบประมาณให้แก่หน่วยบริการเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติ (Additional Payment) ตามปริมาณงานในแต่ละหน่วยบริการ

วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอและผู้ป่วยเอดส์ ลดการติดเชื้อ เอชไอวีจากมารดาสู่ทารก เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ และลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อให้แก่ผู้อื่น และลดอัตราผู้ติดเชื้อรายใหม่

กรอบการบริหารงบประมาณ

ปีงบประมาณ 2562 สปสช. ได้รับจัดสรรงบประมาณบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 3,046,315,000 บาท แบ่งออกเป็น 3 หมวด ดังนี้



กรอบการบริหารงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ 2562

หมวดงบบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีวัตถุประสงค์เพื่อหยุดการเพิ่มจำนวนเอชไอวีในผู้ป่วย ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น มีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ลดการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่น อย่างไรก็ตามผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และมีโอกาสเกิดการดื้อยาได้ การรักษาจึงไม่ใช่เป็นเพียงการนัดผู้ป่วยมารับยาตามกำหนดนัดเท่านั้น แต่ยังต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องทำความเข้าใจถึงผลข้างเคียงจากยา และความสำคัญของการรับประทานยาสม่ำเสมอ เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดไวรัสดื้อยา และเพื่อให้ยามีประสิทธิผลสูงสุดเป็นเวลานานที่สุด

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

1. ยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง การให้คำปรึกษา และถุงยางอนามัย
2. ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
3. การให้คำปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing :VCT)
4. การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา
5. การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี
6. บริการป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อเอชไอวี
7. สนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

1. ยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง การให้คำปรึกษา และถุงยางอนามัย

1.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง หรือประชาชนกลุ่มเฉพาะที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 (Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017)

1.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

1.2.1 ยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา

1.2.2 ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงกรณีผู้ติดเชื้อฯมีระดับไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส

1.2.3 บริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาได้แก่ งานดูแลรักษา บริการปรึกษา บันทึกข้อมูล และกิจกรรมอื่นๆ

1.2.4 ถุงยางอนามัยสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่น

1.3 ยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง ทุกรายการทั้งสูตรพื้นฐาน สูตรทางเลือก สูตรดื้อยา และยาลดไขมัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะชดเชยเป็นยา ตามรายการยาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยให้เป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 (Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017) สามารถดาวน์โหลดรายการยาที่สามารถเบิกได้ที่ http://aidstb.nhso.go.th

1.4 หน่วยจ่ายยาฯ หน่วยให้บริการยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน สูตรดื้อยา และ หน่วยบริการยาต้านไวรัสลำดับที่ 3 (3rd Line ARV Center) คือหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านการประเมินตามมาตรฐานหน่วยบริการตามที่ สปสช.กำหนด สามารถดาวน์โหลดรายชื่อหน่วยจ่ายได้ที่ http://aidstb.nhso.go.th

1.5 การพิจารณาใช้และการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัส กรณีสูตรพื้นฐานสามารถพิจารณาการใช้และปรับเปลี่ยนได้โดยแพทย์ผู้รักษาของหน่วยที่ให้บริการ แต่สำหรับกรณีสูตรดื้อยาและยาต้านไวรัสลำดับที่ 3 (3rd Line ARV) ผู้ที่สามารถพิจารณาใช้และปรับเปลี่ยนต้องเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการประกาศและแต่งตั้งโดย สปสช. สามารถดาวน์โหลดประกาศแต่งตั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ที่ http://aidstb.nhso.go.th

1.6 การให้บริการรักษาและให้คำปรึกษาและถุงยางอนามัย สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการติดตามการรักษาที่หน่วยบริการ สปสช. สนับสนุนการจัดบริการดูแลรักษาไม่เฉพาะการดูแลรักษาและติดตามการรักษาเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการให้คำปรึกษา การให้ความรู้ การส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีรวมทั้งการสนับสนุนถุงยางอนามัยให้สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นำไปใช้ในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี

1.7 การเบิกชดเชย การเบิกชดเชยการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการผ่านการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP ที่ URL http://dmis.nhso.go.th/NAPPLUS

รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย
ยาต้านไวรัส	หน่วยบริการเบิกชดเชยยาต้านไวรัสได้ตามที่ใช้จริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู “การรักษาและติดตามผล”	ชดเชยเป็นยาต้านไวรัส
ยาลดไขมัน	หน่วยบริการเบิกชดเชยยาลดไขมันตามที่ใช้จริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู “การรักษาและติดตามผล”	ชดเชยเป็นยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง
ถุงยางอนามัย	หน่วยบริการได้รับการจัดสรรถุงยางอนามัยตามสัดส่วนจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ ปัจจุบัน และงบประมาณที่ได้	ชดเชยเป็นถุงยางอนามัย

ตารางแสดงแนวทางการเบิกชดเชยการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรั

รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย
บริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษา	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าบริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษา โดยบันทึกข้อมูลบริการในโปรแกรม NAP เมนู “การรักษาและติดตามผล”	ชดเชยเป็นเงิน 20 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 12 ครั้ง/ปี)

หมายเหตุ:

1) สปสช. ชดเชยยาต้านไวรัสและถุงยางอนามัยให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

2) ค่าบริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มารับการรักษาและติดตามดังกล่าวรวมกิจกรรมทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ ได้แก่การดูแลรักษาติดตามการรักษาบริการให้คำปรึกษาและให้ความรู้การส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องการบันทึกข้อมูลและกิจกรรมอื่นๆ

2. ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

บริการยาต้านไวรัส เพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แยก 3 กลุ่มดังนี้

- บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก (Prevention of Mother to Child Transmission: PMTCT)
- บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในบุคลากรทางการแพทย์หลังการสัมผัสจากการทำงาน (HIV occupational PEP: HIV oPEP)
- บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสที่ไม่ใช่จากการทำงาน เฉพาะกรณีเป็นผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ (HIV non-occupational PEP: HIV nPEP)

2.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

2.1.1 บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก เป็นเด็กสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ซึ่งเกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านโปรแกรม NAP)

2.1.2 บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในบุคลากรทางการแพทย์หลังการสัมผัสจากการทำงาน เป็นบุคคลสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่สัมผัสกับสิ่งปนเปื้อนที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการทำงานการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.1.3 บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังสัมผัสที่ไม่ใช่จากการทำงาน เฉพาะกรณีเป็นผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นบุคคลสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ซึ่งถูกล่วงละเมิดทางเพศ

2.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

2.2.1 ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

2.2.2 การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี

(1) กรณีทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี

- บริการตรวจหาเชื้อหรือส่วนประกอบของเชื้อเอชไอวี (HIV viral testing) ได้แก่ การตรวจด้วยวิธี DNA PCR

(2) บริการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV Testing)

- กรณีถูกล่วงละเมิดทางเพศ หรือบุคลากรทางการแพทย์สัมผัสเชื้อเอชไอวีจากการทำงานการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

(3) บริการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV Testing)

2.3 การพิจารณาให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การพิจารณาเลือกสูตรยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ให้เป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 (Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017)

2.4 การเบิกชดเชย

แนวทางการเบิกชดเชยการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสต้องดำเนินการผ่านการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP ที่ URL http://dmis.nhso.go.th/NAPPLUS

รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย
ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กแรกเกิด	หน่วยบริการเบิกชดเชยยาต้านไวรัสได้ตามที่ใช้จริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู “การป้องการการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก”	ชดเชยเป็นยาต้านไวรัส
ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังสัมผัสจากการทำงานหรือถูกล่วงละเมิดทาง	หน่วยบริการเบิกชดเชยยาต้านไวรัสได้ตามที่ใช้จริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู “การให้คำปรึกษา VCT”	ชดเชยเป็นยาต้านไวรัส
บริการตรวจ DNA PCR สำหรับเด็กที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ตามที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู “ข้อมูลการส่งตรวจการติดเชื้อ HIV”	1,000 บาท/ครั้ง (ทั้งนี้จำนวนครั้งของบริการตรวจ ให้เป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560)

ตารางแสดงแนวทางการเบิกชดเชยการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย
บริการตรวจ Anti-HIV Testing	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ตามที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู “การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ” เลือก “ข้อมูลการส่งตรวจการติดเชื้อ HIV”	ครั้งละ 140 บาท (ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี)
บริการให้คำปรึกษาสำหรับบุคคลที่สัมผัสจากการทำงานหรือถูกล่วงละเมิดทางเพศ	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าบริการได้ตามที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู “การให้คำปรึกษา VCT”	7 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 6 ครั้ง/คน/ปี)

หมายเหตุ:

1) สปสช. ชดเชยยาต้านไวรัสสำหรับป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

2) อัตราการชดเชยค่าให้คำปรึกษาเป็นการชดเชยค่าให้คำปรึกษาก่อนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Pre-test Counseling)

3) อัตราการชดเชยค่าตรวจ Anti - HIV testing หาการติดเชื้อเอชไอวี หมายความถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผลและมีการให้บริการให้คำปรึกษาหลังการหาการติดเชื้อเอชไอวี (Post - test counseling) กรณีบุคคลที่สัมผัสจากการทำงานหรือถูกล่วงละเมิดทางเพศ

4) อัตราการชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าวรวมค่าวัสดุอุปกรณ์เก็บตัวอย่างค่าขนส่งและค่าใช้จ่ายอื่นๆ

5) การตรวจ DNA PCR สำหรับทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีมารดาจะต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมีการบันทึกข้อมูลการคลอดของทารกที่ประสงค์ตรวจ DNA PCR ในระบบ NAP แล้วเท่านั้น

6) “หน่วยบริการ” ที่ไม่สามารถตรวจ DNA PCR ได้เองสามารถส่งตัวอย่างเลือดไปตรวจยังหน่วยบริการอื่นหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่ผ่านการประเมินตามแนวทางการประเมินหน่วยตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเอชไอวีที่ สปสช. กำหนด สามารถดาวน์โหลดรายชื่อหน่วยตรวจ PCR ได้ที่ http://aidstb.nhso.go.th

7) การส่งตัวอย่างตรวจไปยังหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการหน่วยบริการที่ส่งตรวจจะต้องบันทึกข้อมูลพร้อมกับพิมพ์คำขอรับบริการตรวจ (request form) ในโปรแกรม NAP ก่อนแล้วจึงส่งตัวอย่างตรวจพร้อมใบคำขอไปยังหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3. บริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

3.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ บุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ซึ่งสมัครใจเข้ารับบริการขอรับคำปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing :VCT)

3.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

3.2.1 บริการให้คำปรึกษา และให้ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีและความรู้อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.2.2 บริการตรวจ Anti-HIV Testing

3.2.3 ถุงยางอนามัยสำหรับผู้รับบริการ ที่หน่วยให้บริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีฯ

3.3 หน่วยบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ คือหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านการประเมินตามมาตรฐานหน่วยบริการตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด สามารถดาวน์โหลดรายชื่อหน่วยให้บริการฯ ได้ที่ http://aidstb.nhso.go.th

3.4 การเบิกชดเชย

แนวทางการเบิกชดเชยการบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีต้องดำเนินการผ่านการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP ที่ URL http://dmis.nhso.go.th/NAPPLUS

รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย
บริการให้คำปรึกษา	หน่วยบริการเบิกชดเชยได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู “การให้คำปรึกษา VCT”	7 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 6 ครั้ง/คน/ปี)
บริการตรวจ Anti-HIV Testing	หน่วยบริการเบิกชดเชยได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู “การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ” เลือก “ข้อมูลการส่งตรวจการติดเชื้อ HIV”	140 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี)
ถุงยางอนามัย	หน่วยบริการได้รับการจัดสรรถุงยางอนามัยตามสัดส่วนจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ ปัจจุบัน และงบประมาณที่ได้รับ	ชดเชยเป็นถุงยางอนามัย

ตารางแสดงอัตราการจ่ายชดเชยการบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยสมัครใจ

หมายเหตุ:

1) สปสช. ชดเชยถุงยางอนามัยสำหรับบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

2) อัตราการชดเชยค่าให้คำปรึกษาเป็นการชดเชยค่าให้คำปรึกษาก่อนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี(pre-test counseling)

3) อัตราการชดเชยค่าตรวจ Anti-HIV testing หมายความถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผลและมีการให้บริการให้คำปรึกษาหลังการหาการติดเชื้อเอชไอวี (post-test counseling)

4) อัตราการชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าวรวมค่าวัสดุอุปกรณ์เก็บตัวอย่างค่าขนส่งและค่าใช้จ่ายอื่นๆ

4. บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเอชไอวีเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา

4.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ เป็นบุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง โดยเงื่อนไขการส่งตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเป็นไปตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

4.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับสิทธิในการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา โดยเป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 (Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ได้เริ่มยาต้านไวรัส	
การตรวจ CD4	ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี
การตรวจพื้นฐาน CBC, FBS, Cr, Chol., TG, SGPT/ALT	ไม่เกิน 1 ครั้ง/รายการ/ปี
การถ่ายภาพรังสีทรวงอก(chest x-ray:CXR) เพื่อคัดกรองวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทุกราย	1 ครั้ง/คน
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ระหว่างรับยาต้านไวรัส	
การตรวจพื้นฐาน ประกอบด้วย CBC, FBS, Cr, Chol., TG, SGPT/ALT	
อายุต่ำกว่า 35 ปี และ ไม่มีโรคประจำตัว	ไม่เกิน 1 ครั้ง/รายการ/ปี
อายุต่ำกว่า 35 ปี และ มีโรคประจำตัว	ไม่เกิน 2 ครั้ง/รายการ/ปี
อายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป	ไม่เกิน 2 ครั้ง/รายการ/ปี
การตรวจ CD4	
กรณีผู้ป่วยเริ่มยาต้านไวรัสปีแรก	ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี
กรณีผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสในปีถัดไป	

ตารางแสดงสิทธิประโยชน์การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจ CD4 กรณีผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสในปีถัดไป	
CD4 > 350 cells/mm^3 และ VL < 50 copies/ml	ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี
CD4 ≤ 350 cells/mm^3 หรือ VL ≥ 50 copies/ml	ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี
การตรวจ HIV Viral Load	
กรณีผู้ป่วยเริ่มยาต้านไวรัสปีแรก (สามารถตรวจได้หลังเริ่มยาต้านไวรัสครบ 3 เดือน ยกเว้นกรณีพิจารณาเริ่มการรักษาด้วยยา Abacavir สามารถตรวจก่อนเริ่มยาต้านไวรัส)	ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี
กรณีผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสในปีถัดไป	
กรณีผู้ป่วยมีผล VL < 50 copies/ml	ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี
กรณีผู้ป่วยมีผล VL ≥ 50 copies/ml	ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี
กรณีผู้ป่วยเปลี่ยนสูตรยาเนื่องจากเกิดการดื้อยา	ตรวจเพิ่มได้ 1 ครั้ง
กรณีผู้ติดเชื้อฯ หญิงที่ตั้งครรภ์สามารถตรวจเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ ในทารก	ตรวจเพิ่มได้ 1 ครั้ง ก่อนคลอด
การตรวจ HIV Drug Resistance	
กรณี VL ≥ 1,000 copies/ml หลังทานยาสม่ำเสมอมากกว่า 6 เดือน	ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี

4.3 หน่วยชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ หน่วยบริการสามารถส่งตัวอย่างเลือดไปตรวจยังหน่วยตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินตามมาตรฐานหน่วยชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด สามารถดาวน์โหลดรายชื่อหน่วยหน่วยชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ ได้ที่ http://aidstb.nhso.go.th

4.4 การเบิกชดเชย แนวทางการเบิกชดเชยค่าตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเอชไอวีดังนี้

รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย
บริการตรวจพื้นฐาน (CBC, FBS,Cr,Chol.,TG,SGPT/ALT)	หน่วยบริการเบิกชดเชยโดยบันทึกข้อมูลบริการลงในโปรแกรม NAP เมนู “การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ” เลือก “ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ”	25 บาท/รายการ/ครั้ง

ตารางแนวทางการเบิกชดเชยค่าตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี

รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย
บริการตรวจ CD4	หน่วยบริการเบิกชดเชยโดยบันทึกข้อมูลบริการลงในโปรแกรม NAP เมนู “การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ” เลือก “ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ”	400 บาท/ครั้ง
การตรวจ chest x-ray ทุกรายในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ก่อนได้รับยาต้านไวรัส	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NAP	100 บาท/ครั้ง
บริการตรวจ Viral Load	หน่วยบริการเบิกชดเชยโดยบันทึกข้อมูลบริการลงในโปรแกรม NAP เมนู “การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ” เลือก “ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ”	1,350 บาท/ครั้ง
บริการตรวจ HIV Drug Resistance (Commercial)	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Drug Resistance โดยบันทึกข้อมูลบริการลงในโปรแกรม NAP เมนู “การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ” เลือก “ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ”	6,000 บาท/ครั้ง
บริการตรวจ HIV Drug Resistance (In-House)		5,500 บาท/ครั้ง
วัสดุอุปกรณ์เจาะ/เก็บเลือดและค่าขนส่ง (กรณีการตรวจ CD4 และ HIV Viral Load)	หน่วยบริการเบิกชดเชยโดยการบันทึกข้อมูลบริการในโปรแกรม NAP เมนู “การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ” เลือก “ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ”	20 บาท/ตัวอย่าง
วัสดุอุปกรณ์เจาะ/เก็บเลือดและค่าขนส่ง (กรณีการตรวจ Drug Resistance)	หน่วยบริการเบิกชดเชยโดยการบันทึกข้อมูลบริการในโปรแกรม NAP เมนู “การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ” เลือก “ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ”	100 บาท/ตัวอย่าง

หมายเหตุ :

1) อัตราการชดเชยบริการต่อครั้ง ในตารางหมายถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผล

2) สปสช. จะชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีเป็นหน่วยบริการหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่ผ่านการประเมินตามแนวทางการประเมินหน่วยตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเอชไอวีที่ สปสช.กำหนด (รายละเอียดตามหนังสือรวบรวมกฎระเบียบข้อบังคับฯ)

3) การส่งตัวอย่างตรวจไปยังหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการหน่วยบริการที่ส่งตรวจจะต้องบันทึกข้อมูลพร้อมกับพิมพ์คำขอรับบริการตรวจ (request form) ในโปรแกรม NAP ก่อนแล้วจึงส่งตัวอย่างตรวจพร้อมใบคำขอไปยังหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4) หน่วยบริการที่ไม่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการบางรายการได้เอง เช่น CD4, HIV Viral Load, HIV Drug Resistance สามารถส่งตัวอย่างเลือดไปตรวจยังหน่วยตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ

5) การขอรับค่าชดเชยการตรวจ HIV Drug Resistance จะต้องแนบไฟล์ผลการตรวจและ Sequence ในโปรแกรม NAP

5. การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี

5.1 ผู้มีสิทธิขอรับบริการ เป็นบุคคลสัญชาติไทยที่มีสิทธิว่าง หรือสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และต้องมีเงื่อนไขเป็นไปตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

5.1.1) ผู้ที่ลงทะเบียนการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในระบบโปรแกรม NAP

5.1.2) ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (People who inject drugs: PWID) ที่มารับบริการ การบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling and testing: VCT) ทั้งนี้

5.2 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ การหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี จะทราบได้จากการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการเท่านั้น ผู้มีสิทธิจะได้รับบริการในการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อเป็นการตรวจคัดกรอง และการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี ดังนี้

5.2.1) การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (Anti HCV)

5.2.2) การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (HCV viral load: HCV RNA – Quantitative)

5.2.3) การตรวจประเมินการรักษา จำนวน 2 รายการ ได้แก่

5.2.3.1) การตรวจสภาพความยืดหยุ่นในตับ ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ

- ตรวจ Transient elastography (Fibroscan ®) หรือ
- ตรวจ Fibro marker panel

5.2.4) การตรวจสายพันธุ์ไวรัสตับอักเสบซี (HCV genotype)

5.3 การเบิกชดเชย แนวทางการเบิกชดเชยค่าตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดที่มารับบริการ VCT **รายละเอียดดังตารางที่ 6**

รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย
การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีด้วย Anti HCV 1.1 Rapid Test หรือ 1.2 เครื่องอัตโนมัติ	หน่วยบริการเบิกชดเชยยาได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP	70 บาท/ครั้ง 300 บาท/ครั้ง
การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี HCV Viral Load (HCV RNA-Quantitative)	หน่วยบริการเบิกชดเชยยาได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP	2,300 บาท/ครั้ง
การตรวจประเมินก่อนการรักษาซึ่งเป็นการตรวจสภาพความยืดหยุ่นในตับ สามารถด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้ 2.1 Transient elastography *Fibro scan*®) หรือ 2.2 Fibro marker panel	หน่วยบริการเบิกชดเชยยาได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP	2,000 บาท/ครั้ง 2,000 บาท/ครั้ง
ตรวจหาสายพันธุ์ไวรัสตับอักเสบซีด้วย HCV genotype	หน่วยบริการเบิกชดเชยยาได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP	2,800 บาท/ครั้ง

ตารางแสดงแนวทางการเบิกชดเชยการตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี

หมายเหตุ :

1. เกณฑ์และเงื่อนไขการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ ให้เป็นไปตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด สามารถดาวน์โหลดแนวทางการเบิกจ่ายชดเชยกรณีการตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซีได้ที่ http://aidstb.nhso.go.th

2. สปสช. ชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ตามผลงานการให้บริการจริงโดยใช้ข้อมูลผลงานบริการที่บันทึกในโปรแกรม NAP โดย สปสช.จะประมวลผลข้อมูลการจ่ายชดเชยตามวันที่มีการบันทึกและส่งข้อมูล (sent date) เป็นรายเดือน

5.4 หน่วยชันสูตรทางห้องปฏิบัติการไวรัสตับอักเสบซี หน่วยบริการสามารถส่งตัวอย่างเลือดไปตรวจยังหน่วยตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินตามมาตรฐานหน่วยชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด สามารถดาวน์โหลดรายชื่อหน่วยชันสูตรทางห้องปฏิบัติการไวรัสตับอักเสบซี ได้ที่ http://aidstb.nhso.go.th

กระบวนการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ สปสช.ดำเนินการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ตามเงื่อนไขการชดเชยที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดโดยมีกระบวนการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์รอบการประมวลผลชดเชยการให้บริการ

ลำดับ	เดือนที่ส่งข้อมูล (Sent date)	วันที่ตัดข้อมูล
1	ตุลาคม 2561	31 ตุลาคม 2561
2	พฤศจิกายน 2561	30 พฤศจิกายน 2561
3	ธันวาคม 2561	31 ธันวาคม 2561
4	มกราคม 2562	31 มกราคม 2562
5	กุมภาพันธ์ 2562	28 กุมภาพันธ์ 2562
6	มีนาคม 2562	31 มีนาคม 2562
7	เมษายน 2562	30 เมษายน 2562
8	พฤษภาคม 2562	31 พฤษภาคม 2562
9	มิถุนายน 2562	30 มิถุนายน 2562
10	กรกฎาคม 2562	31 กรกฎาคม 2562
11	สิงหาคม 2562	31 สิงหาคม 2562
12	กันยายน 2562	30 กันยายน 2562

ตารางแสดงรอบการประมวลผลชดเชยการให้บริการ ปีงบประมาณ 2562

หมายเหตุ : กรณีมีการเปลี่ยนแปลงวันที่ตัดข้อมูล สปสช. จะเวียนหนังสือแจ้งให้หน่วยบริการทราบ

หลักเกณฑ์การชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

สปสช. ชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ตามผลงานการให้บริการจริงโดยใช้ข้อมูลผลงานการบริการที่มีการบันทึกในโปรแกรม NAP โดย สปสช. จะประมวลผลข้อมูลการจ่ายชดเชยตามวันที่มีการบันทึกและส่งข้อมูล (Sent date) เป็นรายเดือน

ระยะเวลาการส่งข้อมูล

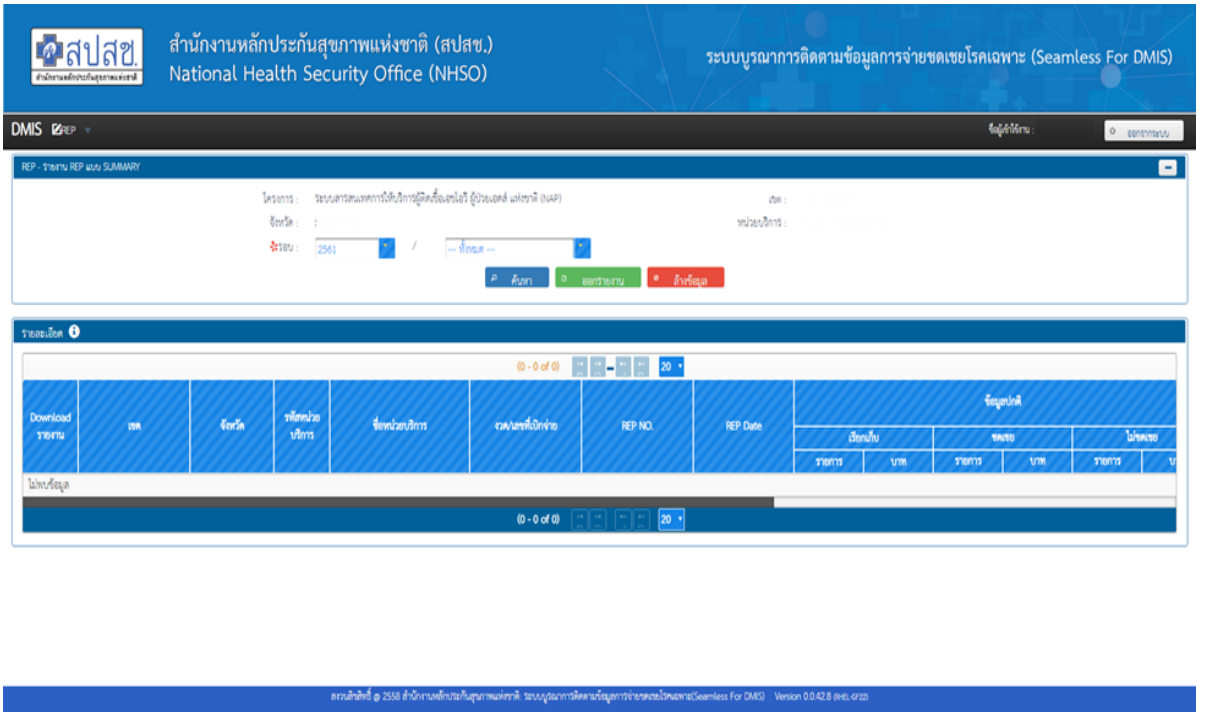
หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลบริการได้ภายใน 90 วันหลังให้บริการ กรณีหน่วยบริการที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการเองไม่ได้ ต้องส่งไปตรวจที่ห้องปฏิบัติการของหน่วยบริการอื่น สปสช. จะนับจากวันที่ส่งตรวจ ทั้งนี้หากส่งข้อมูลไม่เกิน 360 วันนับจากวันที่ให้บริการ สปสช. จะประมวลผลข้อมูลการจ่ายชดเชยในรอบเดือนถัดไปหลังจากวันที่บันทึกข้อมูล (Sent date)

การอุทธรณ์ข้อมูล

เป็นการแก้ไขข้อมูลหลังวันตัดยอดข้อมูล ซึ่งหน่วยบริการหรือ สปสช. สามารถอุทธรณ์การจ่ายชดเชยได้หากตรวจสอบแล้วพบว่าการจ่ายชดเชยไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ และเงื่อนไขที่กำหนด หรือไม่ครบถ้วน โดยหน่วยบริการต้องอุทธรณ์เป็นหนังสือราชการภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2562 ไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ของหน่วยบริการ

ตรวจสอบการโอนเงินที่ NHSO Budget และตรวจสอบรายละเอียดรายบุคคล

โดยตรวจสอบการโอนเงินที่ NHSO Budget และตรวจสอบรายละเอียดรายบุคคลได้ที่ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS) (http://seamlessfordmis.nhso.go.th) ที่เมนู REP ซึ่งเป็นการแสดงรายละเอียดข้อมูลขอรับการชดเชยตามรอบแบบ Summary และ แบบ Individual ตามภาพ



ตัวอย่างหน้าโปรแกรมระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DMIS) (http://seamlessfordmis.nhso.go.th)



ตัวอย่างหน้าโปรแกรมระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ

(Seamless for DMIS) (http://seamlessfordmis.nhso.go.th)

บทที่ 8 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

1) ขอบเขตบริการ

งบประมาณเพื่อการบริการบำบัดทดแทนไตเป็นค่าใช้จ่ายชดเชยบริการให้กับหน่วยบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมค่าบริการ ค่ายา และบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) และการให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation Immunosuppressive drug: KTI) การบริหารเป็นภาพรวมระดับประเทศ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการทดแทนไต จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ เป็นไปตามมาตรการหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สปสช. กำหนด และตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังนี้

1.1) การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการล้างไตทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

1.2) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่าที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดรวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะฟอกเลือด ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

1.3) การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 เป็นต้นไปซึ่งไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตทางช่องท้อง ให้ดำเนินการตามที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

1.4) การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาคโดยเป็นค่าเตรียมการผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าบริการกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยกำหนด

2) เงื่อนไขและการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

2.1) บริการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD)

หน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ CAPD จะได้รับการสนับสนุนการชดเชยบริการ เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม ดังนี้

2.1.1) การสนับสนุนน้ำยาและเวชภัณฑ์

(1) การสนับสนุนน้ำยา CAPD

สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย โดย สปสช. หรือหน่วยงานของรัฐอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมายจะเป็นผู้จัดส่งให้หน่วยบริการหรือส่งให้ผู้ป่วยโดยตรง (ตามที่หน่วยบริการระบุ) หน่วยบริการสามารถสั่งน้ำยา CAPD ผ่านโปรแกรม DMIS-CKD หรือโปรแกรมอื่นที่ สปสช. กำหนดให้แก่ผู้ป่วยได้ ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ คนละไม่เกิน 4 ถุงต่อวัน กรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้น้ำยา CAPD เกินกว่า 4 ถุงต่อวัน ให้หน่วยบริการแจ้ง สปสช. เพื่อพิจารณาสนับสนุนเพิ่มเป็นรายกรณีไป

ทั้งนี้การสนับสนุนน้ำยา CAPD อาจปรับเปลี่ยนเป็นการจ่ายชดเชยเป็นเงินให้กับหน่วยบริการตามอัตราที่ สปสช. กำหนด

(2) การสนับสนุนยา Erythropoietin

สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย โดยใช้หลักเกณฑ์ เป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม ทั้งนี้การสนับสนุนยา Erythropoietin อาจปรับเปลี่ยนเป็นการจ่ายชดเชยเป็นเงินให้กับหน่วยบริการตามอัตราที่ สปสช. กำหนด

(3) การสนับสนุนสาย Tenckhoff catheter

สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วยโดยหน่วยบริการสามารถสั่งผ่านโปรแกรม DMIS-CKD หรือโปรแกรมอื่นที่ สปสช. กำหนด เพื่อใช้กับผู้ป่วยรายใหม่และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนไม่เกิน 1 สายต่อผู้ป่วย 1 รายต่อปีงบประมาณ กรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ Tenckhoff catheter เกิน 1 สายต่อผู้ป่วย 1 รายต่อปีงบประมาณ ให้หน่วยบริการแจ้ง สปสช.เพื่อพิจารณาสนับสนุนเพิ่มเป็นรายกรณีไป ทั้งนี้การสนับสนุนสาย Tenckhoff catheter อาจปรับเปลี่ยนเป็นการจ่ายชดเชยเป็นเงินให้กับหน่วยบริการตามอัตราที่ สปสช. กำหนด

2.1.2) การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

จ่ายชดเชยค่าบริการให้แก่หน่วยบริการแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติม (On top) ในอัตรา 2,500 บาทต่อผู้ป่วย 1 รายต่อเดือน โดยครอบคลุมบริการ ดังต่อไปนี้

1) การประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา รวมทั้งค่าบริการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย CAPD

2) การวางสาย Tenckhoff catheter

3) ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเกี่ยวข้องกับการล้างไตทางช่องท้อง เช่น CBC BUN Creatinine Electrolyte ตรวจความพอเพียงของการล้างไตทางช่องท้องและชนิดของเยื่อบุช่องท้อง การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ

4) การบริการ CAPD แบบผู้ป่วยนอกหรือค่ายาพื้นฐานและยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการบริการ CAPD โดยตรง รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนโดยตรงที่เกิดจากการบริการ CAPD ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยหรือตามที่ สปสช. กำหนด

กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นแบบผู้ป่วยนอก ให้หน่วยบริการที่รับลงทะเบียนหรือหน่วยที่บันทึกติดตามผลการรักษา CAPD เป็นผู้ตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการบริการ CAPD ให้กับหน่วยบริการหรือสถานบริการที่รับการส่งต่อ

กรณีที่มีการส่งต่อหรือรักษาแบบผู้ป่วยใน และค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากการบริการ CAPD โดยตรง ให้หน่วยบริการหรือสถานบริการที่รับการส่งต่อเบิกจากบริการผู้ป่วยในทั่วไปกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1.3) การสนับสนุนค่าใช้จ่ายกรณีอื่น นอกจากค่าใช้จ่ายตามข้อ 2.1.2 แล้ว สปสช. ได้กำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายกรณีอื่นไว้ ดังนี้

(1) กรณีผู้ป่วยย้ายหน่วยบริการ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายในเดือนนั้นๆ ให้หน่วยบริการแห่งใหม่ที่ให้การรักษา

(2) กรณีผู้ป่วยใหม่ที่รอวางสายที่มีภาวะยูรีเมีย และผู้ป่วยเก่าที่มีความจำเป็นต้องหยุดบริการ CAPD เป็นการชั่วคราว หากมีความจำเป็นต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว (Temporary HD) สปสช. จะจ่ายค่าตอบแทนในอัตรา 1,500 บาทต่อครั้ง จำนวนไม่เกิน 90 วัน ทั้งนี้หากหน่วยบริการ CAPD ไม่สามารถให้บริการ Temporary HD ได้เอง และส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยอื่นที่ไม่ได้เป็นหน่วยบริการ CAPD ในกรณีที่หน่วยบริการรับ Temporary HD เป็นเอกชน หน่วยบริการ CAPD ที่ส่งไปจะต้องรับผิดชอบค่าบริการให้กับสถานบริการนั้น โดยหน่วยบริการ CAPD ที่ส่งไปสามารถเบิกค่าบริการจาก สปสช. ตามอัตราที่ สปสช. กำหนด สำหรับในที่กรณีหน่วยบริการรับ Temporary HD เป็นหน่วยบริการ CAPD ให้หน่วยบริการที่รับ Temporary HD ทำการเบิกค่าใช้จ่ายโดยตรง โดยบันทึกข้อมูลบริการ Temporary HD ในโปรแกรม DMIS-CKD

กรณีมีความจำเป็นต้องทำ Temporary HD มากกว่า 90 วัน ให้หน่วยบริการทำเรื่องขอขยายระยะเวลาต่อคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไตระดับเขต หรือคณะทำงานที่คณะกรรมการดังกล่าวมอบหมาย โดยขอขยายระยะเวลาได้ 1 ครั้งเป็นระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน

(3) กรณีที่ไม่สามารถกลับมารักษาโดย CAPD ได้ต้องเปลี่ยนเป็น HD แบบถาวร ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไตระดับเขต หรือคณะทำงานที่คณะกรรมการดังกล่าวมอบหมาย และเมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว สปสช. จะจัดให้มีการลงทะเบียนและเบิกค่าใช้จ่ายได้ตาม ที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

(4) กรณีเจ็บป่วยอื่นๆ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นนอกเหนือจาก CAPD หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไปและอื่นๆ ตามแนวทางเวชปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน

2.1.4) การส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

(1) การรับการสนับสนุนน้ำยา CAPD ยา Erythropoietin สาย Tenckhoff catheter และอุปกรณ์อื่น

- หน่วยบริการบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายน้ำยา CAPD ยา Erythropoietin สาย Tenckhoff catheter และอุปกรณ์อื่นๆ เช่น Transfer set, outport clamp, mini cap ผ่านโปรแกรม DMIS-CKD หรือโปรแกรมอื่นที่ สปสช. กำหนด

- สปสช. จะให้การสนับสนุนผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

(2) การขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

การขอรับค่าตอบแทนหน่วยบริการแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติม (On top) ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการบริการ และการนัดติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรม DMIS-CKD หรือโปรแกรมอื่นที่ สปสช. กำหนดทุกเดือน โดย สปสช. จะตรวจสอบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและการให้บริการและตอบแทนให้เป็นรายเดือนหรือตามที่ได้รับรายงานข้อมูลการให้บริการ

(3) การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ

กำหนดวันในการส่งข้อมูลแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ให้ สปสช. คือ 30 วันภายหลังจากวันที่ให้บริการ

ก) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 95 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

ข) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 90 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

ค) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 330 วันจ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 80 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

กำหนดวันปิดรับข้อมูลการแจ้งหนี้ จะสิ้นสุดการแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ภายใน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่ให้บริการในเดือนตุลาคม 2561 จะปิดรับการแจ้งหนี้ในวันที่ 30 ตุลาคม 2562 **สำหรับข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด จะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย**

2.2) การจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD)

หน่วยบริการหรือสถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการ HD จะได้รับการสนับสนุนการชดเชยบริการเป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม ดังนี้

2.2.1) การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

จ่ายค่าบริการ HD และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงแก่หน่วยบริการหรือสถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการ ดังนี้

(1) ชดเชยค่าบริการ HD สำหรับผู้ป่วย HD รายเก่า และผู้ป่วยHD รายใหม่ ครั้งละ 1,500 บาท ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีและมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ ปอด ตับ ร่วมด้วยและ HD ในหน่วยบริการหรือสถานบริการขนาดใหญ่ที่มีการให้บริการหอผู้ป่วยไอซียู โดยชดเชยผู้ป่วยรายเก่าและผู้ป่วยรายใหม่ครั้งละ 1,700 บาทไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์

(2) ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

1) การให้ยา Erythropoietin โดยใช้หลักเกณฑ์ เป็นไปตามที่ สปสช.กำหนดหรือที่มีประกาศเพิ่มเติม ทั้งนี้การสนับสนุนยา Erythropoietin อาจปรับเปลี่ยนเป็นการจ่ายชดเชยเป็นเงินให้กับหน่วยบริการตามอัตราที่ สปสช. กำหนด

2) การชดเชยค่าเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) หน่วยบริการ/สถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการ HD จะรับการสนับสนุนการบริการ เป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม ดังนี้

ชนิดของ Vascular access	ข้อบ่งชี้	ราคาจ่าย	จำนวนครั้งในการเบิก	หน่วยบริการ
Tunnel cuffed catheter	สำหรับผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษา CAPD เป็น chronic hemodialysis ในกรณีดังนี้ (1) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD (2) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ไม่สามารถทำ AVF หรือ AVG	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 12,000 บาท (รวมค่าสายและ ค่าใส่สาย)	1 ครั้ง/ปีงบประมาณ	ศูนย์ฟอกเลือดหรือโรงพยาบาล
AVF	สำหรับผู้ป่วย chronic hemodialysis ในกรณีดังนี้ (1) ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษาจาก CAPD เป็น chronic hemodialysis (2) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD (3) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ต้องทำ AVF ใหม่	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่า OR และค่าห้องปฏิบัติการ)	1 ครั้ง/ปีงบประมาณ	โรงพยาบาล

ชนิดของ Vascular access	ข้อบ่งชี้	ราคาจ่าย	จำนวนครั้งในการเบิก	หน่วยบริการ
AVG	สำหรับผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ไม่สามารถทำ AVF ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้ (1) ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษาจาก CAPD เป็น chronic hemodialysis (2) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD (3) ผู้ป่วย chronic hemodialysis	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่า OR และค่าห้องปฏิบัติการแต่ไม่รวมค่า graft) ค่า graft ไม่เกิน 14,000บาท	1 ครั้ง/ปีงบประมาณ	โรงพยาบาล
Temporary double lumen catheter	สำหรับผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่รอใช้ AVF หรือ AVG	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 5,000 บาท (รวมค่าสายและค่าใส่สาย)	1 ครั้ง/ปีงบประมาณ	ศูนย์ฟอกเลือดหรือโรงพยาบาล

ตารางแสดงอัตราการจ่าย Vascular access สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

หมายเหตุ :

1) ผู้ป่วยใหม่ที่ต้องทำ Temporary HD ก่อนทำ CAPD ให้รวมค่าสาย Temporary double lumen catheter อยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัว 2,500 บาท/คน/เดือน

2) ผู้ป่วย CAPD ที่ต้องทำ Temporary HD หลังจากเริ่มทำ CAPD เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ให้รวมค่าสาย Temporary double lumen catheter อยู่ในค่าเหมาจ่าย 2,500 บาท/คน/เดือน

3) ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการแก้ไข AVF หรือ AVG สามารถเบิกค่าแก้ไขเพิ่มเติมตามที่ใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท ในระยะเวลา 1 ปี

4) ปีหมายถึงปีงบประมาณ

2.2.2) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

(1) การจ่ายชดเชยค่าบริการ HD

อัตราค่าบริการ HD ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม ครอบคลุมการบริการดังต่อไปนี้

1) ค่าอุปกรณ์ได้แก่ Dialyzer , Blood line , AVF needle , Bicarbonate dialysate , Anticoagulant

2) ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆที่แพทย์สั่งระหว่างการทำ HD ได้แก่ Glucose , Analgesic , Antihistamine และ Transquilizer drug

3) ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวเนื่องกับการทำ HD ตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนดได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, Electrolytes, Calcium, Phophate, Albumin, KT/V, URR, HBsAg, HBsAb, Anti HCV., EKG และ Chest X-ray

4) การทำ HD ต้องทำไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ยกเว้น

4.1) กรณีการทำ HD สัปดาห์แรก (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) น้อยกว่า 4 ชั่วโมง

4.2) กรณีผู้ป่วยอาการไม่ Stable ให้จ่ายชดเชยได้

5) กรณีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการทำ HD ที่จำเป็นเร่งด่วนให้หน่วยบริการที่รักษาภาวะแทรกซ้อนนี้ เรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามแนวทางเวชปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น กรณีฉุกเฉิน

6) ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการอื่นๆ เบิกจ่ายตามแนวทางการขอรับผู้ป่วยในให้เรียกเก็บตามระบบ DRGs จากกองทุนผู้ป่วยใน ยกเว้นในกรณีสถานบริการ HD ที่เป็นสถานบริการตามสัญญา สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายตามข้อบังคับมาตรา 7 ได้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เช่น กรณีส่งต่อ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

7) กรณีเปลี่ยนสิทธิหรือเสียชีวิต จะหมดสิทธิในการขอรับค่าใช้จ่ายในเดือนที่ตรวจสอบหรือเป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

8) กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำ HD ที่หน่วยบริการที่ลงทะเบียนไว้ จะต้องทำการส่งตัวผู้ป่วยไปรับการทำ HD อีกหน่วยบริการหนึ่ง หน่วยบริการที่รับลงทะเบียนจะต้องส่งตัวผู้ป่วยผ่านโปรแกรม สกส. หรือโปรแกรมอื่นๆ ที่ สปสช. กำหนด และหน่วยบริการที่ HD สามารถรับค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้

9) การเบิกชดเชยค่าบริการ หน่วยบริการ HD จะเบิกได้เฉพาะผู้ป่วยที่ลงทะเบียนและมารับบริการในหน่วยของตนเองเท่านั้น หาก สปสช. ตรวจพบว่า มีการนำข้อมูลที่ไม่ได้รับบริการที่หน่วยของตนเอง มาเบิก หรือมีการตรวจสอบพบว่าการเบิกนั้นๆ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยที่กำหนด หรือ ไม่มีคุณภาพในการให้บริการตามเกณฑ์และแนวทางการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการ HD สปสช. จะพิจารณาเรียกเงินคืน หรือดำเนินการตามแนวทางที่ สปสช. กำหนดต่อไป

10) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องทำ HD ที่หน่วยบริการหรือสถานบริการแห่งอื่น (ที่อยู่ในโครงการ) นอกเหนือจากที่รับบริการประจำ HD ในกรณีดังกล่าวขอให้หน่วยบริการ/สถานบริการแห่งอื่นที่รักษา ประสานแจ้งหน่วยบริการ HD ที่ผู้ป่วยลงทะเบียนไว้ ให้ทำการส่งต่อผู้ป่วยผ่านโปรแกรม สกส. หรือโปรแกรมอื่นๆ ที่ สปสช. กำหนด และหน่วยบริการ/สถานบริการแห่งอื่นที่ทำ HD สามารถรับค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้ โดยไม่ให้เบิกค่าตัวกรองเพิ่ม (การส่งตัวในโปรแกรมของ สกส.ในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี 3 แบบ ได้แก่ 1. โอนย้าย คือการส่งตัวชนิดถาวร 2. ชั่วคราว คือการส่งตัวเป็นระยะเวลา 7 วัน และ 3. ร่วมดูแล คือการส่งตัวที่สามารถเบิกจ่ายได้ทั้ง 2 หน่วย)

(2) การชดเชยค่าเตรียมเส้นเลือด (Vascular access)

1) สปสช. จะจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ/หรือหน่วยบริการ/สถานบริการที่มีสัญญาให้บริการ HD

2) ผู้ป่วยที่มีสิทธิได้รับการเตรียมเส้นเลือด สำหรับทำ HD ต้องเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิในการทำ HD และลงทะเบียนแล้วเท่านั้น/ผู้ป่วย HD รายใหม่ที่ได้รับเฉพาะสิทธิ EPO จะไม่มีสิทธิเบิกค่าเตรียมเส้นเลือด

3) หน่วยบริการ/สถานบริการ ที่ให้บริการเตรียมเส้นเลือดสำหรับทำ HD ให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายได้ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

4) กรณีที่มีการส่งตัวผู้ป่วยจากหน่วยบริการ สถานบริการ ที่ไม่สามารถให้บริการเตรียมเส้นเลือดสำหรับทำ HD ได้ไปรับบริการที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือหน่วยบริการที่ทำสัญญาให้บริการ HD หน่วยบริการที่ให้บริการเตรียมเส้นเลือดสำหรับทำ HD สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้

5) สปสช. กำหนดการตัดรอบข้อมูลเพื่อการจ่ายชดเชยหลังเที่ยงคืนของวันสิ้นเดือนหลังจากได้รับผลงานการให้บริการ และทำการตรวจสอบข้อมูลพร้อมทั้งออกรายงานและขออนุมัติการจ่ายชดเชยภายใน 30 วันภายหลังการประมวลผลการจ่ายชดเชย

2.2.3) การส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

(1) การบันทึกข้อมูลการให้บริการ HD

หน่วยบริการ/สถานบริการ สามารถบันทึกข้อมูลการให้บริการ HD และข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรม HD ที่พัฒนาโดยสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) โดยก่อนบันทึกข้อมูลเพื่อรับค่าใช้จ่ายต้องทำการรับข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยเข้าโปรแกรม HD ก่อน และศึกษาขั้นตอนได้จาก Web site ของ สกส. กรณีให้บริการผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการลงทะเบียน (ได้รับการอนุมัติสิทธิ HD แล้วแต่ยังไม่มีชื่อการบันทึกค่าบริการในทะเบียน) ให้เก็บข้อมูลบริการไว้และบันทึกหลังจากมีชื่อผู้ป่วยในทะเบียนแล้ว

1) บันทึกเบิกค่าบริการด้วยโปรแกรม HD เมื่อให้บริการผู้ป่วยทุกราย

2) หน่วยบริการ/สถานบริการ ส่งข้อมูลการรักษาได้ทุกวัน โดย สกส.จะมีการตรวจสอบข้อมูล และส่งเอกสารตอบกลับค่ารักษาพยาบาลรายวัน (REP) ให้หน่วยบริการ/สถานบริการรับทราบในวันทำการถัดไป

3) สกส.จะส่งรายงานสรุปยอดรวมรายการค่ารักษาพยาบาล (Statement) ให้หน่วยบริการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เดือนละ 2 ครั้ง

4) สกส.จะส่งรายงานสรุปยอดตามรายการยา Erythropoietin (EUR) ให้หน่วยบริการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

5) หลังจากได้รับข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำการประมวลผลและออกรายงานการชดเชยให้ภายใน 45 วันนับจากตัดข้อมูล

(2) การบันทึกข้อมูลการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access)

บันทึกในโปรแกรม e-Claim ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น

(3) การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ

สปสช.กำหนดการตัดรอบข้อมูลเพื่อการจ่ายชดเชยหลังเที่ยงคืนของวันสิ้นเดือนหลังจากได้รับผลงานการให้บริการ และทำการตรวจสอบข้อมูลพร้อมทั้งออกรายงานและขออนุมัติการจ่ายชดเชยภายใน 30 วันภายหลังการประมวลผลการจ่ายชดเชย

กำหนดวันในการส่งข้อมูลแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ให้ สปสช. คือ 30 วันภายหลังจากวันที่ให้บริการหากหน่วยบริการ

1) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 95 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

2) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 90 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

3) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 80 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

กำหนดวันปิดรับข้อมูลการแจ้งหนี้ จะสิ้นสุดการแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ภายใน 360 วันนับจากวันที่ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่ให้บริการในเดือนตุลาคม 2561 จะปิดรับการแจ้งหนี้ในวันที่ 31 ตุลาคม 2562 **สำหรับข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด จะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย**

2.3) การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation : KT)

หน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ KT จะได้รับการสนับสนุนการชดเชยบริการ เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม ดังนี้

2.3.1) การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

การสนับสนุนการให้บริการ KT ครอบคลุมขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด KT และการดูแลหลัง KT โดยการสนับสนุนเป็นไปตามแบบแผนการรักษา (Protocol) ตามที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยเสนอ โดย Protocol ดังกล่าว มีการจำแนกย่อย และมีค่าใช้จ่ายที่จ่ายเหมาตาม Protocol โดยแบ่งการจ่ายเงินเป็น 2 ช่วงมีรายละเอียด ดังนี้

(1) ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

1) สำหรับผู้บริจาคอวัยวะ ทั้งผู้บริจาคที่มีชีวิต และผู้บริจาคสมองตาย

2) สำหรับผู้รับบริจาค

(2) ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการแบบราคาเหมาจ่าย ค่าบริการต่อชุดบริการ (Protocol) ในระหว่างเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในจนกระทั่งจำหน่าย รวมทั้งเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 2 กรณี คือ

1) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายตาม Protocol I-IV

2) กรณีมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย จ่ายตาม Protocol ดังนี้

2.1) Antibody Mediated Rejection ประกอบด้วย Protocol AMR-A และ Protocol AMR-B

2.2) Acute Cellular Rejection ประกอบด้วย Protocol ACR-A และ Protocol ACR-B

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด		
1.1 สำหรับผู้บริจาค (Donor)		
1.1.1 ผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor)		
1.1.1.1 ค่าเตรียมผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor)	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจเอกซเรย์ ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้รับบริจาค 1 ราย	40,000
1.1.1.2 ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor) ระหว่างเข้ารับการผ่าตัด	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจเอกซเรย์ ค่าผ่าตัด ค่าห้องและค่าอาหาร ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	32,800

แผนการรักษาตามชุดบริการ(Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
1.1.2 ผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)		
1.1.2.1 ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor) (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทยโดยผ่านหน่วยบริการที่ผ่าตัด	ค่าดูแล Donor ค่าผ่าตัด ค่าน้ำยาถนอมอวัยวะ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	40,000
1.2 สำหรับเตรียมผู้รับบริจาค (Recipient)		
1.2.1 ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคที่มีชีวิต		
1.2.1.1 ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจเอกซเรย์ ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	31,300
1.2.2 ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคสมองตาย		
1.2.2.1 ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจเอกซเรย์ ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	31,300
1.2.2.2 ค่าส่งตรวจ Panel reactive anti-body	ค่าตรวจ Panel reactive antibody <u>กรณีผู้บริจาคมีชีวิต</u> - ตรวจ screening 1 ครั้งต่อปี - ตรวจ SAB class I เพื่อ confirm กรณี screening class I ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี - ตรวจ SAB class II เพื่อ confirm กรณี screening class II ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี <u>กรณีผู้บริจาคสมองตาย</u> - ค่าตรวจ PRA จ่ายตามจริง ไม่เกิน 7,200 บาทต่อรายต่อปี	 2,000 13,000 12,500 7,200

แผนการรักษาตามชุดบริการ(Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด		
2.1 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-I สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Cyclosporine + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	143,000
Protocol-II สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	148,000
Protocol-III สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximap + Cyclosporine + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่างๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่ายา Basiliximab X 2 dose - ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	287,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ(Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
Protocol-IV สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab + Tacrolimus + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่างๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่ายา Basiliximab X 2 dose - ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	292,000
2.2 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีมีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol ACR-A (Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Acute Cellular Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	- ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy - ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่ายา Methylprednisolone - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อโดยตรง - ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่ม Protocol DGF-B)	23,000
Protocol ACR-B (Refractory Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Acute Cellular Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	- ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy - ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่ายา Methylprednisolone - ค่ายา Anti-thymocyte globulin - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่ม Protocol DGF-B)	493,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ(Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
Protocol AMR-A (Antibody Mediated Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Antibody Mediated Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	- ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy - ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่ายา Methylprednisolone - ค่ายา Intravenous immunoglobulin - ค่า Plasmapheresis และตัวกรอง Plasma flux - ค่าสาย Double lumen catheter - ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย Protocol DGF-C)	340,000
Protocol AMR-B (Refractory Antibody Mediated Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Antibody Mediated Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	- ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy - ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่ายา Methylprednisolone - ค่ายา Intravenous Immunoglobulin - ค่ายา Rifuximab - ค่า Plasmapheresis และตัวกรอง Plasmaflux - ค่าสาย Double lumen catheter - ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย Protocol DGF-C)	426,000
Protocol DGF-A (Delay Graft Function) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	- ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy - ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่าสาย Double lumen catheter - ค่าทำ Acute hemodialysis	56,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ(Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
Protocol DGF-B (Delay Graft Function Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol ACR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay Gaft Function ร่วมกับ Acute Cellular Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่าสาย Double lumen catheter - ค่าทำ Acute hemodialysis - ไม่รวมค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน Protocol ACR-A และ ACR-B)	40,000
Protocol DGF-C (Delay Graft Function with Antibody Mediated Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol AMR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function ร่วมกับ Antibody Mediated Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ค่าทำ Acute hemodialysis - ไม่รวมค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ และค่าสาย Double lumen catheter (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน Protocol AMR-A และ AMR-B)	35,000

ตารางแสดงรายละเอียดการสนับสนุนค่าบริการ KT

สรุปค่าใช้จ่ายในการให้บริการ KT

1) ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

ประเภทการจ่าย		เงื่อนไข	อัตราจ่าย (บาท)
ผู้บริจาค	สมองตาย	ผ่าตัดนำอวัยวะออก	40,000 ต่อไต 1 ข้าง
	มีชีวิต	เตรียมผู้บริจาค	40,000
		ผ่าตัดนำอวัยวะออก	32,800
ผู้รับบริจาค		ก่อนรับผ่าตัด	31,300
	กรณีผู้บริจาคมีชีวิต	- ค่าตรวจ PRA - ตรวจ screening 1 ครั้งต่อปี - ตรวจ SAB class I เพื่อ confirm กรณี screening class I ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี - ตรวจ SAB class II เพื่อ confirm กรณี screening class II ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี	 2,000 13,000 12,500
	กรณีผู้บริจาคสมองตาย	- ค่าตรวจ PRA จ่ายตามจริง ไม่เกิน 7,200 บาทต่อรายต่อปี	7,200

ตารางแสดงค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดก่อน KT

2 ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด แยกเป็นประเภท ดังนี้

2.1 อัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

Protocol	อัตราจ่าย (บาท)
Protocol-I	143,000
Protocol-II	148,000
Protocol-III	287,000
Protocol –IV	292,000

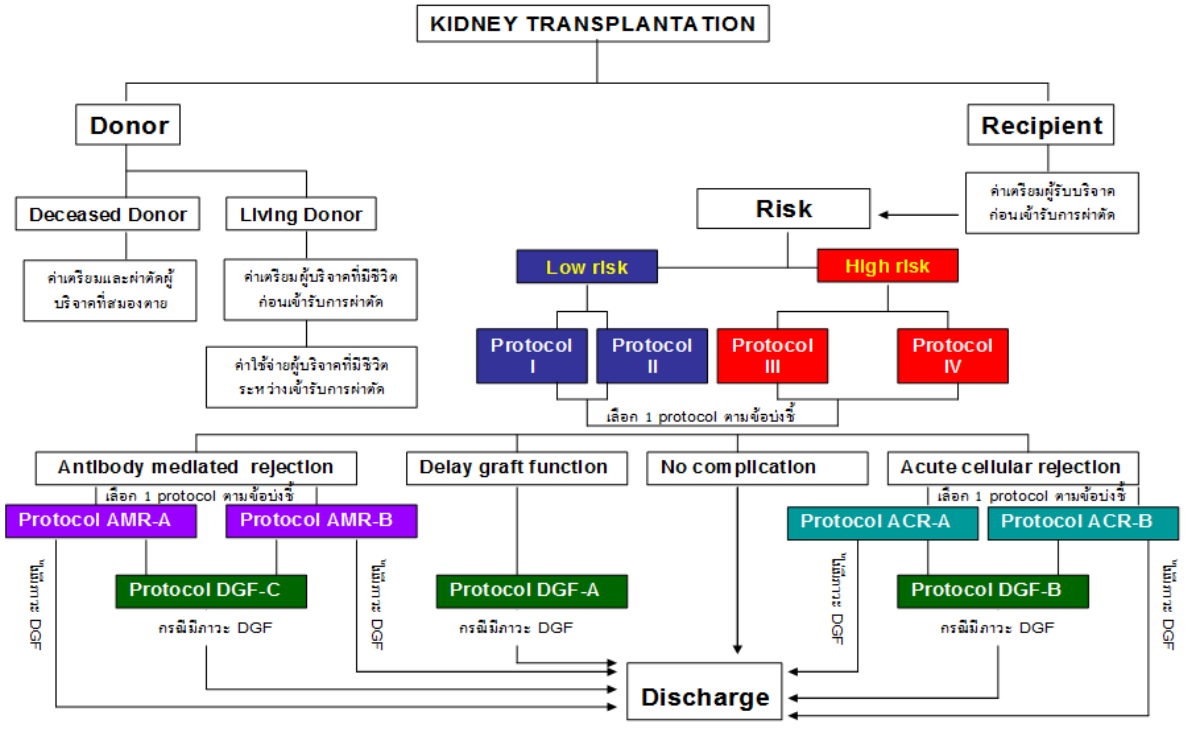
ตารางแสดงอัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด KT

2.2 อัตราจ่ายกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย

Protocol	อัตราจ่าย (บาท)
Protocol ACR-A (Acute cellular rejection)	23,000
Protocol ACR-B (Refractory acute cellular rejection)	493,000
Protocol AMR-A (Antibody mediated rejection)	340,000
Protocol AMR-B (Refractory antibody mediated rejection)	426,000
Protocol DGF-A (Delay graft function)	56,000
Protocol DGF-B (Delay graft function with acute cellular rejection)	40,000
Protocol DGF-C (Delay graft function with antibody mediated rejection)	35,000

ตารางแสดงอัตราจ่ายกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมโดยตรงจากการผ่าตัด KT

หมายเหตุ : การรับบริการ KT ให้หน่วยบริการประจำจัดทำใบส่งตัวผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการที่ทำข้อตกลง KT ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้ถือว่าใบส่งตัวนั้นครอบคลุมการส่งตัวรักษาโรคอื่น ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการ KT 1 ปี



หมายเหตุ :

1) ภาวะแทรกซ้อน Protocol AMR และ Protocol ACR สามารถเกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัด (ในช่วงระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาล) หน่วยบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเพิ่มเติมจาก Protocol 1–4 ได้ โดยบันทึกข้อมูลในโปรแกรม DMIS-CKD แพทย์ผู้รักษาจะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามข้อบ่งชี้ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

2) ภาวะแทรกซ้อน Protocol DGF (Delay graft function) สามารถเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านแล้วและกลับมานอนในโรงพยาบาลใหม่หน่วยบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามที่กำหนด

2.3.2) เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1) การจ่ายค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่ายตาม Protocol ที่กำหนดหากมีการปรับเปลี่ยน Protocol ระหว่างรับการรักษาจะได้รับค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณา

2) ค่าบริการที่จ่ายนี้ไม่ครอบคลุมโรคแทรกซ้อน หรือโรคที่เป็นอยู่เดิม หากหน่วยบริการต้องให้บริการในกรณีโรคแทรกซ้อน หรือโรคเดิม ให้ส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปี 2562 (หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ร่วมโครงการต้องแจ้งให้ผู้ป่วยผ่านระบบส่งต่อตั้งแต่แรกเริ่มเข้าสู่โครงการ เพื่อป้องกันการปฏิเสธการจ่ายในกรณีที่มีการรักษาโรคอื่นๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อน หรือโรคเดิม เป็นต้น)

3) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากโครงการตามขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขนี้จนกระทั่งสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้มีสิทธิ เช่น เสียชีวิต หรือเปลี่ยนสิทธิ

4) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด ในช่วงเวลาประมาณ 21 วัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่าย ระหว่างและหลังผ่าตัดจะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดใน Protocol

2.2.3) การส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

(1) การบันทึกข้อมูลการให้บริการ KT ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม DMIS-CKD ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยน Protocol หรือเสียชีวิต ระหว่างผ่าตัด หรืออื่นๆ สปสช. อาจขอสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยได้

สปสช.กำหนดการตัดข้อมูลเพื่อจ่ายชดเชยทุกวันสิ้นเดือน และทำการตรวจสอบและออกรายงานขออนุมัติจ่ายชดเชยภายใน 45 วัน

(2) การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ กำหนดวันในการส่งข้อมูลแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ให้ สปสช.คือ 30 วันภายหลังจากวันที่ให้บริการหากหน่วยบริการ

1) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 95 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

2) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 90 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

3) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 80 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

กำหนดวันปิดรับข้อมูลการแจ้งหนี้ จะสิ้นสุดการแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ภายใน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่ให้บริการในเดือนตุลาคม 2561 จะปิดรับการแจ้งหนี้ในวันที่ 31 ตุลาคม 2562 **สำหรับข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด จะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย**

2.4) การจัดบริการยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation Imunosuppressive drug : KTI)

หน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ KTI จะได้รับการสนับสนุนการชดเชยบริการ เป็นไปตามที่สปสช.กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

2.4.1) การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ KTI

เกณฑ์การให้ KTI ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันด้วย โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต โดยมีอัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

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

ตารางแสดงอัตราจ่าย การให้ยากดภูมิภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

2.4.2) เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

การจ่าย KTI จะจ่ายชดเชยต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือสิ้นสุดตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.4.3) การส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

(1) การบันทึกข้อมูล ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการ บันทึกข้อมูลการรักษาและติดตามผลให้ครบถ้วน ในโปรแกรม DMIS-CKD โดยหน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้ยาได้ไม่เกิน 1 ครั้ง/เดือน

(2) การออกรายงานการจ่ายเงิน สปสช. กำหนดรอบในการตัดข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายทุกวันสิ้นเดือนของทุกเดือน และพิจารณาออกรายงานเพื่อขออนุมัติจ่ายเงินทุกวันสิ้นเดือนของเดือนถัดไป

(3) การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ กำหนดวันในการส่งข้อมูลแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ให้ สปสช. คือ 30 วันภายหลังจากวันที่ให้บริการหากหน่วยบริการ

ก) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 95 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

ข) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 90 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

ค) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 80 ของอัตราที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

กำหนดวันปิดรับข้อมูลการแจ้งหนี้ จะสิ้นสุดการแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ภายใน 360 วันนับจากวันที่ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่ให้บริการในเดือนตุลาคม 2561 จะปิดรับการแจ้งหนี้ในวันที่ 31 ตุลาคม 2562 **สำหรับข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด จะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย**

2.5 การสนับสนุนยา Erythropoietin

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิรับบริการ CAPD และ HD และผู้ป่วยรายใหม่ที่รับบริการ HD หลังวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะรับบริการ CAPD ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด มีสิทธิได้รับยาตามความจำเป็น และข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ตามตารางดังนี้

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

ตารางแสดงเงื่อนไขและรายการสนับสนุนยา Erythropoietin

หมายเหตุ : รายการยาอาจมีการเปลี่ยนแปลงในระหว่างปีงบประมาณตามสถานการณ์ทางตลาด และคุณสมบัติของยาที่มีผลต่อจัดหา หรืออาจมีการปรับเปลี่ยนการชดเชยเป็นเงินค่ายาตามราคาที่ สปสช. กำหนด

2.5.1) วิธีปฏิบัติในการให้ยา Erythropoietin

(1) ให้หน่วยบริการ/สถานบริการที่ร่วมให้บริการ CAPD และ HD มีสิทธิเบิกยา Erythropoietin ที่ใช้บริการผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด โดยเบิกยาและส่งข้อมูลผ่านระบบตามที่ สปสช. กำหนดทุกเดือน

(2) หน่วยบริการ/สถานบริการที่ให้ยา Erythropoietin ชื่อทางการค้าชื่อใดชื่อหนึ่งควรใช้ยาชื่อนั้นต่อเนื่องกันอย่างน้อย 1 ปี ยกเว้น มีเหตุจำเป็นทางการแพทย์ก็สามารถเปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่นหรือที่มีชื่ออื่นได้ โดยให้หน่วยบริการ/สถานบริการทำหนังสือชี้แจงเหตุผลในการเปลี่ยนยาให้ สปสช. ทราบ รวมทั้งต้องติดตามระดับ Hematocrit (Hct) ทุก 4 สัปดาห์ในผู้ป่วย HD และ ทุก 8 สัปดาห์ในผู้ป่วย CAPD เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยาผู้ป่วย

(3) กรณีผู้ป่วย HD จะต้องลงนามผู้ให้ยาพร้อมทั้งติดสติกเกอร์กำกับลงในใบ Hemo Sheet ทุกครั้งหากไม่ดำเนินการ สปสช. อาจพิจารณาเรียกคืนยาหรือเงินชดเชยได้ และกรณีหาก สปสช. ตรวจสอบแล้วพบว่าระดับ Hct. ที่ตรวจได้ไม่ตรงกับข้อมูลที่หน่วยบริการ/สถานบริการบันทึกเบิกกับ สปสช. อาจพิจารณาเรียกคืนยาหรือเงินชดเชยได้

(4) การให้ยา Erythropoietin ต้องให้โดยบุคลากรทางการแพทย์ของหน่วยบริการหรือสถานบริการโดยตรง สำหรับผู้ป่วย CAPD อาจให้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายที่อยู่ใกล้บ้านได้ โดยจะต้องส่งยาด้วยระบบ Cold chain และมีใบส่งตัวผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วย HD จะได้รับยาเมื่อมารับบริการในหน่วย HD โดยไม่ให้ผู้ป่วยนำยาไปฉีดเองที่บ้าน

2.5.2) เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1) ผู้ที่มีสิทธิรับยา เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีสิทธิ CAPD ผู้ป่วยมีสิทธิ HD และผู้ป่วย HD รายใหม่ที่ได้รับเฉพาะสิทธิ EPO (ผู้ป่วยที่จ่ายค่าฟอกเลือดเอง)

2) สปสช. จะจ่ายชดเชยยาให้หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ CAPD และหน่วยบริการ/สถานบริการ ที่มีสัญญาให้บริการ HD

3) หน่วยบริการ/สถานบริการ ที่ให้ยาแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสิทธิเบิกยาได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

4) การประมวลข้อมูลเพื่อชดเชยยา Erythropoietin จะดูจากผล Hct ขนาดยา และชื่อยาที่ใช้กับผู้ป่วย รายละเอียดการคำนวณจำนวนยาสำหรับหน่วยบริการ CAPD และหน่วยบริการ/สถานบริการ HD จะใช้วิธีการคำนวณแบบเดียวกัน

5) ค่า Hematocrit (Hct) ที่ใช้ในเป็นเกณฑ์ คือ ค่า Hct ต่ำสุดของเดือนในกรณีที่หน่วยบริการไม่ได้ตรวจในครั้งใด ก็จะใช้ค่า Hct ที่หน่วยบริการนั้นตรวจให้แก่ผู้ป่วยในครั้งก่อนแต่ไม่เกิน 28 วันในผู้ป่วย HD และไม่เกิน 60 วัน ในกรณีผู้ป่วย CAPD

6) รอบบัญชีที่ใช้ในการคำนวณคือ 1 เดือนนับตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันสิ้นเดือนของแต่ละเดือน สปสช.จะชดเชยยาให้แก่หน่วยบริการ/สถานบริการ เดือนละ 1 ครั้ง

2.5.3) การส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุน และชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริการ

(1) การบันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin

1.1) หน่วยบริการ CAPD

ก) บันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรม DMIS-CKD

ข) สปสช.จะตัดข้อมูลการบริการของเดือนที่ผ่านมาในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป จะประมวลข้อมูลและคำนวณเพื่อชดเชยยา Erythropoietin ตามแนวทาง ที่ สปสช.กำหนด และเชื่อมต่อข้อมูลกับเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์หลังวันประมวลผล

ค) หน่วยบริการสามารถตรวจสอบข้อมูลการได้รับชดเชยยา หรือ Erythropoietin Usage Report (EUR) ได้ที่โปรแกรม DMIS-CKD

1.2) หน่วยบริการ/สถานบริการ HD

ก) บันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรม HD ที่พัฒนาโดยสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)

ข) หน่วยบริการ/สถานบริการ ส่งข้อมูลการรักษาได้ทุกวัน สกส. จะตรวจสอบข้อมูล และส่งเอกสารตอบรับรายวัน (REP) ให้หน่วยบริการ/สถานบริการรับทราบในวันทำการถัดไป

ค) สกส. จะตัดข้อมูลการบริการของเดือนที่ผ่านมาในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป จะประมวลข้อมูลและคำนวณเพื่อชดเชยยา Erythropoietin ตามแนวทาง ที่ สปสช.กำหนด และเชื่อมต่อข้อมูลกับเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์หลังวันประมวลผล

ง) สกส.จะส่งรายงานสรุปยอดรวมการให้ยา Erythropoietin (EUR) ให้หน่วยบริการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เดือนละ 1 ครั้ง

(2) การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงาน

การชดเชยยา Erythropoietin แก่หน่วยบริการ/สถานบริการ หลังได้รับข้อมูลจาก สกส.และ สปสช. โดยเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ จะดำเนินการจัดส่งยาให้หน่วยบริการ/สถานบริการประมาณ 10 วัน หลังตัดข้อมูล

3) การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

1) ความหมาย

การอุทธรณ์การจ่ายชดเชย เป็นการขอให้ สปสช. พิจารณาทบทวนการจ่ายชดเชยค่าบริการที่ สปสช.ได้ตรวจสอบข้อมูลการจ่ายและทำการโอนเงินให้แล้ว และทางหน่วยบริการ/สถานบริการ ไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาการจ่ายชดเชยค่าบริการนั้น

การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการจะเกิดขึ้นได้ หลังจากหน่วยบริการ/สถานบริการได้ทราบผลการจ่ายชดเชยค่าบริการในแต่ละงวดแล้ว และมีความเห็นแย้งกับผลการจ่ายชดเชยทั้งกรณีไม่ได้รับการชดเชยได้รับการชดเชยไม่ครบ หรือไม่ตรงกับที่ขอเบิก (กรณีที่ยังไม่ถึงรอบการพิจารณา หรือยังไม่ได้รับการตรวจสอบจึงไม่ใช่การขออุทธรณ์)

2) วิธีการขออุทธรณ์

2.1) ค่าบริการ CAPD ให้หน่วยบริการทำหนังสือเรื่องการขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายโดยระบุสาเหตุและลงนามโดยผู้บริหารหน่วยบริการพร้อมกับแนบหลักฐานประกอบได้แก่

2.1.1) รายงานการจ่ายเงินจาก สปสช. จากระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS) สามารถ Download คู่มือการใช้งาน ได้ที่

http://seamlessfordmis.nhso.go.th/seamlessfordmis/faces/login.jsf)

2.1.2) สำเนาการบันทึกข้อมูล Follow up ในโปรแกรม DMIS-CKD

2.2) ค่าบริการ HD ให้หน่วยบริการ/สถานบริการ บันทึกขอแก้ไขข้อมูล พร้อมทั้งแนบหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ในโปรแกรม HDePAC ของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) สามารถ Download คู่มือการใช้งาน ได้ที่ http://cs3.chi.or.th/hdepac

2.3) ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin)

2.3.1) กรณีผู้ป่วย CAPD ให้ทำหนังสือขออุทธรณ์ลงนามโดยผู้บริหารพร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

ก) รายงานการจ่ายชดเชยยา Erythropoietin (EUR) จากโปรแกรม DMIS-CKD

ข) บันทึกผลการตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematrocrit)

2.3.2 กรณีผู้ป่วย HD ให้ใช้วิธีการเช่นเดียวกับการอุทธรณ์ค่าบริการ HD ในข้อ 2.2

2.4) ค่าบริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

2.4.1) หน่วยบริการที่ได้ให้บริการนอกเหนือจากแนวทางปฏิบัติที่กำหนดใน Protocol สามารถส่งหลักฐานไปขออุทธรณ์ได้ที่ สปสช. ได้ คือ

ก) หนังสือขออุทธรณ์พร้อมสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์

ข) รายงานการจ่ายเงินจาก สปสช. จากระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)

2.5) ค่ายากดภูมิคุ้มกัน ให้ทำหนังสือขออุทธรณ์ พร้อมแนบเอกสารได้แก่

2.5.1) รายงานการจ่ายเงินจากระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)

2.5.2) สำเนาการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม DMIS-KTI

3) เงื่อนไขและระยะเวลาการอุทธรณ์

3.1) การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยต้องดำเนินการภายใน 30 วันหลังรับรายงานการโอนเงินทางระบบรายงานการโอนเงิน (NHSO Budget) สำหรับการอุทธรณ์ยา Erythropoietin ต้องดำเนินการภายใน 30 วันหลังรับรายงานสรุปยอดรวมการใช้ยา (EUR)

3.2) กรณีบริการ HD และยา Erythropoietin หน่วยบริการ/สถานบริการบันทึกขอแก้ไขข้อมูลพร้อมทั้งแนบหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ในโปรแกรม HDePAC เท่านั้น

3.3) การตัดรอบการรับข้อมูลอุทธรณ์เพื่อนำมาตรวจสอบและพิจารณาจ่าย จะดำเนินการทุก 3 เดือน

3.4) กรณีอุทธรณ์ค่าบริการ HD จะพิจารณาจากข้อมูลที่หน่วยบริการสถานบริการบันทึกในโปรแกรมของ สกส. และมีผลการตอบรับเป็นปฏิเสธการชดเชยเท่านั้น กรณีไม่มีข้อมูลจาก สกส. จะไม่พิจารณา

3.5) หน่วยบริการ/สถานบริการ สามารถตรวจสอบข้อมูลการโอนเงินได้ทาง Website พร้อมกับงวดการจ่ายชดเชยปกติทางระบบรายงานการโอนเงิน (NHSO Budget)

บทที่ 9 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ค่าบริการ LTC) จำนวน 916.80 ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีเป้าหมาย ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ/สถานบริการ อย่างเป็นระบบในปีงบประมาณ 2562 มีเป้าหมายจำนวน 152,800 คน โดยรายละเอียดกรอบแนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการฯ เป็นไปตามคู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2562 สำหรับคู่มือแนวปฏิบัติในการขอรับงบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2562 จะกล่าวถึงขั้นตอนการโอนค่าบริการ LTC ให้กับหน่วยบริการประจำ และการโอนค่าบริการ LTC (เหมาจ่าย 5,000 บาท/คน/ปี) ให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนฯท้องถิ่น) โดยรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงาน มีดังนี้

1) การโอนค่าบริการ LTC ให้กับหน่วยบริการประจำ

ผู้รับผิดชอบ	การดำเนินงาน	ระยะเวลา	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
สปสช.	แจ้งการจัดสรรเป้าหมายผู้สูงอายุ	ภายใน ส.ค.61	หนังสือแจ้งจัดสรรเป้าหมาย
สสจ./หน่วยจัดบริการ อปท.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) หน่วยจัดบริการ (หน่วยบริการประจำ /หน่วยบริการปฐมภูมิ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต/สถานบริการ) ร่วมกับ	ภายใน ส.ค.61	
สปสช. เขต	แจ้งรายชื่อหน่วยบริการประจำที่รับผิดชอบการ	ภายใน ก.ย.61	แบบฟอร์มแจ้งรายชื่อ
สปสช.	ตรวจสอบสถานะหน่วยบริการประจำในระบบทะเบียน ณ 1 ต.ค.61 (ไม่ถูกต้อง → กลับไปแจ้งรายชื่อ; ถูกต้อง → สิ้นสุด)		

ผู้รับผิดชอบ	การดำเนินงาน	ระยะเวลา	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
สปสช.	โอนงบค่าบริการ LTC ให้หน่วยบริการประจำ แห่งละ 100,000 บาท	ภายใน ต.ค. 61	หนังสือแจ้งการโอน
สปสช.	โอนงบค่าบริการเพิ่มเติมโดยใช้ข้อมูลการลงทะเบียนในโปรแกรม LTC และผ่านเงื่อนไขการจ่าย (ตัดข้อมูล ณ วันที่ 31 ส.ค. 62)	ภายใน ก.ย. 62	หนังสือแจ้งการโอน

2) การโอนค่าบริการ LTC (เหมาจ่าย 5,000 บาท/คน/ปี)

2.1) ขั้นตอนการโอนค่าบริการ LTC จาก สปสช. ให้กองทุนฯท้องถิ่น

ผู้รับผิดชอบ	การดำเนินงาน	ระยะเวลา	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
หน่วยจัดบริการ อปท.	หน่วยจัดบริการร่วมกับ อปท.สำรวจและประเมินผู้สูงอายุและบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ทุกสิทธิ์ ที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนนประเมิน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มตามชุดสิทธิประโยชน์) • หน่วยจัดบริการลงทะเบียนผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงในโปรแกรมฯ • อปท.ตรวจสอบข้อมูลที่หน่วยจัดบริการลงทะเบียนและบันทึกโปรแกรมฯเพื่อยืนยันบุคคลในพื้นที่		เงื่อนไขการตรวจสอบ (อายุ 60 ปีขึ้นไป/ มีชีวิต/ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/คะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11)
	ตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลที่ผ่านเงื่อนไขการจ่าย ไม่ผ่าน (กลับไปหน่วยจัดบริการ) ผ่าน		
สปสช.	โอนค่าบริการ LTC เหมาจ่าย (5,000 บาท/คน/ปี) ตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านเงื่อนไข ให้กับกองทุนฯท้องถิ่น		หนังสือแจ้งการโอน www.nhso.go.th/ รายงานการจ่าย

สปสช. โอนค่าบริการ LTC ให้กับกองทุนฯท้องถิ่น (เหมาจ่าย 5,000 บาท/คน/ปี) โดยใช้ข้อมูลการลงทะเบียนในโปรแกรมฯ และผ่านเงื่อนไขการจ่าย แบ่งเป็น 12 งวด

งวดที่	กำหนดวันตัดข้อมูลเพื่อประมวลผลจ่าย	กำหนดวันโอนเงิน
1	ตัดข้อมูล ณ วันที่ 30 ก.ย.2561	ภายในเดือน ต.ค. 2561
2	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ต.ค.2561	ภายในเดือน พ.ย. 2561
3	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 30 พ.ย.2561	ภายในเดือน ธ.ค. 2561
4	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ธ.ค.2561	ภายในเดือน ม.ค. 2562
5	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ม.ค.2562	ภายในเดือน ก.พ. 2562
6	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 28 ก.พ.2562	ภายในเดือน มี.ค. 2562
7	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 มี.ค.2562	ภายในเดือน เม.ย. 2562
8	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 30 เม.ย.2562	ภายในเดือน พ.ค. 2562
9	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 พ.ค.2562	ภายในเดือน มิ.ย. 2562
10	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 30 มิ.ย.2562	ภายในเดือน ก.ค. 2562
11	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ก.ค.2562	ภายในเดือน ส.ค. 2562
12	ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ส.ค.2562	ภายในเดือน ก.ย. 2562

หมายเหตุ :

1) ทั้งนี้ข้อมูลไม่ซ้ำกับที่ได้จ่ายไปแล้ว

2) เข้าใช้งานโปรแกรม LTC ที่ http://ltc.nhso.go.th/ltc/#/login

2.2) ขั้นตอนการโอนค่าบริการ LTC จากกองทุนฯท้องถิ่นให้หน่วยจัดบริการ

ผู้รับผิดชอบ	การดำเนินงาน	ระยะเวลา	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
หน่วยจัดบริการ อปท.	ให้หน่วยจัดบริการเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ และ CP พร้อมค่าบริการเหมาจ่ายต่อรายต่อปีตามชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการ LTC ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย	ภายใน 30 วัน หลังลงทะเบียนในโปรแกรม	- แบบฟอร์มข้อเสนอโครงการฯ - แบบฟอร์มสรุป CP
อปท. (คณะอนุกรรมการ LTC) หน่วยจัดบริการ	ให้คณะอนุกรรมการ LTC พิจารณาอนุมัติโครงการฯและค่าใช้จ่ายตาม CP รวมทั้งจัดทำข้อตกลงและโอนงบค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ให้กับหน่วยจัดบริการ ไม่อนุมัติ อนุมัติ	ภายใน 15 วัน หลังได้รับ CP จากหน่วยจัดบริการ	
หน่วยจัดบริการ อปท.	หลังจากได้ผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ LTC ให้ อปท.บันทึกผลการพิจารณา CP / วันที่จัดทำข้อตกลง (วันเริ่มให้บริการตาม CP)		- แบบฟอร์มผลการพิจารณาโครงการฯ - ข้อตกลงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ
	หน่วยจัดบริการให้บริการตาม CP และให้บันทึกรายงานผลการดูแลดังนี้ • ดูแลถึง 9 เดือน ให้บันทึผลการประเมิน ADL กลุ่มเป้าหมายในโปรแกรมฯ และอปท.บันทึกยืนยัน • ดูแลครบ 1 ปี ให้รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ (ไม่ต้อง		

กรณี อปท. พื้นที่ใหม่ให้ส่งหนังสือแสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงาน และเปิดบัญชีเงินฝากกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) ประเภทเงินฝากออมทรัพย์ โดยใช้ชื่อบัญชีว่า **“บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ (....ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง”** แยกออกจากบัญชีกองทุนฯ ท้องถิ่น กรณีมีความจำเป็นไม่อาจเปิดบัญชีกับ ธกส. ให้เปิดบัญชีกับธนาคารของรัฐอื่นได้ โดยเป็นไปตามข้อตกลงระหว่างอปท.กับ สปสช. โดยหลังจากนั้น สปสช.เขตรวบรวมส่งเอกสารให้ สปสช.ส่วนกลาง เพื่อโอนค่าบริการฯ ต่อไป

บทที่ 10 แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสิทธิข้าราชการ

ในปีงบประมาณ 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายและระบบข้อมูลบริการสาธารณสุข (National Clearing House) ตาม นโยบายการบูรณาการและเพิ่มประสิทธิภาพระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล เพื่อบริหารการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ผู้มีสิทธิประกันสังคม รวมทั้งสิทธิข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานรัฐอื่นๆ ที่สมัครใจ โดยอาศัยอำนาจแห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 26 (14)

ในการนี้ จึงได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

แนวทางปฏิบัติในการให้บริการทั่วไป

1) การตรวจสอบสิทธิ

1.1) ให้สถานพยาบาลตรวจสอบการมีสิทธิ โดยผู้มีสิทธิใช้บัตรประจำตัว ประชาชน ที่ราชการออกให้ ทำธุรกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลทุกครั้ง เว้นแต่บุคคลที่ไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชนได้ ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน หรือบุคคลที่กรมบัญชีกลางกำหนดให้ไม่ต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชน ในการใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล โดยสามารถตรวจสอบสิทธิได้ ดังนี้

1.1.1) ข้อมูลที่ สปสช. ส่งให้แก่สถานพยาบาล ในโปรแกรม NHSO Client

1.1.2) การตรวจสอบสิทธิผ่านโปรแกรม NHSO Client

1.1.3) การตรวจสอบสิทธิผ่านเว็บตรวจสอบสิทธิฯ (ucsearch) http://ucsearch.nhso.go.th หรือเว็บระบบค้นหาประวัติการเปลี่ยนแปลงสิทธิฯ (UCTRANS) http://uctran.nhso.go.th

1.2) กรณีที่เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยใน หากตรวจสอบสิทธิไม่พบในฐานข้อมูล สามารถใช้หนังสือรับรองการมีสิทธิ จากส่วนราชการต้นสังกัดแทนได้

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 สำหรับให้สถานพยาบาลตรวจสอบสิทธิ ดาวน์โหลดข้อมูลผู้มีสิทธิ และขอเลขอนุมัติกรณีผู้ป่วยใน

4.2) โปรแกรม e-Claim สำหรับให้สถานพยาบาลบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

4.3) โปรแกรม Prior-authorization สำหรับให้สถานพยาบาลขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง ได้แก่

4.3.1) ยารักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน 2 ชนิด

4.3.2) ยารักษาผู้ป่วยโรครูมาติก 3 ชนิด

หมายเหตุ : *ยารักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง 13 ชนิด ขออนุมัติใช้ยาผ่านโปรแกรมขออนุมัติใช้ยามะเร็ง OCPA (www.mra.or.th/ocpa)*

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 สามารถใช้ได้เฉพาะรหัสการวิเคราะห์หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 6 รองรับได้

2) การบันทึกรหัสหัตถการ

ให้ใช้รหัสการทำผ่าตัด และหัตถการ ตามหนังสือ International Classification of Disease 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM 2015) และ Standard Coding Guideline

<u>หมายเหตุ</u> : สำหรับการรักษาผู้ป่วยในที่มีการผ่าตัดหลายตำแหน่งหรือหลายครั้งต้องเพิ่มรหัส 2 ตำแหน่งต่อท้ายรหัส ICD-9-CM (ICD-9-CM Procedure with Extension code) เพื่อให้สามารถจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ที่แยกความแตกต่างได้

3) หลักการนับวันนอนโรงพยาบาลและการนับวันนอนกรณีผู้ป่วยมีวันลากลับบ้าน

3.1) ผู้ป่วยที่มีการรับไว้นอนในโรงพยาบาล โดยออกเลข Admission Number ให้แล้ว ให้ถือว่าเป็น ผู้ป่วยใน

3.2) การนับเวลานอนให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล โดยให้นับ 24 ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน ถ้าไม่ถึง 24 ชั่วโมง หรือเกิน 24 ชั่วโมง และส่วนที่ไม่ถึงหรือเกิน 24 ชั่วโมงนั้นนับได้เกิน 6 ชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวัน

3.3) กรณีผู้ป่วยมีวันลากลับบ้าน ให้บันทึกจำนวนวันลากลับบ้าน (Leave day) ตามข้อเท็จจริงของการนอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น

4) การรักษาก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยในภายในระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง

ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้องกับ การรับเป็นผู้ป่วยในและเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงก่อนการเป็นผู้ป่วยใน ครั้งนั้น ให้นำค่าใช้จ่ายดังกล่าวรวมคำนวณตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ไม่ให้สถานพยาบาลแยกส่งเบิกต่างหากในระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยนอก และไม่ให้สถานพยาบาลออกใบเสร็จรับเงินกรณีดังกล่าวให้แก่ผู้มีสิทธิ

ยกเว้น กรณีที่ทำหัตถการผู้ป่วยนอกแล้วมีภาวะแทรกซ้อนหรือมีความจำเป็นอื่นที่ทำให้ต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ค่าทำหัตถการและค่าใช้จ่ายอื่นที่เกิดก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน อาจแยกเบิกเป็นผู้ป่วยนอกได้ โดยต้องไม่นำหัตถการและค่าใช้จ่ายดังกล่าวมาบันทึกและเบิกเมื่อเป็นผู้ป่วยในอีก

5) การเบิกจ่ายกรณีประสบภัยจากรถ

ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าเสียหายเบื้องต้น ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และนำข้อมูลดังกล่าวมาบันทึกเบิกในโปรแกรม e-Claim ตามจำนวนเงินที่ได้รับจริง หลังจากนั้น สปสช. จะประมวลผล และจ่ายส่วนที่เกินจากวงเงินค่าเสียหายเบื้องต้นดังกล่าว

6) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องซื้อหรือเข้ารับการตรวจเพิ่มเติมจากสถานพยาบาลอื่น

ในระหว่างที่ผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน หากสถานพยาบาลไม่มียา อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หรือไม่สามารถให้การตรวจทางห้องทดลองหรือเอกซเรย์ ให้สถานพยาบาลออกหนังสือรับรองให้ผู้ป่วยซื้อหรือเข้ารับการตรวจทางห้องทดลองหรือเอกซเรย์จากสถานที่อื่นตามแบบฟอร์ม (7135) ที่กระทรวงการคลังกำหนด ทั้งนี้ ให้สถานพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายเงินแทนผู้มีสิทธิและส่งข้อมูลเบิกจ่ายมายัง สปสช. ตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) หากเป็นกรณีผู้ป่วยนอก ผู้มีสิทธิสามารถสำรองจ่ายและนำใบเสร็จรับเงินเบิกจากส่วนราชการต้นสังกัดได้

7) การเบิกค่าห้องค่าอาหาร

7.1) กรณีที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาลโดย ให้นับ 24 ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน ถ้าไม่ถึง 24 ชั่วโมง หรือเกิน 24 ชั่วโมงและส่วนที่ไม่ถึงหรือเกิน 24 ชั่วโมงนั้นนับได้เกิน 6 ชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวัน

- ค่าเตียงสามัญ เบิกรวมกับค่าอาหาร ในราคาไม่เกิน 400 บาทต่อวัน
- ค่าห้องพิเศษ เบิกรวมกับค่าอาหาร ในราคาไม่เกิน 1,000 บาทต่อวัน

7.2) ผู้ป่วยที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล และผู้ป่วยได้เสียชีวิต หรือมีความจำเป็นทางการแพทย์ต้องส่งต่อไปรับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในวันแรกนั้น ให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยภายใน จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล ถ้าไม่ถึง 24 ชั่วโมงและส่วนที่ไม่ถึงนั้นนับได้ไม่เกิน 6 ชั่วโมง ให้เบิกค่าห้องและค่าอาหาร ดังนี้

- ค่าเตียงสามัญ ให้เบิกได้ไม่เกิน 100 บาท
- ค่าห้องพิเศษ ให้เบิกได้ไม่เกิน 200 บาท

7.3) กรณีสถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยภายในแล้ว ปรากฏว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล โดยมิได้มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล มิให้สถานพยาบาลเบิกค่าเตียงสามัญ หรือค่าห้องพิเศษ ในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลนั้น

8) การเบิกจ่ายกรณีนอนนาน

8.1) ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 มกราคม 2559 เป็นต้นไป ในกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นระยะเวลา 270 วัน นับแต่วันที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน และยังมีความจำเป็นต้องรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง โดยมิใช่กรณีผู้ป่วยพักรอจำหน่าย ให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล เสมือนเป็นการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล ทั้งนี้ การรักษาพยาบาลภายหลังจากนั้นให้ถือเสมือนเป็นการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในครั้งใหม่

8.2) การลงรหัสสำหรับการรักษาพยาบาลภายหลังจากส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลแล้ว ให้ถือเอาโรคที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่สำคัญที่สุดในขณะนั้น เป็นโรคหลักในการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลครั้งต่อไป

9) ระยะเวลาในการส่งข้อมูล และ การปรับลดอัตราจ่ายกรณีส่งไม่ทันรอบที่กำหนด

ข้อมูลเรียกเก็บช้ากว่าวันที่กำหนดปรับลดโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

9.1) วันรับข้อมูลเกิน 30 วัน ถึงวันที่ 20 ของเดือนที่ 2 หลังเดือนของวันที่จำหน่าย เป็นข้อมูลล่าช้า 1 เดือน จะถูกปรับลดค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 5

9.2) วันรับข้อมูลหลังวันที่ 20 ของเดือนที่ 2 หลังเดือนของวันที่จำหน่าย ถึงวันที่ 20 ของเดือนที่ 3 หลังเดือนของวันที่จำหน่าย เป็นข้อมูลล่าช้า 2 เดือน จะถูกปรับลดค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 10

9.3) วันรับข้อมูลหลังวันที่ 20 ของเดือนที่ 3 หลังเดือนของวันที่จำหน่าย เป็นข้อมูลล่าช้า 3 เดือน จะถูกปรับลดค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 20

9.4) ข้อมูลที่มีวันรับข้อมูลเกิน 1 ปี หลังวันที่จำหน่าย ถือว่าไม่ประสงค์ที่จะเบิก

9.5) กรณีสถานพยาบาลส่งข้อมูลไม่ทันเกณฑ์ตามที่กำหนด หากสถานพยาบาลใดมีการส่งข้อมูลล่าช้า ไม่ถึงร้อยละ 5 ของจำนวนผู้ป่วยที่ส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลในช่วงเดือนนั้น จะไม่ปรับลดน้ำหนักสัมพัทธ์สำหรับผู้ป่วยที่ส่งข้อมูลล่าช้าไม่เกิน 1 เดือน

10) การปฏิเสธการจ่ายและการขออุทธรณ์

สถานพยาบาลที่ประสงค์จะอุทธรณ์ค่าใช้จ่ายเนื่องจากถูกปฏิเสธการจ่าย หรือบันทึกข้อมูลเบิกไม่ครบถ้วน หรือได้รับการจ่ายไม่ครบถ้วน สามารถอุทธรณ์ข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim โดยแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการอุทธรณ์ในกรณีนั้นๆ ประกอบการขออุทธรณ์ผ่านโปรแกรม e-Claim รายละเอียดการอุทธรณ์ในบทที่ 15

11) การตรวจสอบและการเรียกคืนเงิน

ให้ส่วนราชการหรือสถานพยาบาลของทางราชการเก็บรักษาหลักฐานการรับเงินหรือเอกสารแบบพิมพ์ ที่ใช้ในการเบิกจ่ายเงินไว้ให้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน กรมบัญชีกลาง หรือหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมายตรวจสอบ และให้กรมบัญชีกลางหรือหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมายสามารถเรียกเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวในสถานพยาบาลของทางราชการ เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบควบคุมดูแลการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลได้

กรณีผู้มีสิทธิหรือสถานพยาบาลเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลไม่เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 หรือเกินสิทธิที่จะได้รับตามตามพระราชกฤษฎีกา ดังกล่าว 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 ให้สถานพยาบาล สามารถเบิกค่ายาแยกต่างหากจาก DRGs ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้

4.1) รายการยาประเภทที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติภายหลังจากที่สถานพยาบาลได้จำหน่ายตัวผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล เช่น กลุ่มยาวัณโรค ให้สถานพยาบาล สามารถส่งเบิกค่ายาดังกล่าวเฉพาะส่วนที่เกินกว่า 2 สัปดาห์ ขึ้นไป

4.2) กรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง หัวใจ และเคยได้รับยาดังกล่าวอย่างต่อเนื่องมาก่อนที่จะรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้สถานพยาบาลสามารถส่งเบิกค่ายาที่สั่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้านดังกล่าวได้

5) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

5.1 การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงจำนวน 13 รายการ ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ดังนี้

สถานพยาบาลจะต้องลงทะเบียนแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วย และส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลเพื่อขออนุมัติการเบิกค่ายา และส่งข้อมูลตามโปรโตคอลที่กำหนดในระบบ OCPA เพื่อขออนุมัติเบิกยา หรือขอต่ออายุการเบิกค่ายา หรือขอหยุดการใช้ยา ผ่านเว็บไซต์ mra.or.th/ocpa/index.php หรือ mra.or.th/ocpaoldcase/index.php ของสำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข (สพตส.) และการใช้ยาดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไข / ข้อบ่งชี้ที่กำหนด รายละเอียดรายการยา จำนวน 13 รายการ ดังนี้

1) Imatinib ใช้ในการรักษา มะเร็งเม็ดเลือดขาว Chronic myeloid leukemia และชนิด Acute Lymphoblastic leukemia,PH+ และมะเร็งสำไส้ชนิด Gastrointestinal stromal tumor (GIST)

2) Nilotinib ใช้ในการรักษา มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด Chronic myeloid leukemia

3) Dasatinib ใช้ในการรักษา มะเร็งเม็ดเลือดขาว Chronic myeloid leukemia และชนิด Acute Lymphoblastic leukemia,PH+

4) Rituximab ใช้ในการรักษา มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Diffuse large B Cell lymphoma, Follicular lymphoma , Mantle Cell lymphoma ,Marginal zone lymphoma และมะเร็งเม็ดเลือดขาว Chronic lymphocytic leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma

5) Bortezomib ใช้ในการรักษา มะเร็งเม็ดเลือดขาว ชนิด Multiple myeloma

6) Sunitinib ใช้ในการรักษา มะเร็งสำไส้ชนิด Gastrointestinal stromal tumor (GIST)

7) Trastuzumab ใช้ในการรักษา มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นและระยะแพร่กระจาย

8) Gefitinib ใช้ในการรักษา มะเร็งปอด ชนิด non-Small cell lung cancer

9) Bevacizumab ใช้ในการรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่ชนิดแพร่กระจายและมะเร็งรังไข่

10) Pazopanib ใช้ในการรักษามะเร็ง Renal cell carcinoma และ metastatic or Inperable Non-lipogenic Soft Tissue Sarcoma

11) Ceritinib ใช้ในการรักษามะเร็งปอดระยะแพร่กระจ่ายชนิด ALK+

12) Abiraterone/Enzalutamide ใช้ในการรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก

13) Panitumumab ใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจ่ายที่เป็น RAS-WT

หมายเหตุ การปรับปรุงรายการยาเป็นไปตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

5.2) รายการยา ซึ่งกรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก มิให้เบิกในระบบเบิกจ่ายตรงส่วนกรณีการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน มิให้เบิกแยกต่างหากจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ดังนี้

ยารักษาโรคมะเร็ง 21 รายการ ได้แก่

1) Afatinib
2) Aflibacept
3) Atezolizumab
4) Cabazitaxel
5) Degarelix
6) Denosumab
7) Erlotinib (ผู้ป่วยเดิมที่อยู่ในระบบ OCPA ยังคงให้เบิกจ่ายตรงได้จนกว่าจะหมดรออนุมัติการเบิกจ่ายค่ายา)
8) Ipilimumab
9) Nab-paclitaxel
10) Nintedanib
11) Nivolumab
12) PEG-filgrastim
13) Pembrolizumab
14) Pertuzumab
15) Radium233
16) Ramucirumab
17) Regorafenib
18) Sorafenib
19) Temsirolimus
20) Trastuzumab Emtansine
21) Vinorelbine oral

รายการยารักษาโรคโลหิตวิทยา

1) Alemtuzumab
2) Basiliximab
3) Brentuximab
4) Carfilzomib
5) Clofarabine
6) Daratumumab
7) Decitabin
8) Nivolumab
9) Obinutuzumab
10) Plerixafor
11) PEG-filgrastim
12) Pomalidomide
13) Ponatinib
14) Pralatrexate
15) Romiplostim
16) Ruxolitinib

5.3 มิให้เบิกค่ายารักษาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเป็นทะเบียนยาใหม่ / ทะเบียนยาชีววัตถุชนิดใหม่ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 เป็นต้นไป จนกว่าจะมีการพิจารณาปรับเข้าระบบ OCPA หรือกรอบรายการยาที่ให้เบิกจ่ายได้ตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้ที่กำหนด โดยมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561 เป็นต้นไป

การเบิกค่ายานอกระบบ OCPA สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา ได้แก่ ยาแก้อาเจียน Aprepitant หรือ Palonosetron ให้เบิกในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล ทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก หากสถานพยาบาลมีการออกใบเสร็จรับเงินค่ายาในระบบ OCPA และค่ายาแก้อาเจียน (Aprepitant หรือ Palonosetron) ทุกรูปแบบ ขนาด และความแรง ให้แจงรายละเอียดชื่อรายการยาและระบุเป็น “ค่ายาที่เบิกไม่ได้” เพื่อมิให้ผู้มีสิทธินำยื่นขอเบิกเงินจากส่วนราชการต้นสังกัด การใช้สิทธิเบิกจ่ายค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสำหรับ ผู้ป่วยรายใหม่ ให้มีผลใช้บังคับสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 28 กันยายน 2561 เป็นต้นไป ในกรณีดังนี้

กรณีรายการยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันกับยาในระบบ OCPA ให้สถานพยาบาลดำเนินการลงทะเบียนเพื่อขออนุมัติการเบิกจ่ายค่ายาในระบบ OCPA ก่อน หากไม่ได้รับการอนุมัติให้เบิกจ่ายค่ายาในระบบ OCPA และแพทย์ผู้ทำการรักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่มเดียวกันที่กำหนดไว้ในรายการที่มีให้เบิกค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลดำเนินการยื่นเรื่องขออนุมัติเบิกจ่ายตรงค่ายาดังกล่าวกับกรมบัญชีกลางเป็นรายกรณี

กรณีรายการยาที่มิให้เบิกค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรง ซึ่งนอกเหนือจากรายการยาในกลุ่มเดียวกันกับที่กำหนดในระบบ OCPA ให้สถานพยาบาลพิจารณาใช้ยาหรือวิธีการรักษาอื่นในการรักษาเป็นลำดับแรก ทั้งนี้ หากแพทย์ผู้ทำการรักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าไม่สามารถดำเนินการได้ อันเนื่องมาจากเหตุผลทางการแพทย์ และผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยารายการที่มิให้เบิกค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลดำเนินการยื่นเรื่องขออนุมัติเบิกจ่ายตรงค่ายาดังกล่าวกับกรมบัญชีกลางเป็นรายกรณี

6) การเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรครูมาติก และโรคสะเก็ดเงิน ชนิดรุนแรง ปานกลางและรุนแรงมาก ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

6.1) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติก ประกอบด้วย โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบติดยึด (Rheumatic Disease Prior Authorization: RDPA) ได้แก่

6.1.1) Rituximab

6.1.2) Etanercept

6.1.3) Infliximab

6.2) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินและโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (Dermatology Disease Prior Authorization: DDPA) ได้แก่

6.2.1) Etanercept

6.2.2) Infliximap

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล **สำหรับผู้ป่วยที่เป็นทั้ง**โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน และโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก ให้เลือกลงทะเบียนโรคหลักที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้การรักษาเพียงโรคเดียว

6.3) หากมีการออกใบเสร็จรับเงินค่ายาทั้ง 2 กรณี ผู้มีสิทธิไม่สามารถนำไปยื่นเบิก ณ ส่วนราชการได้ และมิให้คณะกรรมแพทย์ของสถานพยาบาล ออกหนังสือรับรองสิทธิการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

7) การเบิกจ่ายค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2)

7.1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

7.2) กรณีที่แพทย์สั่งใช้ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2) แต่ไม่เป็นไปตามแนวทางกำกับการใช้ยา อันเนื่องมาจากเหตุผลที่เป็นข้อจำกัดทางการแพทย์ มิใช่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษาต้องระบุเหตุผลที่ไม่สามารถดำเนินการตามแนวทางกำกับการใช้ยาของบัญชียาหลักแห่งชาติ ไว้ในเวชระเบียน เพื่อตรวจสอบต่อไป

8) การเบิกจ่ายค่ายาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) หรือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST Elevate Myocardial Infraction STEMI)

8.1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

8.2) ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2556 สามารถเบิกค่ายาแยกต่างหากจาก DRGs ได้

8.3) จ่ายตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บและไม่เกินอัตราราคาของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง

9) การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่ามีความจำเป็นต้องล้างไต (Dialysis) ตามแนวทางสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หากเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาล ตามอัตราดังต่อไปนี้

9.1) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ครั้งละ 2,000 บาท

9.2) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าชันสูตรให้เป็นไปตามอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

9.3) การเบิกค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน กรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) หรือผู้ป่วยไตวายอื่นๆ ที่ไม่เคย ได้รับการฟอกเลือดด้วยวิธีไตเทียม (Hemodialysis) มาก่อน การส่งเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและ ค่ายา (Erythropoietin) ในช่วงระยะเวลา 35 วัน นับจากวันที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน ให้เบิกจ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สำหรับค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่ายา (Erythropoietin) ภายหลัง 35 วัน ให้ส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบ HD ของ สกส. โดยอัตราการเบิกให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับการรักษาทดแทน ไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ส่วนค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ให้ส่งเบิกตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) เช่นเดิม

9.4) การเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้หน่วยไตเทียมเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรง และสามารถเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระบบใบเสร็จได้

9.5) ในกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีเรื้อรังที่หน่วยไตเทียมซึ่งเป็นสถานพยาบาลของทางราชการ ให้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามข้อ 9.1) และ 9.2) กรณีที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีเรื้อรังที่หน่วยไตเทียมซึ่งเป็นสถานพยาบาลของเอกชน เนื่องจากสถานพยาบาลของทางราชการไม่มีเครื่องไตเทียม หรือมีแต่ไม่เพียงพอในการให้บริการให้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามข้อ 9.1) เท่านั้น

10) การเบิกค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

10.1) ประเภทอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ที่มีลักษณะ ข้อบ่งชี้ในการใช้และคุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้เป็นการเฉพาะ ให้ถือปฏิบัติตามที่ประกาศ

10.2) ประเภทอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ที่มีความชัดเจนอยู่ในตัวจะไม่มีการกำหนดลักษณะ ข้อบ่งชี้ ในการใช้และคุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้

10.3) การซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้เบิกได้ตามที่แพทย์ของสถานพยาบาลที่ตรวจรักษาเป็นผู้สั่งซ่อมโดยประหยัด ทั้งนี้ไม่เกินอัตราตามรายการที่กำหนด เว้นแต่ค่าซ่อมแซมฟันเทียมให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินครึ่งหนึ่งของราคาฟันเทียมตามรายการที่กำหนด

10.4) การเบิกจ่ายค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ต้องดำเนินการผ่านระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเท่านั้น เว้นแต่ การเบิกจ่ายค่าฟันเทียมสามารถเบิกจ่ายได้ทั้งในระบบเบิกจ่ายตรงหรือนำใบเสร็จรับเงินยื่นขอใช้สิทธิเบิกที่ส่วนราชการต้นสังกัด

10.5) ในการออกใบเสร็จรับเงินค่าฟันเทียม ให้สถานพยาบาลระบุรหัสและตำแหน่งของฟันที่ทำในแต่ละครั้ง เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบของส่วนราชการ สำหรับกรณีที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงให้บันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย

10.6) กรณีที่สถานพยาบาลไม่มีอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคจำหน่ายให้ผู้มีสิทธินำหลักฐานพร้อมใบเสร็จรับเงินไปยื่นขอเบิกกับส่วนราชการต้นสังกัด โดยถือปฏิบัติตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

10.7) กรณีที่รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคใดมีราคาสูงกว่าอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด และผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวประสงค์จะใช้รายการดังกล่าว ให้สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บเงินส่วนเกินสิทธิจากผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้ สถานพยาบาลจะต้องชี้แจงถึงคุณภาพและค่าใช้จ่ายส่วนเกินของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่ไม่สามารถนำมาเบิกจากทางราชการให้ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวทราบ พร้อมทั้งมีหลักฐานการยินยอมและรับทราบจำนวนเงินที่ต้องร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวไว้เป็นหลักฐานเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

10.8) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นทางการแพทย์ต้องใช้รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หมวด 8 วัสดุ/อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเนื่องจากอวัยวะของร่างกายใช้งานไม่ได้อย่างปกติ แม้ผู้ป่วยจะมิได้เป็นคนพิการ กรณีดังกล่าวสามารถเบิกจ่ายได้ตามอัตราที่กำหนด

10.9) การเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดด้วยกล้อง (รหัส 5601) กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลจะสามารถแยกเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองฯ นอกเหนือ DRGs ได้เฉพาะข้อบ่งชี้ที่กำหนดเท่านั้น เนื่องจากกรมบัญชีกลางได้ดำเนินการคำนวณอัตราฐาน (Base Rate) ซึ่งรวมรายการวัสดุสิ้นเปลืองฯ ไว้แล้ว จึงขอให้งดการเรียกเก็บค่าวัสดุสิ้นเปลืองฯ จากผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว เว้นแต่ ส่วนเกินอัตราที่กำหนดซึ่งเป็นการใช้ตามข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกต่างหากจาก DRGs

11) การเบิกค่าพาหนะส่งต่อ

ค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย หมายความว่า รถพยาบาลของสถานพยาบาลเท่านั้นไม่รวมถึงรถส่วนตัวหรือ รถสาธารณะ

11.1) ผู้ป่วยต้องอยู่ระหว่างรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลต้นทางประเภทผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก เฉพาะกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่อยู่ในภาวะวิกฤติ หรือ เป็นอันตรายต่อชีวิต

11.2) สถานพยาบาลปลายทางต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือสังเกตอาการ (ยกเว้นกรณีเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ) หรือสถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยใน แล้วทำการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤติ เห็นควรส่งกลับเพื่อไปพักฟื้น หรือไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลต้นทางที่ทำการส่งต่อ

11.3) เป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งไปยังสถานพยาบาลอื่น เนื่องจากไม่สามารถทำการรักษาได้ แต่ไม่รวมถึงกรณีการรับผู้ป่วยจากบ้านหรือที่เกิดเหตุ การส่งไปตรวจทางห้องทดลองหรือเอ็กซเรย์ยังสถานพยาบาลอื่น เนื่องจากสถานพยาบาลนั้นไม่อาจให้การตรวจทางห้องทดลอง หรือเอ็กซเรย์แก่ผู้เข้ารับการรักษาได้

11.4) ในกรณีที่พาหนะที่ส่งต่อผู้ป่วยเป็นของสถานพยาบาลอื่น นอกจากสถานพยาบาลต้นทางหรือปลายทาง หรือเป็นพาหนะส่งต่อของสถานพยาบาลเอกชน ให้สถานพยาบาลต้นทางหรือปลายทางที่เป็น “ผู้ขอใช้พาหนะ” เป็นผู้เบิกจ่ายให้กับสถานพยาบาลเจ้าของพาหนะ

11.5) การคิดระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนด

11.6) กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยสถานพยาบาลหลายแห่ง จะคิดระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทาง ถึงสถานพยาบาลปลายทางที่รับตัวผู้ป่วยไว้เพื่อทำการรักษาเท่านั้น

11.7) อัตราการเบิกค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย ให้เบิกได้ในอัตรา 500 บาท บวกด้วยอัตราตามระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง (กิโลเมตร) คูณ 2 (ไป-กลับ) คูณอัตรา 4 บาทต่อกิโลเมตร

11.8) ค่าบริการพาหนะส่งต่อผู้ป่วย ไม่ถือรวมเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้น ก่อนรับผู้มีสิทธิเป็นผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง ที่จะต้องนำมาคำนวณตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

12) การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต

12.1) ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายไตจะต้องมีฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐสมบูรณ์ และการเบิกจ่ายให้ใช้สิทธิในระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น

12.2) ผู้รับบริจาคไตและผู้บริจาคไตที่มีชีวิต ต้องมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของแพทยสภา

12.3) สถานพยาบาลที่จะให้บริการทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไต ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย และต้องจัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตหรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรม ตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์

12.4) การเบิกจ่ายค่าปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต จะต้องเป็นกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้รับบริจาคไตเพื่อบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเท่านั้น และคุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่มีชีวิต จะต้องเป็นไปตามข้อบังคับของแพทยสภา

12.5) ค่าเตรียมผู้บริจาคไตที่มีชีวิต ให้ถือปฏิบัติตามขั้นตอน และเบิกตามรายการค่าตรวจวินิจฉัย ก่อนการปลูกถ่ายไต สำหรับผู้บริจาคไตตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

12.6) การเบิกค่าผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต และค่าปลูกถ่ายไตให้ผู้รับบริจาคให้ถือปฏิบัติตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ ตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยอนุโลม เว้นแต่

ก) การเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ในกรณีที่การผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาคเป็นการผ่าตัดโดยการใช้กล้อง (Laparoscopic donor nephrectomy) ให้เบิกเหมารวมในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 10,000 บาท และใช้รหัส (6206) โดยไม่ให้เบิกตามรายการ “วัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดด้วยกล้อง” (รหัส 5601) อีก

ข) ในกรณีผู้รับบริจาคไตมีภาวะสลัดไต (rejection) จำเป็นต้องใช้ยา Intravenous immunoglobulin (IVIG) หรือ AntiCD-20 antibody (Rituximab) หรือ Antithymocyte globulin (ATG- Fresenius, Thymoglobulin) ให้สามารถเบิกค่ายาเพิ่มได้ตามอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ทั้งนี้ การใช้ยาต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

13) การปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต ประกอบด้วย การบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต จากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต และ ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาจากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต

13.1 สถานพยาบาลที่จะให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต และผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาจากผู้บริจาคตาที่เสียชีวิต จะต้องเป็นสมาชิกของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย รวมทั้งสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บและรักษาคุณภาพของอวัยวะ ที่ได้รับการบริจาคจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตให้กับสภากาชาดไทย ตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

13.2 การเบิกค่ารักษาพยาบาลตามประกาศกระทรวงการคลังให้สถานพยาบาลเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรง ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลในหมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค โดยระบุรหัสดังนี้

ก) กรณีเข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต ค่าเตรียมและผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต ให้ระบุรหัส 6207

ข) กรณีเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต (รวมค่าน้ำยาแช่กระจกตา) ค่าจัดเก็บ และรักษาคุณภาพดวงตา จากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต ให้ระบุรหัส 2011

13.3 ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ได้รับการบริจาคอวัยวะจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตผ่านสภากาชาดไทยเท่านั้น

13.4 ผู้มีสิทธิมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลแยกต่างหากจากค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ดังนี้

ก) ค่าเตรียมและผ่าตัดนำไต ออกจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต ให้เบิกได้ในอัตราไม่เกิน 40,000 บาท ต่อหนึ่งไต

ข) ค่าจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา จากผู้บริจาคตาที่เสียชีวิต ให้เบิกได้ในอัตราไม่เกิน 15,000 บาท ต่อหนึ่งอัน

13.5 กรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวมีภาวะสลัดไต (rejection) โดยให้สามารถเบิกค่ายาได้ เช่นเดียวกับการปลูกถ่ายไต จากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต

14) การเบิกจ่ายกรณีค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากสิทธิประกันสังคม

14.1) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีผู้ป่วยที่มีสิทธิซ้ำซ้อนกับสิทธิประกันสังคม

การเบิกจ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงเฉพาะส่วนเกินสิทธิประกันสังคม 1,500 บาท แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามประกาศกระทรวงการคลัง

14.2) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรของสำนักงานประกันสังคม

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตราตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

14.3) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณี Vascular access ซ้ำภายใน 2 ปี ให้เบิกด้วยใบเสร็จจากต้นสังกัด พร้อมหนังสือรับรองจากประกันสังคม

14.4) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณีทำฟันส่วนเกินจากค่าอุดฟัน ขูดหินปูน และถอนฟัน ที่เกินจาก 900 บาท/ปี ให้เบิกด้วยใบเสร็จจากต้นสังกัด พร้อมหนังสือรับรองจากประกันสังคม

15) ค่ารักษาพยาบาลของผู้ประกันตนที่มิได้รับสิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตรของสำนักงานประกันสังคม

การเบิกจ่ายค่าคลอดบุตรให้เบิกจ่ายได้ เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินสิทธิที่กำหนดตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

16) การเบิกจ่ายกรณีการรักษาผู้ป่วยพักรอจำหน่าย

การรักษาผู้ป่วยพักรอจำหน่าย หมายถึง การรับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืนในสถานพยาบาลภายหลังจากการรักษาโรคกรณีเฉียบพลันและการฟื้นฟูสภาพได้สิ้นสุดลง ผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่จะต้องรับไว้รักษาในสถานพยาบาลเป็นกรณีผู้ป่วยในแบบปกติ แต่สถานพยาบาลยังไม่อาจจำหน่ายผู้ป่วยได้ด้วยเหตุผลอื่น เช่น การรอย้ายผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลพักฟื้น หรือการรอรับกลับไปพยาบาลผู้ป่วยต่อที่บ้าน เป็นต้น ซึ่งจำแนกออกได้เป็นผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีทั่วไปและผู้ป่วยพักรอจำหน่วยกรณีพิเศษตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ทั้งนี้การเป็น ผู้ป่วยพักรอจำหน่ายจะต้องเป็นกรณีที่การรักษาพยาบาลกรณีเฉียบพลันและการฟื้นฟูสภาพมีช่วงระยะเวลา ของการรักษาพยาบาลไม่ต่ำกว่า 60 วัน

การเบิกจ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ ผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีทั่วไป ให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราเหมาจ่ายวันละไม่เกิน 400 บาท ยกเว้น การเบิกค่ายา ค่าชันสูตร ให้เบิกจ่ายได้ตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการสำหรับผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีพิเศษ ให้เบิกจ่ายได้ตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด

16.1) สถานพยาบาลต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาลก่อน

16.2) ต้องขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client ใหม่ อีกครั้งหนึ่ง

16.3) ในการเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim ต้องมีรหัสโครงการพิเศษ HOSPIC

16.4) กรณีผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีทั่วไป ให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราเหมาจ่ายไม่เกินวันละ 400 บาท (ไม่รวมค่ายา ค่าชันสูตร)

17) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยเพราะเหตุปฏิบัติราชการ

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ซึ่งได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่ หรือเนื่องจากต้องไปปฏิบัติราชการนอกที่ตั้งสำนักงานหรือถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำตามหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติสงเคราะห์ข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราการ พ.ศ. 2546 ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการ พ.ศ. 2547 จะต้องเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลอันเกิดจากกรณีที่ข้าราชการปฏิบัติราชการในหน้าที่เท่านั้น

การบันทึกข้อมูลต้องบันทึกข้อมูลและรหัสโครงการพิเศษ INJDTO ในโปรแกรม e-Claim

18) การเบิกจ่ายกรณีเด็กแรกเกิดทั้งป่วยและไม่ป่วย

การเบิกค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในของเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิทั้งกรณีเด็กป่วยและเด็กไม่ป่วยให้ส่งเบิกเงินแยกต่างหากจากมารดา ซึ่งทั้งสองกรณีการเบิกจ่ายเงินให้เป็นไปตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยให้ใช้ระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น และมิให้ส่งเบิกค่าห้อง ค่าอาหาร กรณีเด็กแรกเกิดที่ไม่เจ็บป่วย

18.1) กรณีไม่สามารถขอเลขอนุมัติได้ ให้บิดาหรือมารดาไปแจ้งเกิด และใช้หนังสือรับรองสิทธิมาขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client

18.2) ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim ให้ใช้รหัสบัตรประชาชนของผู้มีสิทธิในการเบิกโดยระบุรหัสโครงการพิเศษ Z38000

19) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา

กรณีผู้ป่วยใน จ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ซึ่งปรับด้วยค่าสัมประสิทธิ์ คูณอัตราจ่ายของสถานพยาบาล แล้วจ่ายค่ายารักษาโรคมะเร็ง ตามสูตรการคำนวณ ดังนี้

สูตรการคำนวณ (Adj.RW x CCUF x อัตราจ่าย) + ค่ายารักษาโรคมะเร็ง

ค่ายารักษาโรคมะเร็ง หมายถึง ค่ายาตามรายการที่กำหนดสำหรับใช้ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง (ค่ายาใช้อัตราของโรงพยาบาล)

20) การตรวจสุขภาพประจำปี

รายการค่าตรวจสุขภาพประจำปี ให้ทดรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลและนำใบเสร็จรับเงินยื่นขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ณ ส่วนราชการต้นสังกัด

21) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

21.1) การเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีการบำบัดรักษาโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนจีน จะต้องเป็นกรณีเพื่อการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ มิใช่กรณีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์นั้นๆ

21.2) กรณีการออกเอกสารการรับเงิน หรือใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาลให้ผู้มีสิทธินำไปยื่นเบิกกับต้นสังกัด ให้สถานพยาบาลออกใบรับรองการรักษาโดยผู้ประกอบวิชาชีพตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนดเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย

21.3 กรณีระบบเบิกจ่ายตรง ในการส่งข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาลทางอิเล็กทรอนิกส์ให้สถานพยาบาลระบุรหัสรายการทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 เป็นต้นไป

21.4 บันทึกข้อมูลการรักษาตามแนวเวชปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกไว้ในเวชระเบียนเพื่อประโยชน์การตรวจสอบ

22) การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก

22.1) การเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกในระบบเบิกจ่ายตรงให้ใช้บัตรประจำตัวประชาชนที่ราชการออกให้ทำธุรกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลทุกครั้ง เว้นแต่ บุคคลที่ไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชน ได้ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน หรือบุคคลที่กรมบัญชีกลางกำหนดให้ไม่ต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนในการใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

22.2) รายการค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่มีหลักเกณฑ์กำหนดไว้เป็นการเฉพาะเกี่ยวกับลงทะเบียนผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีไตเทียม ผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้ยาราคาสูง ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวเพิ่มเติมด้วย

22.3) รายการค่าตรวจสุขภาพประจำปี ให้ทดรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล และนำใบเสร็จรับเงินยื่นขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ณ ส่วนราชการต้นสังกัด

22.4) การเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลจัดส่งข้อมูลไปยังหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมาย สำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แล้วแต่กรณี (ขึ้นอยู่กับสถานพยาบาลส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลกับกรมบัญชีกลางผ่านหน่วยงานใด)

22.5) ผู้ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีไตเทียม และผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความจำเป็นต้องฉายรังสีรักษา ซึ่งสถานพยาบาลของทางราชการ ส่งตัวให้มาเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน การใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง ณ สถานพยาบาลของเอกชน ให้ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวตลอดจนสถานพยาบาลของเอกชน ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

23) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวด 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวด 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

กรณีสถานพยาบาลส่งเบิกค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ ซึ่งไม่ใช่การตรวจสุขภาพประจำปี ในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 เป็นต้นไป ให้ระบุรหัสรายการทุกรายการ ตามรูปแบบหรือโปรแกรมที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) กำหนด

บทที่ 11 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีสิทธิพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

ในปีงบประมาณ 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายและระบบข้อมูลบริการสาธารณสุข (National Clearing House) ตาม นโยบายการบูรณาการและเพิ่มประสิทธิภาพระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล เพื่อบริหารจัดการการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลต่างๆ ที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ผู้มีสิทธิประกันสังคม รวมทั้งสิทธิข้าราชการและพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานรัฐอื่นๆ โดยอาศัยอำนาจแห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 26 (14)

ในการนี้ จึงได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการขึ้น เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการของเจ้าหน้าที่ให้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

แนวทางปฏิบัติในการให้บริการทั่วไป

1) การตรวจสอบสิทธิ

1.1) ให้สถานพยาบาลตรวจสอบการมีสิทธิ โดยผู้มีสิทธิใช้บัตรประจำตัวประชาชนที่ทางราชการออกให้ ทำธุรกรรมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลทุกครั้ง เว้นแต่บุคคลที่ไม่สามารถมีบัตรประจำตัวประชาชนได้ ตามกฎหมายว่าด้วยบัตรประจำตัวประชาชน หรือบุคคลที่กรมบัญชีกลางกำหนดให้ไม่ต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชน ในการใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล โดยสามารถตรวจสอบสิทธิได้ ดังนี้

1.1.1) ข้อมูลที่ สปสช. ส่งให้แก่สถานพยาบาล ในโปรแกรม NHSO Client

1.1.2) การตรวจสอบสิทธิผ่านโปรแกรม NHSO Client

1.1.3) การตรวจสอบสิทธิผ่านเว็บตรวจสอบสิทธิฯ (ucsearch)

http://ucsearch.nhso.go.th หรือเว็บระบบค้นหาประวัติการเปลี่ยนแปลงสิทธิฯ (UCTRANS)

http://uctran.nhso.go.th

1.2) กรณีที่เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยใน หากตรวจสอบสิทธิไม่พบในฐานข้อมูล สามารถใช้หนังสือรับรองการมีสิทธิ จากส่วนราชการต้นสังกัดแทนได้

2) การขอเลขอนุมัติ กรณีผู้ป่วยใน

ให้สถานพยาบาลที่ผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษา ขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client ในกรณี **ผู้ป่วยใน** ทุกกรณี หากไม่พบข้อมูลในฐานผู้มีสิทธิ ให้ใช้หนังสือรับรองการมีสิทธิ โดยนำข้อมูลในหนังสือรับรองการมีสิทธิมาขอเลขอนุมัติ

3) การใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง กรณีผู้ป่วยนอก

เมื่อสถานพยาบาลตรวจสอบแล้วพบว่าบุคคลดังกล่าวเป็นผู้มีสิทธิ สามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงได้ทันที โดยไม่ต้องสำรองจ่าย และไม่ต้องลงทะเบียนเบิกจ่ายตรง

4) โปรแกรมที่เกี่ยวข้อง

4.1) โปรแกรม NHSO Client สำหรับให้สถานพยาบาลตรวจสอบสิทธิ ดาวน์โหลดข้อมูลผู้มีสิทธิ และขอเลขอนุมัติกรณีผู้ป่วยใน

4.2) โปรแกรม e-Claim สำหรับให้สถานพยาบาลบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับการจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

4.3) โปรแกรม Prior-authorization สำหรับให้สถานพยาบาลขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง ได้แก่

4.3.1) ยารักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน 2 ชนิด

4.3.2) ยารักษาผู้ป่วยโรครูมาติก 3 ชนิด

หมายเหตุ : *ยารักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง 13 ชนิด ขออนุมัติใช้ยาผ่านโปรแกรมขออนุมัติใช้ยามะเร็ง OCPA (www.mra.or.th/ocpa)*

4.4) โปรแกรม DMIS-HD ของ สปสช. สำหรับบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

หลักการทั่วไปของการจัดทำข้อมูล

1) การบันทึกรหัสโรค

ให้ใช้รหัสการวินิจฉัยโรคตาม International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) - WHO Version for ; 2016 , ICD-10-TM 2016 และ Standard Coding Guideline

หมายเหตุ : *รหัสโรค ตาม ICD-10-TM 2016 สามารถใช้ได้เฉพาะรหัสการวิเคราะห์หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 6 รองรับได้*

2) การบันทึกรหัสหัตถการ

ให้ใช้รหัสการทำผ่าตัด และหัตถการ ตามหนังสือ International Classification of Disease 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM 2015) และ Standard Coding Guideline

หมายเหตุ : *สำหรับการรักษาผู้ป่วยในที่มีการผ่าตัดหลายตำแหน่งหรือหลายครั้งต้องเพิ่มรหัส 2 ตำแหน่ง ต่อท้ายรหัส ICD-9-CM (ICD-9-CM Procedure with Extension code) เพื่อให้สามารถจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ที่แยกความแตกต่างได้*

3) หลักการนับวันนอนโรงพยาบาลและการนับวันนอนกรณีผู้ป่วยมีวันลากลับบ้าน

3.1) ผู้ป่วยที่มีการรับไว้นอนในโรงพยาบาล โดยออกเลข Admission Number ให้แล้ว ให้ถือว่าเป็น ผู้ป่วยใน

3.2) การนับเวลานอนให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล โดยให้นับ 24 ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน ถ้าไม่ถึง 24 ชั่วโมง หรือเกิน 24 ชั่วโมง และส่วนที่ไม่ถึงหรือเกิน 24 ชั่วโมงนั้นนับได้เกิน 6 ชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวัน

3.3) กรณีผู้ป่วยมีวันลากลับบ้าน ให้บันทึกจำนวนวันลากลับบ้าน (Leave day) ตามข้อเท็จจริงของการนอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น

4) การรักษาก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยในภายในระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง

ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้องกับ การรับเป็นผู้ป่วยในและเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงก่อนการเป็นผู้ป่วยในครั้งนั้น ให้นำค่าใช้จ่ายดังกล่าวรวมคำนวณตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ไม่ให้สถานพยาบาลแยกส่งเบิกต่างหากในระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยนอก และไม่ให้สถานพยาบาลออกใบเสร็จรับเงินกรณีดังกล่าวให้แก่ผู้มีสิทธิ

ยกเว้น กรณีที่ทำหัตถการผู้ป่วยนอกแล้วมีภาวะแทรกซ้อนหรือมีความจำเป็นอื่นที่ทำให้ต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ค่าทำหัตถการและค่าใช้จ่ายอื่นที่เกิดก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน อาจแยกเบิกเป็นผู้ป่วยนอกได้ โดยต้องไม่นำหัตถการและค่าใช้จ่ายดังกล่าวมาบันทึกและเบิกเมื่อเป็นผู้ป่วยในอีก

5) การเบิกจ่ายกรณีประสบภัยจากรถ

ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าเสียหายเบื้องต้น ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และนำข้อมูลดังกล่าวมาบันทึกเบิกในโปรแกรม e-Claim ตามจำนวนเงินที่ได้รับจริง หลังจากนั้น สปสช. จะประมวลผลและจ่ายส่วนที่เกินจากวงเงินค่าเสียหายเบื้องต้นดังกล่าว

6) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องซื้อหรือเข้ารับการตรวจเพิ่มเติมจากสถานพยาบาลอื่น

ในระหว่างที่ผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน หากสถานพยาบาลไม่มียา อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หรือไม่สามารถให้การตรวจทางห้องทดลองหรือเอกซเรย์ ให้สถานพยาบาลออกหนังสือรับรองให้ผู้ป่วยซื้อหรือเข้ารับการตรวจทางห้องทดลองหรือเอ็กซเรย์จากสถานที่อื่นตามแบบฟอร์ม (7135) ที่กระทรวงการคลังกำหนด ทั้งนี้ ให้สถานพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายเงินแทนผู้มีสิทธิและส่งข้อมูลเบิกจ่ายมายัง สปสช. ตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) หากเป็นกรณีผู้ป่วยนอก ผู้มีสิทธิสามารถสำรองจ่ายและนำใบเสร็จรับเงินเบิกจากส่วนราชการต้นสังกัดได้

7) การเบิกค่าห้องค่าอาหาร

7.1) กรณีที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาลโดย ให้นับ 24 ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน ถ้าไม่ถึง 24 ชั่วโมง หรือเกิน 24 ชั่วโมงและส่วนที่ไม่ถึงหรือเกิน 24 ชั่วโมงนั้นนับได้เกิน 6 ชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวัน

- ค่าเตียงสามัญ เบิกรวมกับค่าอาหาร ในราคาไม่เกิน 400 บาทต่อวัน
- ค่าห้องพิเศษ เบิกรวมกับค่าอาหาร ในราคาไม่เกิน 1,000 บาทต่อวัน

7.2) ผู้ป่วยที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล และผู้ป่วยได้เสียชีวิต หรือมีความจำเป็นทางการแพทย์ต้องส่งต่อไปรับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในวันแรกนั้น ให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยภายใน จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล ถ้าไม่ถึง 24 ชั่วโมงและส่วนที่ไม่ถึงนั้นนับได้ไม่เกิน 6 ชั่วโมง ให้เบิกค่าห้องและค่าอาหาร ดังนี้

- ค่าเตียงสามัญ ให้เบิกได้ไม่เกิน 100 บาท
- ค่าห้องพิเศษ ให้เบิกได้ไม่เกิน 200 บาท

7.3) กรณีสถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยภายในแล้ว ปรากฏว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล โดยมิได้มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล มิให้สถานพยาบาลเบิกค่าเตียงสามัญ หรือค่าห้องพิเศษ ในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลนั้น

8) การเบิกจ่ายกรณีนอนนาน

8.1) ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 มกราคม 2559 เป็นต้นไป ในกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นระยะเวลา 270 วัน นับแต่วันที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน และยังมีความจำเป็นต้องรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง โดยมิใช่กรณีผู้ป่วยพักรอจำหน่าย ให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล เสมือนเป็นการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล ทั้งนี้ การรักษาพยาบาลภายหลังจากนั้นให้ถือเสมือนเป็นการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในครั้งใหม่

8.2) การลงรหัสสำหรับการรักษาพยาบาลภายหลังจากส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลแล้ว ให้ถือเอาโรคที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่สำคัญที่สุดในขณะนั้น เป็นโรคหลักในการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลครั้งต่อไป

9) ระยะเวลาในการส่งข้อมูล และ การปรับลดอัตราจ่ายกรณีส่งไม่ทันรอบที่กำหนด

ให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาล ภายในระยะเวลา 30 วัน นับจากวันที่จำหน่ายกรณีผู้ป่วยใน หรือวันที่ให้บริการกรณีผู้ป่วยนอก สปสช.จะปรับลดอัตราจ่าย กรณีส่งข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาลล่าช้ากว่าที่กำหนด 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 โดยไม่ต้องส่งเอกสารประกอบการขออุทธรณ์

สถานพยาบาลต้องเก็บเวชระเบียน และต้นฉบับใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาลไว้เพื่อการตรวจสอบหลังการจ่ายเงินชดเชย กรณีที่ สปสช.เข้าตรวจสอบข้อมูลและไม่พบเวชระเบียนผู้ป่วย จะถือว่าไม่มีการให้บริการและมีสิทธิเรียกเงินคืนตามจำนวนที่ได้จ่ายชดเชยไป

11) การตรวจสอบและการเรียกคืนเงิน

ในกรณีที่สถานพยาบาลเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลโดยไม่เป็นไปตามระเบียบที่กำหนด เกินสิทธิที่พึงได้รับ สปสช.จะเรียกเงินคืนและอาจพิจารณาระงับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบการเบิกจ่ายตรงกับสถานพยาบาลนั้น

12) การตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลเบิกจ่าย

สถานพยาบาลต้องตรวจสอบความซ้ำซ้อนของการส่งข้อมูลเบิกจ่ายในแต่ละระบบก่อนการส่งข้อมูลเพื่อป้องกันการเบิกจ่ายซ้ำซ้อน เช่น ข้อมูลการเบิกจ่ายกรณีฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียมในโปรแกรม DMIS_HD กับข้อมูลการเบิกจ่ายในระบบ e-Claim

3) หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของทางราชการ

1) การเบิกจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยนอก

การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของทางราชการ ให้เบิกจ่ายตามประกาศกระทรวงการคลังกำหนด

2) การเบิกจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยใน

การเบิกจ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน สถานพยาบาลของทางราชการ ให้ใช้อัตราฐานตามที่กำหนด 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 ให้สถานพยาบาล สามารถเบิกค่ายาแยกต่างหากจาก DRGs ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้

4.1) รายการยาประเภทที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติภายหลังจากที่สถานพยาบาลได้จำหน่ายตัวผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล เช่น กลุ่มยาวัณโรค ให้สถานพยาบาล สามารถส่งเบิกค่ายาดังกล่าวเฉพาะส่วนที่เกินกว่า 2 สัปดาห์ ขึ้นไป

4.2) กรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง หัวใจ และเคยได้รับยาดังกล่าวอย่างต่อเนื่องมาก่อนที่จะรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้สถานพยาบาลสามารถส่งเบิกค่ายาที่สั่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้านดังกล่าวได้

5) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงจำนวน 9 รายการ ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ดังนี้

5) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

5.1 การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง จำนวน 13 รายการ ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ดังนี้

สถานพยาบาลจะต้องลงทะเบียนแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วย และส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลเพื่อขออนุมัติการเบิกค่ายา และส่งข้อมูลตามโปรโตคอลที่กำหนดในระบบ OCPA เพื่อขออนุมัติเบิกยา หรือขอต่ออายุการเบิกค่ายา หรือขอหยุดการใช้ยา ผ่านเวบไซต์ mra.or.th/ocpa/index.php หรือ mra.or.th/ocpaoldcase/index.php ของสำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข (สพตส.) และการใช้ยาดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไข / ข้อบ่งชี้ที่กำหนด รายละเอียดรายการยา จำนวน 13 รายการ ดังนี้

1) Imatinib ใช้ในการรักษา มะเร็งเม็ดเลือดขาว Chronic myeloid leukemia และชนิด Acute Lymphoblastic leukemia,PH+ และมะเร็งสำไส้ชนิด Gastrointestinal stromal tumor (GIST)

2) Nilotinib ใช้ในการรักษา มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด Chronic myeloid leukemia

3) Dasatinib ใช้ในการรักษา มะเร็งเม็ดเลือดขาว Chronic myeloid leukemia และชนิด Acute Lymphoblastic leukemia,PH+

4) Rituximab ใช้ในการรักษา มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Diffuse large B Cell lymphoma, Follicular lymphoma , Mantle Cell lymphoma ,Marginal zone lymphoma และมะเร็งเม็ดเลือดขาว Chronic lymphocytic leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma

5) Bortezomib ใช้ในการรักษา มะเร็งเม็ดเลือดขาว ชนิด Multiple myeloma

6) Sunitinib ใช้ในการรักษา มะเร็งสำไส้ชนิด Gastrointestinal stromal tumor (GIST)

7) Trastuzumab ใช้ในการรักษา มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นและระยะแพร่กระจาย

8) Gefitinib ใช้ในการรักษา มะเร็งปอด ชนิด non-Small cell lung cancer

9) Bevacizumab ใช้ในการรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่ชนิดแพร่กระจายและมะเร็งรังไข่

10) Pazopanib ใช้ในการรักษามะเร็ง Renal cell carcinoma และ metastatic or Inperable Non-lipogenic Soft Tissue Sarcoma

11) Ceritinib ใช้ในการรักษามะเร็งปอดระยะแพร่กระจ่ายชนิด ALK+

12) Abiraterone/Enzalutamide ใช้ในการรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก

13) Panitumumab ใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจายที่เป็น RAS-WT

หมายเหตุ การปรับปรุงรายการยาเป็นไปตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

5.2) รายการยา ซึ่งกรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก มิให้เบิกในระบบเบิกจ่ายตรงส่วนกรณีการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน มิให้เบิกแยกต่างหากจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ดังนี้

ยารักษาโรคมะเร็ง 21 รายการ ได้แก่

1) Afatinib
2) Aflibacept
3) Atezolizumab
4) Cabazitaxel
5) Degarelix
6) Denosumab
7) Erlotinib (ผู้ป่วยเดิมที่อยู่ในระบบ OCPA ยังคงให้เบิกจ่ายตรงได้จนกว่าจะหมดรอบอนุมัติการเบิกจ่ายค่ายา)
8) Ipilimumab
9) Nab-paclitaxel
10) Nintedanib
11) Nivolumab
12) PEG-filgrastim
13) Pembrolizumab
14) Pertuzumab
15) Radium233
16) Ramucirumab
17) Regorafenib
18) Sorafenib
19) Temsirolimus
20) Trastuzumab Emtansine
21) Vinorelbine oral

รายการยารักษาโรคโลหิตวิทยา

1) Alemtuzumab

2) Basiliximab

3) Brentuximab

4) Carfilzomib

5) Clofarabine

6) Daratumumab

7) Decitabin

8) Nivolumab

9) Obinutuzumab

10) Plerixafor

11) PEG-filgrastim

12) Pomalidomide

13) Ponatinib

14) Pralatrexate

15) Romiplostim

16) Ruxolitinib

5.3 มิให้เบิกค่ายารักษาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเป็นทะเบียนยาใหม่ / ทะเบียนยาชีววัตถุชนิดใหม่ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 เป็นต้นไป จนกว่าจะมีการพิจารณาปรับเข้าระบบ OCPA หรือกรอบรายการยาที่ให้เบิกจ่ายได้ตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้ที่กำหนด โดยมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561 เป็นต้นไป

การเบิกค่ายานอกระบบ OCPA สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา ได้แก่ ยาแก้อาเจียน Aprepitant หรือ Palonosetron ให้เบิกในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล ทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก หากสถานพยาบาลมีการออกใบเสร็จรับเงินค่ายาในระบบ OCPA และค่ายาแก้อาเจียน (Aprepitant หรือ Palonosetron) ทุกรูปแบบ ขนาด และความแรง ให้แจงรายละเอียดชื่อรายการยา และระบุเป็น “ค่ายาที่เบิกไม่ได้” เพื่อมิให้ผู้มีสิทธินำยื่นขอเบิกเงินจากส่วนราชการต้นสังกัด

การใช้สิทธิเบิกจ่ายค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสำหรับ ผู้ป่วยรายใหม่ ให้มีผลใช้บังคับสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 28 กันยายน 2561 เป็นต้นไป ในกรณีดังนี้

กรณีรายการยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันกับยาในระบบ OCPA ให้สถานพยาบาลดำเนินการลงทะเบียนเพื่อขออนุมัติการเบิกจ่ายค่ายาในระบบ OCPA ก่อน หากไม่ได้รับการอนุมัติให้เบิกจ่ายค่ายาในระบบ OCPA และแพทย์ผู้ทำการรักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่มเดียวกันที่กำหนดไว้ในรายการที่มีให้เบิกค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลดำเนินการยื่นเรื่องขออนุมัติเบิกจ่ายตรงค่ายาดังกล่าวเป็นรายกรณี

กรณีรายการยาที่มิให้เบิกค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรง ซึ่งนอกเหนือจากรายการยาในกลุ่มเดียวกันกับที่กำหนดในระบบ OCPA ให้สถานพยาบาลพิจารณาใช้ยาหรือวิธีการรักษาอื่นในการรักษาเป็นลำดับแรก ทั้งนี้ หากแพทย์ผู้ทำการรักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่าไม่สามารถดำเนินการได้ อันเนื่องมาจากเหตุผลทางการแพทย์ และผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยารายการที่มิให้เบิกค่ายาในระบบเบิกจ่ายตรง ให้สถานพยาบาลดำเนินการยื่นเรื่องขออนุมัติเบิกจ่ายตรงค่ายาดังกล่าวเป็นรายกรณี

6) การเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรครูมาติก และโรคสะเก็ดเงิน ชนิดรุนแรง ปานกลางและรุนแรงมาก ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

6.1) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติก ประกอบด้วย โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบติดยึด (Rheumatic Disease Prior Authorization: RDPA) ได้แก่

6.1.1) Rituximab

6.1.2) Etanercept

6.1.3) Infliximab

6.2) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน และโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (Dermatology Disease Prior Authorization: DDPA) ได้แก่

6.2.1) Etanercept

6.2.2) Infliximap

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน และโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก ให้เลือกลงทะเบียนโรคหลักที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้การรักษาเพียงโรคเดียว

6.3) หากมีการออกใบเสร็จรับเงินค่ายาทั้ง 2 กรณี ผู้มีสิทธิไม่สามารถนำไปยื่นเบิก ณ ส่วนราชการได้ และมิให้คณะกรรมแพทย์ของสถานพยาบาล ออกหนังสือรับรองสิทธิการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

7) การเบิกจ่ายค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2)

7.1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

7.2) กรณีที่แพทย์สั่งใช้ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2) แต่ไม่เป็นไปตามแนวทางกำกับการใช้ยา อันเนื่องมาจากเหตุผลที่เป็นข้อจำกัดทางการแพทย์ มิใช่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษาต้องระบุเหตุผลที่ไม่สามารถดำเนินการตามแนวทางกำกับการใช้ยาของบัญชียาหลักแห่งชาติ ไว้ในเวชระเบียน เพื่อตรวจสอบต่อไป

8) การเบิกจ่ายค่ายาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) หรือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST Elevate Myocardial Infraction STEMI)

8.1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

8.2) ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2556 สามารถเบิกค่ายา แยกต่างหากจาก DRGs ได้

8.3) จ่ายตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บและไม่เกินอัตราราคาของสถานพยาบาล แต่ละแห่ง

9) การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่ามีความจำเป็นต้องล้างไต (Dialysis) ตามแนวทางสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หากเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาล ตามอัตราดังต่อไปนี้

9.1) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ครั้งละ 2,000 บาท

9.2) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าชันสูตรให้เป็นไปตามอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

9.3) การเบิกค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน กรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) หรือผู้ป่วยไตวายอื่นๆ ที่ไม่เคย ได้รับการฟอกเลือดด้วยวิธีไตเทียม (Hemodialysis) มาก่อน การส่งเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและ ค่ายา (Erythropoietin) ในช่วงระยะเวลา 35 วัน นับจากวันที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน ให้เบิกจ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สำหรับค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่ายา (Erythropoietin) ภายหลัง 35 วัน ให้ส่งเบิกในโปรแกรม DMIS_HD

9.4) การเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้หน่วยไตเทียมเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรง และให้สามารถเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระบบใบเสร็จได้

9.5) ในกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีเรื้อรังที่หน่วยไตเทียมซึ่งเป็นสถานพยาบาลของทางราชการ ให้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามข้อ 9.1) และ 9.2) กรณีที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีเรื้อรังที่หน่วยไตเทียมซึ่งเป็นสถานพยาบาลของเอกชน เนื่องจากสถานพยาบาลของทางราชการไม่มีเครื่องไตเทียม หรือมีแต่ไม่เพียงพอในการให้บริการให้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามข้อ 9.1) เท่านั้น

10) การเบิกค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

10.1) ประเภทอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ที่มีลักษณะ ข้อบ่งชี้ในการใช้และคุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้เป็นการเฉพาะ ให้ถือปฏิบัติตามที่ประกาศ

10.2) ประเภทอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ที่มีความชัดเจนอยู่ในตัวจะไม่มีการกำหนดลักษณะ ข้อบ่งชี้ ในการใช้และคุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้

10.3) การซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้เบิกได้ตามที่แพทย์ของสถานพยาบาลที่ตรวจรักษาเป็นผู้สั่งซ่อมโดยประหยัด ทั้งนี้ไม่เกินอัตราตามรายการที่กำหนด เว้นแต่ค่าซ่อมแซมฟันเทียมให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินครึ่งหนึ่งของราคาฟันเทียมตามรายการที่กำหนด

10.4) การเบิกจ่ายค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ต้องดำเนินการผ่านระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเท่านั้น เว้นแต่ การเบิกจ่ายค่าฟันเทียมสามารถเบิกจ่ายได้ทั้งในระบบเบิกจ่ายตรงหรือนำใบเสร็จรับเงินยื่นขอใช้สิทธิเบิกที่ส่วนราชการต้นสังกัด

10.5) ในการออกใบเสร็จรับเงินค่าฟันเทียม ให้สถานพยาบาลระบุรหัสและตำแหน่งของฟันที่ทำในแต่ละครั้ง เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบของส่วนราชการ สำหรับกรณีที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงให้บันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย

10.6) กรณีที่สถานพยาบาลไม่มีอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคจำหน่ายให้ผู้มีสิทธินำหลักฐานพร้อมใบเสร็จรับเงินไปยื่นขอเบิกกับส่วนราชการต้นสังกัด โดยถือปฏิบัติตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

10.7) กรณีที่รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคใดมีราคาสูงกว่าอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด และผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวประสงค์จะใช้รายการดังกล่าว ให้สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บเงินส่วนเกินสิทธิจากผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้ สถานพยาบาลจะต้องชี้แจงถึงคุณภาพและค่าใช้จ่ายส่วนเกินของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่ไม่สามารถนำมาเบิกจากทางราชการให้ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวทราบ พร้อมทั้งมีหลักฐานการยินยอมและรับทราบจำนวนเงินที่ต้องร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวไว้เป็นหลักฐานเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

10.8) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นทางการแพทย์ต้องใช้รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หมวด 8 วัสดุ/อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเนื่องจากอวัยวะของร่างกายใช้งานไม่ได้อย่างปกติ แม้ผู้ป่วยจะมิได้เป็นคนพิการ กรณีดังกล่าวสามารถเบิกจ่ายได้ตามอัตราที่กำหนด

10.9) การเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดด้วยกล้อง (รหัส 5601) กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลจะสามารถแยกเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองฯ นอกเหนือ DRGs ได้เฉพาะข้อบ่งชี้ที่กำหนดเท่านั้น เนื่องจากกรมบัญชีกลางได้ดำเนินการคำนวณอัตราฐาน (Base Rate) ซึ่งรวมรายการวัสดุสิ้นเปลืองฯ ไว้แล้ว จึงขอให้งดการเรียกเก็บค่าวัสดุสิ้นเปลืองฯ จากผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว เว้นแต่ ส่วนเกินอัตราที่กำหนดซึ่งเป็นการใช้ตามข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกต่างหากจาก DRGs

11) การเบิกค่าพาหนะส่งต่อ

ค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย หมายความว่า รถพยาบาลของสถานพยาบาลเท่านั้นไม่รวมถึงรถส่วนตัวหรือรถสาธารณะ

11.1) ผู้ป่วยต้องอยู่ระหว่างรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลต้นทางประเภทผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก เฉพาะกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่อยู่ในภาวะวิกฤติ หรือ เป็นอันตรายต่อชีวิต

11.2) สถานพยาบาลปลายทางต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือสังเกตอาการ (ยกเว้นกรณีเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ) หรือสถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยใน แล้วทำการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤติ เห็นควรส่งกลับเพื่อไปพักฟื้น หรือไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลต้นทางที่ทำการส่งต่อ

11.3) เป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งไปยังสถานพยาบาลอื่น เนื่องจากไม่สามารถทำการรักษาได้ แต่ไม่รวมถึงกรณีการรับผู้ป่วยจากบ้านหรือที่เกิดเหตุ การส่งไปตรวจทางห้องทดลองหรือเอกซเรย์ยังสถานพยาบาลอื่น เนื่องจากสถานพยาบาลนั้นไม่อาจให้การตรวจทางห้องทดลอง หรือเอกซเรย์แก่ผู้เข้ารับการรักษาได้

11.4) ในกรณีที่พาหนะที่ส่งต่อผู้ป่วยเป็นของสถานพยาบาลอื่น นอกจากสถานพยาบาลต้นทางหรือปลายทาง หรือเป็นพาหนะส่งต่อของสถานพยาบาลเอกชน ให้สถานพยาบาลต้นทางหรือปลายทางที่เป็น “ผู้ขอใช้พาหนะ” เป็นผู้เบิกจ่ายให้กับสถานพยาบาลเจ้าของพาหนะ

11.5) การคิดระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ที่กำหนด

11.6) กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยสถานพยาบาลหลายแห่ง จะคิดระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทาง ถึงสถานพยาบาลปลายทางที่รับตัวผู้ป่วยไว้เพื่อทำการรักษาเท่านั้น

11.7) อัตราการเบิกค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย ให้เบิกได้ในอัตรา 500 บาท บวกด้วยอัตราตามระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง (กิโลเมตร) คูณ 2 (ไป-กลับ) คูณอัตรา 4 บาทต่อกิโลเมตร

11.8) ค่าบริการพาหนะส่งต่อผู้ป่วย ไม่ถือรวมเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้นก่อนรับผู้มีสิทธิเป็นผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง ที่จะต้องนำมาคำนวณตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

12) การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต

12.1) ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายไตจะต้องมีฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐสมบูรณ์ และการเบิกจ่ายให้ใช้สิทธิในระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น

12.2) ผู้รับบริจาคไตและผู้บริจาคไตที่มีชีวิต ต้องมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของแพทยสภา

12.3) สถานพยาบาลที่จะให้บริการทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไต ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย และต้องจัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตหรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรม ตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์

12.4) การเบิกจ่ายค่าปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต จะต้องเป็นกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้รับบริจาคไตเพื่อบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเท่านั้น และคุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่มีชีวิต จะต้องเป็นไปตามข้อบังคับของแพทยสภา

12.5) ค่าเตรียมผู้บริจาคไตที่มีชีวิต ให้ถือปฏิบัติตามขั้นตอน และเบิกตามรายการค่าตรวจวินิจฉัย ก่อนการปลูกถ่ายไต สำหรับผู้บริจาคไตตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

12.6) การเบิกค่าผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต และค่าปลูกถ่ายไตให้ผู้รับบริจาคให้ถือปฏิบัติตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ ตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยอนุโลม เว้นแต่

ก) การเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ในกรณีที่การผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาคเป็นการผ่าตัดโดยการใช้กล้อง (Laparoscopic donor nephrectomy) ให้เบิกเหมารวมในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 10,000 บาท และใช้รหัส (6206) โดยไม่ให้เบิกตามรายการ “วัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดด้วยกล้อง” (รหัส 5601) อีก

ข) ในกรณีผู้รับบริจาคไตมีภาวะสลัดไต (rejection) จำเป็นต้องใช้ยา Intravenous immunoglobulin (IVIG) หรือ AntiCD-20 antibody (Rituximab) หรือ Antithymocyte globulin (ATG-Fresenius, Thymoglobulin) ให้สามารถเบิกค่ายาเพิ่มได้ตามอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ทั้งนี้ การใช้ยาต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

12.7) การส่งข้อมูลเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim โดยให้แยกเบิกระหว่างผู้รับบริจาคและผู้บริจาค กรณีผู้บริจาคไตเป็นสิทธิอื่น ให้บันทึกรหัสโครงการพิเศษ KTLGOD

13) การปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต ประกอบด้วย การบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต จากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต และ ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาจากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต

13.1 สถานพยาบาลที่จะให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต และผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาจากผู้บริจาคตาที่เสียชีวิต จะต้องเป็นสมาชิกของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย รวมทั้งสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บและรักษาคุณภาพของอวัยวะ ที่ได้รับการบริจาคจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตให้กับสภากาชาดไทย ตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

13.2 การเบิกค่ารักษาพยาบาลตามประกาศกระทรวงการคลังให้สถานพยาบาลเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรง ค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลในหมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค โดยระบุรหัสดังนี้

ก) กรณีเข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต ค่าเตรียมและผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต ให้ระบุรหัส 6207

ข) กรณีเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต (รวมค่าน้ำยาแช่กระจกตา) ค่าจัดเก็บ และรักษาคุณภาพดวงตา จากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต ให้ระบุรหัส 2011

13.3 ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ได้รับการบริจาคอวัยวะจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตผ่านสภากาชาดไทยเท่านั้น

13.4 ผู้มีสิทธิมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลแยกต่างหากจากค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ดังนี้

ก) ค่าเตรียมและผ่าตัดนำไต ออกจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต ให้เบิกได้ในอัตราไม่เกิน 40,000 บาท ต่อหนึ่งไต

ข) ค่าจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา จากผู้บริจาคตาที่เสียชีวิต ให้เบิกได้ในอัตราไม่เกิน 15,000 บาท ต่อหนึ่งอัน

13.5 กรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวมีภาวะสลัดไต (rejection) โดยให้สามารถเบิกค่ายาได้ เช่นเดียวกับการปลูกถ่ายไต จากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต

14) การเบิกจ่ายกรณีค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากสิทธิประกันสังคม

14.1) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีผู้ป่วยที่มีสิทธิซ้ำซ้อนกับสิทธิประกันสังคม

การเบิกจ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงเฉพาะส่วนเกินสิทธิประกันสังคม 1,500 บาท แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามประกาศกระทรวงการคลัง

14.2) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรของสำนักงานประกันสังคม

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตราตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

14.3) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณี Vascular access ซ้ำภายใน 2 ปี ให้เบิกด้วยใบเสร็จจากต้นสังกัด พร้อมหนังสือรับรองจากประกันสังคม

14.4) ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินประโยชน์ทดแทนกรณีทำฟันส่วนเกินจากค่าอุดฟัน ขูดหินปูน และถอนฟัน ที่เกินจาก 900 บาท/ปี ให้เบิกด้วยใบเสร็จจากต้นสังกัด พร้อมหนังสือรับรองจากประกันสังคม

15) ค่ารักษาพยาบาลของผู้ประกันตนที่มิได้รับสิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตรของสำนักงานประกันสังคม

การเบิกจ่ายค่าคลอดบุตรให้เบิกจ่ายได้ เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินสิทธิที่กำหนดตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

16) การเบิกจ่ายกรณีการรักษาผู้ป่วยพักรอจำหน่าย

การรักษาผู้ป่วยพักรอจำหน่าย หมายถึง การรับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืนในสถานพยาบาลภายหลังจากการรักษาโรคกรณีเฉียบพลันและการฟื้นฟูสภาพได้สิ้นสุดลง ผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่จะต้องรับไว้รักษาในสถานพยาบาลเป็นกรณีผู้ป่วยในแบบปกติ แต่สถานพยาบาลยังไม่อาจจำหน่ายผู้ป่วยได้ด้วยเหตุผลอื่น เช่น การรอย้ายผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลพักฟื้น หรือการรอรับกลับไปพยาบาลผู้ป่วยต่อที่บ้าน เป็นต้น ซึ่งจำแนกออกได้เป็นผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีทั่วไปและผู้ป่วยพักรอจำหน่วยกรณีพิเศษตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ทั้งนี้การเป็น ผู้ป่วยพักรอจำหน่ายจะต้องเป็นกรณีที่การรักษาพยาบาลกรณีเฉียบพลันและการฟื้นฟูสภาพมีช่วงระยะเวลา ของการรักษาพยาบาลไม่ต่ำกว่า 60 วัน

การเบิกจ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ ผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีทั่วไป ให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราเหมาจ่ายวันละไม่เกิน 400 บาท ยกเว้น การเบิกค่ายา ค่าชันสูตร ให้เบิกจ่ายได้ตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการสำหรับผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีพิเศษ ให้เบิกจ่ายได้ตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด

16.1) สถานพยาบาลต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาลก่อน

16.2) ต้องขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client ใหม่ อีกครั้งหนึ่ง

16.3) ในการเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim ต้องมีรหัสโครงการพิเศษ HOSPIC

16.4) กรณีผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีทั่วไป ให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราเหมาจ่ายไม่เกินวันละ 400 บาท (ไม่รวมค่ายา ค่าชันสูตร)

17) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยเพราะเหตุปฏิบัติราชการ

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ซึ่งได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการในหน้าที่ หรือเนื่องจากต้องไปปฏิบัติราชการนอกที่ตั้งสำนักงานหรือถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำตามหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติสงเคราะห์ข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราการ พ.ศ. 2546 ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการผู้ได้รับอันตรายหรือการเจ็บป่วยเพราะเหตุปฏิบัติราชการ พ.ศ. 2547 จะต้องเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลอันเกิดจากกรณีที่ข้าราชการปฏิบัติราชการในหน้าที่เท่านั้น

การบันทึกข้อมูลต้องบันทึกข้อมูลและรหัสโครงการพิเศษ INJDTO ในโปรแกรม e-Claim

18) การเบิกจ่ายกรณีเด็กแรกเกิดทั้งป่วยและไม่ป่วย

การเบิกค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในของเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิทั้งกรณีเด็กป่วยและเด็กไม่ป่วยให้ส่งเบิกเงินแยกต่างหากจากมารดา ซึ่งทั้งสองกรณีการเบิกจ่ายเงินให้เป็นไปตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยให้ใช้ระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น และมิให้ส่งเบิกค่าห้อง ค่าอาหาร กรณีเด็กแรกเกิดที่ไม่เจ็บป่วย

18.1) กรณีไม่สามารถขอเลขอนุมัติได้ ให้บิดาหรือมารดาไปแจ้งเกิด และใช้หนังสือรับรองสิทธิมาขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client

18.2) ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim ให้ใช้รหัสบัตรประชาชนของผู้มีสิทธิในการเบิก โดยระบุรหัสโครงการพิเศษ Z38000

19) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา

กรณีผู้ป่วยใน จ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ซึ่งปรับด้วยค่าสัมประสิทธิ์ คูณอัตราจ่าย ของสถานพยาบาล แล้วจ่ายค่ายารักษาโรคมะเร็ง ตามสูตรการคำนวณ ดังนี้

สูตรการคำนวณ (Adj.RW x CCUF x อัตราจ่าย) + ค่ายารักษาโรคมะเร็ง

ค่ายารักษาโรคมะเร็ง หมายถึง ค่ายาตามรายการที่กำหนดสำหรับใช้ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง (ค่ายาใช้อัตราของโรงพยาบาล)

20) การตรวจสุขภาพประจำปี

20.1 การตรวจสุขภาพประจำปี ให้ตรวจตามปีงบประมาณ ปีละ 1 ครั้ง

20.2 การขอเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีตรวจสุขภาพประจำปี ให้ยื่นคำขอภายใน 1 ปี นับถัดจากวันที่ปรากฏในหลักฐานการรับเงินของสถานพยาบาล

20.3 ให้พบแพทย์เพื่อให้คำปรึกษาก่อนทุกครั้ง และให้เบิกจ่ายตามรายการและอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนดไว้ในรายละเอียดแนบท้าย

หมายเหตุ : การตรวจสุขภาพประจำปี กรณีสิทธิ อปท. สามารถเบิกจ่ายได้ในระบบเบิกจ่ายตรง

21) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

21.1) การเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีการบำบัดรักษาโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนจีน จะต้องเป็นกรณีเพื่อการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ มิใช่กรณีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์นั้นๆ

21.2) กรณีการออกเอกสารการับเงิน หรือใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาลให้ผู้มีสิทธินำไปยื่นเบิกกับต้นสังกัด ให้สถานพยาบาลออกใบรับรองการรักษาโดยผู้ประกอบวิชาชีพตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนดเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย

21.3 กรณีระบบเบิกจ่ายตรง ในการส่งข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาลทางอิเล็กทรอนิกส์ให้สถานพยาบาลระบุรหัสรายการทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 เป็นต้นไป

21.4 บันทึกข้อมูลการรักษาตามแนวเวชปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกไว้ในเวชระเบียนเพื่อประโยชน์การตรวจสอบ

22) การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวด 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และหมวด 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

กรณีสถานพยาบาลส่งเบิกค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ ซึ่งไม่ใช่การตรวจสุขภาพประจำปี ในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 เป็นต้นไป ให้ระบุรหัสรายการทุกรายการ ตามรูปแบบหรือโปรแกรมที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด

บทที่ 12 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 ด้วยวิธีการฟอกโลหิตและการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis)

2) การรักษาโรคมะเร็งอื่นนอกเหนือโรคมะเร็ง 10 ชนิด

3) การรักษาโรคมะเร็ง 10 ชนิดตามแนวทางการรักษาที่กำหนด (Protocol)

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)

สิทธิในการรับบริการและขั้นตอนการให้บริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมันสิทธิประกันสังคม

การให้บริการแก่ผู้ประกันตนตามโครงการสิทธิประกันสังคม ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

1) ผู้มีสิทธิรับบริการ

1.1) ผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมที่ส่งเงินสบทบครบตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

2) ขั้นตอนการเข้ารับบริการและเงื่อนไขการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ

2.1) ผู้ประกันตนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานจะต้องไปรับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้ผู้ประกันตนผู้นั้นมีสิทธิไปรับบริการทางการแพทย์ โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลด้วยวิธีเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานประกันสังคมได้กำหนดไว้ให้แก่สถานพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมัน สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินเพิ่ม ตามการให้บริการแก่สถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนด

โดยขั้นตอนในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่แจ้งใช้สิทธิประกันสังคม ดังนี้

2.1.1) ตรวจสอบรายชื่อผู้ประกันตนจากข้อมูลที่สำนักงานประกันสังคมจัดเตรียมไว้ให้ และให้คำแนะนำการใช้บริการตามสิทธิ

2.1.2) ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและทำการรักษาพยาบาลตามข้อกำหนด

2.1.3) จัดให้มีบริการตรวจรักษาโรคทุกโรคยกเว้นโรคตามที่คณะกรรมการการแพทย์ได้กำหนดไว้

2.1.4) จัดทำข้อมูลการรักษาพยาบาลและข้อมูลค่าบริการทางการแพทย์โดยโปรแกรม e-Claim ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์

ก) การรักษาพยาบาล โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมันตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

2.1.5) ตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ 2.2.4 ตามรอบที่กำหนด

หลักเกณฑ์ในการขอรับค่าบริการทางการแพทย์ปี 2562

1) การจัดทำข้อมูล

1.1) ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

1.1.1) การให้รหัสโรค ให้ใช้รหัสการวินิจฉัยโรค เป็นไปตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

หมายเหตุ : *รหัสโรคตาม ICD-10-TM สามารถใช้ได้เฉพาะรหัสการวิเคราะห์หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 6 รองรับได้*

1.1.2) การให้รหัสการทำผ่าตัดและหัตถการ เป็นไปตามที่สำนักประกันสังคมกำหนด

1.1.3) คำนวณหาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight : RW) กรณีผู้ป่วยใน

1.2) คำขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์

ให้สถานพยาบาลจัดทำคำขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมัน ตามรอบการสรุปค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลได้ยืนยันและรับรองความถูกต้องในแต่ละงวด ตามแบบคำขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคมกำหนดโดยลงลายมือชื่อผู้มีอำนาจในการลงนามขอเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์

2) วิธีการส่งข้อมูล

สถานพยาบาลส่งข้อมูลตามรูปแบบและวิธีการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในโปรแกรม e-Claim ส่งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์เงื่อนไขการจ่ายชดเชย (ข้อมูลผ่าน A) สปสช. จะคำนวณจ่ายชดเชยค่าบริการในข้อมูลผลการตรวจสอบ (REP) ที่ สปสช. กำหนดวางให้สถานพยาบาลตรวจสอบ ทางหน้าเว็บไซต์ของระบบโปรแกรม e-Claim ในวันทำการ (จันทร์, พุธ และศุกร์) หากข้อมูลไม่เข้าเกณฑ์เงื่อนไขการจ่ายชดเชย สปสช. จะยังไม่รับข้อมูล (ข้อมูลติด C / Deny โดยมีรหัสเป็นรหัสที่ถูกปฏิเสธการจ่ายชดเชย สถานพยาบาลต้องแก้ไขข้อมูลให้ผ่าน หากต้องการขอเบิกชดเชย)

3) การขอเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์

3.1) ให้สถานพยาบาลตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องของข้อมูลค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมัน ตามที่ สปสช. ได้ตรวจสอบและส่งกลับ ให้สถานพยาบาล โดยการยืนยันความถูกต้องให้แนบแบบคำขอเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคม ทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ตามวิธีการที่ สปสช. กำหนดภายใน 4 วันทำการ นับตั้งแต่ที่ออกรายงานบัญชีสรุปค่าบริการทางการแพทย์ (Statement)

3.2) ให้สถานพยาบาลเก็บรวบรวมต้นฉบับคำขอเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์แต่ละครั้งไว้กับหนังสือโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมันที่สำนักงานประกันสังคมจัดส่งให้ไว้เพื่อใช้ในการตรวจสอบ

3.3) หากสถานพยาบาลยืนยันความถูกต้องของข้อมูลตามข้อ (2) ภายหลังระยะเวลาที่กำหนดให้ถือว่าสถานพยาบาลแสดงเจตนาขอเบิกในงวดถัดไป

4) ระยะเวลาในการส่งข้อมูล

ให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลการให้บริการเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์ ภายใน 2 ปี นับวันถัดจากวันที่รับบริการทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน สำหรับข้อมูลที่ส่งช้ากว่ากำหนด จะไม่ได้รับการชดเชยจากสำนักงานประกันสังคม

5.) การแก้ไขข้อมูลและการขออุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

สถานพยาบาลสามารถแก้ไขข้อมูลเบิกจ่ายที่ไม่ผ่านการตรวจสอบแล้วจัดส่งใหม่ได้จนกว่าจะผ่านการตรวจสอบ การแก้ไขนี้ใช้ระบบการส่งข้อมูลเหมือนกับการส่งเบิกปกติ กรณีที่สถานพยาบาลพบข้อผิดพลาดของข้อมูลเบิกจ่าย ทั้งก่อนหรือหลังออกรายงานบัญชีสรุปค่าบริการทางการแพทย์ (Statement) หรือมีข้อผิดพลาดจากการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบการจ่ายเงิน สถานพยาบาลสามารถขออุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์มายัง สปสช. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ตามรูปแบบและวิธีการที่ สปสช. กำหนด

6.) การออกรายงานบัญชีสรุปค่าบริการทางการแพทย์(Statement)

สำนักงานประกันสังคม จะกำหนดปฏิทินการออก Statement สำหรับ ปี 2562 โดย สปสช.จะตัดข้อมูล ทุกวันที่ 25 ของเดือน หลังจากนั้น 2 วันทำการ จะออก Statement และคำขอเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์เพื่อให้สถานพยาบาลตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องของข้อมูลค่าบริการทางการแพทย์ในคำขอเบิก

ปฏิทินออก Statement 2562 (เพิ่มเติมจากภาคผนวก...)

(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) สปส. โดย สบท. และ สปย. จัดทำรายงานและเสนอเรื่องขออนุมัติสั่งจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ต่อเลขาธิการ ภายในวันทำการ

(8) สปย. ส่งเรื่องที่เลขาธิการอนุมัติสั่งจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้ สบง. ภายใน 5 วันทำการ

(9) สบง. โอนเงินให้สถานพยาบาลภายในวันโอนเงินที่กำหนด 5 วันทำการ

<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 (Adj.RW < 2)

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

จ่ายตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม ดังนี้

1) การฟอกโลหิต (Hemodialysis) จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครั้งละ 3,000 บาท

2) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินวันละ 500 บาท

1.2) การรักษาโรคมะเร็งอื่นนอกเหนือโรคมะเร็ง 10 ชนิด

ขอบเขตบริการ

เป็นการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่นนอกเหนือโรคมะเร็ง 10 ชนิด ที่มีความจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยารักษาโรคมะเร็งและหรือเคมีบำบัด(Chemotherapy) และหรือรังสีรักษา (Radiotherapy)

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

1) เป็นการรักษามะเร็งชนิดอื่นนอกเหนือโรคมะเร็ง 10 ชนิด ที่มีความจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยารักษาโรคมะเร็งและหรือเคมีบำบัด(Chemotherapy) และหรือรังสีรักษา (Radiotherapy)

2) เป็นกรณีผู้ป่วยนอก (OP) หรือผู้ป่วยใน (IP)

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ ไม่เกิน 50,000 บาท/ราย/ปี (ปีปฏิทิน)

1.3) การรักษาโรคมะเร็ง 10 ชนิด ตามแนวทางการรักษาที่กำหนด (Protocol)

ขอบเขตบริการ

เป็นการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง 10 ชนิด ที่ให้การรักษาตามแนวทางที่กำหนด (Protocol) ซึ่งประกอบด้วย โรคมะเร็ง 10 ชนิด ดังนี้

1. โรคมะเร็งเต้านม
2. โรคมะเร็งปากมดลูก
3. โรคมะเร็งรังไข่
4. โรคมะเร็งโพรงจมูก
5. โรคมะเร็งปอด
6. โรคมะเร็งหลอดอาหาร
7. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ส่วนปลาย
8. โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
9. โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
10. โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

1) เป็นการรักษาโรคมะเร็ง 10 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 กรกฎาคม 2560 เป็นต้นไป

1.4) ค่ายาในการรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal Meningitis

ขอบเขตบริการ

เป็นการให้บริการผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal meningitis โดยจะจ่ายชดเชยให้ในส่วนของค่ายาที่ใช้ในการรักษา

เงื่อนไข

1) เป็นค่ายาในการรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal meningitis

2) เป็นกรณีผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 15,000 บาท/ราย (ตลอดชีวิต)

1.5) การรักษาโรคสมองด้วยวิธี STEREOTATIC RADIOSURGERY

ขอบเขตบริการ

เป็นการรักษาโรคสมองด้วยวิธี Stereotatic radiosurgery โดยจะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1) Arteriovenous Malformation รูปผิดปกติของหลอดเลือดดำและแดงรอบนอก

2) เนื้องอกสมองส่วนลึก (Deep Seated Brain Tumor)

3) มะเร็งแพร่กระจายสู่สมอง (Metastatic Brain Tumor) ที่สามารถควบคุม Local disease

เงื่อนไข

1) เป็นการรักษาโรคสมองด้วยวิธี Stereotactic radiosurgery โดยจะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ตามที่กำหนด

2) เป็นกรณีผู้ป่วยนอก (OP) หรือผู้ป่วยใน (IP)

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ ไม่เกิน 50,000 บาท/ราย (ตลอดชีวิต)

1.6) การใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument)

ขอบเขตบริการ

เป็นการให้บริการที่มีการใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument) ร่วมด้วย ในการรักษา โดยรายการที่สามารถเบิกได้จะต้องเป็นรายการอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument) ตามประกาศฯ และข้อบ่งชี้ ของสำนักงานประกันสังคม

เงื่อนไข

1) เป็นการรักษาและใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument) ตามประกาศฯและข้อบ่งชี้ ของสำนักงานประกันสังคม

2) เป็นกรณีผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

จ่ายค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนด

1.7) ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการทำหมัน

ขอบเขตบริการ

เป็นการให้บริการกรณีทำหมันชายหรือการทำหมันหญิง โดยสถานพยาบาลที่รักษาต้องเป็นสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือเครือข่าย

เงื่อนไข

1) เป็นการเข้ารับบริการทำหมันชาย หรือ ทำหมันหญิง

2) สถานพยาบาลที่รักษาต้องเป็น สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือเครือข่ายเป็นกรณีผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน

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) เป็นกรณีผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน

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) เป็นกรณีผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

1) กรณีใช้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยา เหมาจ่ายครั้งละ 10,000 บาท

2) กรณีใช้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA หรือ TNK-tPA และค่าฉีดยา เหมาจ่ายครั้งละ 50,000 บาท

ประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

1) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ประกาศ ณ วันที่ 25 ธันวาคม 2546

2) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ประกาศ ณ วันที่ 3 เมษายน 2556 (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม)

3) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และ อัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ประกาศ ณ วันที่ 30 สิงหาคม 2556 (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม)

4) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ประกาศ ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2559 (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม)

5) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ประกาศ ณ วันที่ 12 ธันวาคม 2560

6) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานประกาศ ณ วันที่ 4 มกราคม 2561

บทที่ 13

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีคนพิการที่เป็นผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคม ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติได้มีคำสั่ง ที่ 58/2559 เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2559 และคำสั่งที่ 45/2560 วันที่ 25 กันยายน 2560 เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม โดยกำหนดให้ผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข ที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขอบเขตบริการ

1) เป็นการให้บริการแก่คนพิการที่เป็นผู้ประกันตน สิทธิประกันสังคมที่เลือกใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) เป็นกรณีการรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ เช่นเดียวกับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) เป็นการรับบริการในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารสุข

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 ดังนี้

1) การเบิกจ่าย กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รายการอุปกรณ์ ค่ารถรับส่งต่อ และอื่นๆ

<u>แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่าย/วิธีการเบิก</u>

ตามแนวทางที่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

<u>โปรแกรมที่ใช้</u>

โปรแกรม e-claim **รายละเอียดในบทที่ 9**

2) กรณีบริหารจัดการโรคเฉพาะนอกระบบ seamless ประกอบด้วย

2.1) กรณีเบิกผ่านโปรแกรม DMIS

2.1.1) กรณีฮีโมฟีเลีย ส่งเบิกผ่านโปรแกรม DMIS ไม่ต้องส่งเอกสาร

2.2) กรณีเบิกผ่านโปรแกรม e-claim

2.2.1) การเบิกเพดานเทียมกรณีปากแหว่ง เพดานโหว่

2.2.2) การเบิกจ่ายรายการอุปกรณ์ข้อเข่าเทียม

2.3) กรณีส่งเบิกในระบบ VMI

การเบิกจ่ายรายการอุปกรณ์ Stent ที่อยู่ในระบบ VMI

2.4) กรณีส่งเบิกในระบบเอกสาร

Maxillary Distractor (ใช้ในผู้ป่วยที่ลงทะเบียน Cleft Lip Cleft Palate)

แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่าย/วิธีการเบิก (กรณีส่งเบิกเป็นเอกสาร)

<u>ผู้ป่วยนอก</u>

1) สำเนาใบ OPD card วันที่เข้ารับบริการ พร้อมรหัสโรค รหัสหัตถการ

2) ใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย

3) สำเนาบัตรประชาชน/เอกสารที่ปรากฏเลขประจำตัวประชาชนผู้มีสิทธิ/สำเนาตรวจสอบสิทธิ ณ วันรักษา

<u>ผู้ป่วยใน</u>

1) สำเนาใบ discharge summary พร้อมรหัสโรค รหัสหัตถการ

2) ใบรายงานอาการแรกรับ

3) ใบ Operative note (ถ้ามี)

4) ใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย

5) ใบแสดงรายการการใช้อุปกรณ์ (เบิกรายการ Instrument)

6) สำเนาบัตรประชาชน/เอกสารที่ปรากฏเลขประจำตัวประชาชนผู้มีสิทธิ/สำเนาตรวจสอบสิทธิ ณ วันรักษา

รายการที่ส่งเบิกในระบบเอกสาร มีดังนี้

1) กรณีขอเบิก Maxillary Distractor ให้เพิ่มสำเนาหนังสือขออนุมัติการใช้ Maxillary distractor และหนังสือรับรองการใช้ Maxillary distractor สำหรับหน่วยบริการ

2) การเบิกทันตกรรมจัดฟันและบริการแก้ไขการพูดและการได้ยิน ในกรณีปากแหว่ง เพดานโหว่ ให้เพิ่มใบแสดงรายการดังนี้

ทันตกรรมจัดฟัน

1) ทำประวัติ ตรวจทางรังสีเพื่อรักษาทางทันตกรรม

2) แก้ไขการสบฟันผิดปกติระยะแรกเพื่อป้องกันและเตรียมการในการจัดฟัน

3) ดูแลรักษาสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน

4) รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไขการสบฟันผิดปกติ

5) ใส่ฟันเทียมหรือรักษาทางทันตกรรม อื่นๆ ที่จำเป็น

บริการแก้ไขการพูดและการได้ยิน Speed Language and hearing problem Intervention

1) ตรวจการได้ยิน

2) การประเมินภาษา การพูด การได้ยิน

3) การแก้ไขภาษา การพูด การได้ยิน

4) การประเมินการสั่นพ้องผิดปกติจากปัญหา VPI ด้วยการฟัง

5) การประเมิน instrumental VPI (ได้รับการจ่ายชดเชยจากกองทุนฟื้นฟูฯระดับเขต ให้บริการได้เฉพาะหน่วยบริการที่ได้รับการรับรองจากสมาคมโสตสัมผัสวิทยา และการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย)

6) การตรวจติดตามการรักษาต่อเนื่อง

3. การเบิกจ่ายกรณีไตวายเรื้อรัง

<u>ประเภทการเบิกจ่าย</u>

- การล้างไตผ่านทางหน้าท้อง (CAPD)
- การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)
- การปลูกถ่ายไต (KT)

<u>แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่าย/วิธีการเบิก</u>

1) หน่วยบริการ เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ CAPD, HD หรือ KT ตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

2) การลงทะเบียนผู้ป่วย

- กรณีผู้ป่วยใหม่ ต้องได้รับการพิจารณาจากสำนักงานประกันสังคมให้รับบริการในแต่ละประเภท และแจ้งให้ สปสช.ลงทะเบียนรับบริการ

- กรณีผู้ป่วยเก่าสำนักงานประกันสังคมแจ้งรายชื่อให้ สปสช. ลงทะเบียนรับบริการ

3) การจ่ายชดเชยค่าบริการ เงื่อนไข หลักเกณฑ์ ตามคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562

4) การอุทธรณ์การจ่ายชดเชย ต้องดำเนินการภายใน 30 วันหลังรับรายงานการโอนเงินทาง www.nhso.go.th/acc เงื่อนไขหลักเกณฑ์ตามคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562

โปรแกรมที่ใช้

1) โปรแกรม DMIS_CAPD บันทึกข้อมูลบริการ การติดตามผู้ป่วย CAPD เบิกจ่ายน้ำยาล้างไต การใช้ยา Erythopoietin เบิกจ่าย Tenckhoff catheter และอุปกรณ์

2) โปรแกรม HD สกส. บันทึกข้อมูลบริการ HD การใช้ยา Erythopoietin

3) โปรแกรม DMIS_KT บันทึกข้อมูลบริการ KT บันทึกข้อมูลบริการ KTI

4) โปรแกรม E-claim บันทึกข้อมูลบริการ Vascular access

4) การเบิกจ่ายยา จ.2

แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่าย/วิธีการเบิก

บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมเบิกชดเชยยาบัญชี ยา จ.2

โปรแกรมที่ใช้

โปรแกรมเบิกชดเชยยา บัญชี ยา จ.2

5. การเบิกจ่ายกรณีการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่าย/วิธีการเบิก

ส่งในระบบอิเลคทรอนิกส์ โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการใน โปรแกรมการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ

โปรแกรมที่ใช้

1) โปรแกรมการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ (โปรแกรม Disability)

2) Website : http://portal.nhso.go.th/disability/login

6. การเบิกจ่ายกรณีเอดส์ และวัณโรค

<u>แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่าย/วิธีการเบิก</u>

ส่งในระบบอิเลคทรอนิกส์

<u>โปรแกรมที่ใช้</u>

1) โปรแกรม NAP สำหรับชดเชยเอดส์ ไปที่ http://dmis.nhso.go.th/NAPPLUS

2) โปรแกรม TB Data HUB สำหรับชดเชยวัณโรค ไปที่http://tbdatahub.nhso.go.th/tbdatahuboln/

7. หน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

<u>แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่าย/วิธีการเบิก</u>

เฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ให้บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม OP-BKKCLAIM ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเดียวกับกรณีผู้พิการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

<u>โปรแกรมที่ใช้</u>

โปรแกรม OPBKKCLAIM

บทที่ 14 แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

1) แนวคิด/หลักการ-เหตุผล

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เกิดขึ้นในประเทศไทยเพื่อให้ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทยได้รับการคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจนั้นเป็นภารกิจที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาคเอกชน ภาคราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสภาวิชาชีพ ที่สำคัญคือผู้ให้บริการสุขภาพ เพราะเป็นผู้ที่จะพัฒนาการบริการสุขภาพให้ประชาชนเข้ารับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ทั้งนี้ต้องอาศัยกระบวนการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นกลไกสำคัญที่ก่อให้เกิดความ เป็นธรรมที่ประชาชนพึงได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยซึ่งกลไกสำคัญนี้จำเป็นต้องได้รับการตรวจสอบเพื่อพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้นมีประสิทธิภาพมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการตรวจสอบเป็นมิติหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานขององค์กรมีความตระหนักถึงการมีธรรมาภิบาล ซึ่งต้องมีในการบริหารจัดการกองทุนทุกกองทุน เพื่อให้สะท้อนถึงความมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุนและแสดงให้เห็นถึงการที่ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานจาก ผลการตรวจสอบตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) วัตถุประสงค์การตรวจสอบเวชระเบียน

2.1) เพื่อการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลที่ใช้ประกอบการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

2.2) เพื่อพัฒนาคุณภาพการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการทุกระดับ

2.3) เพื่อนำผลการตรวจสอบไปพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยให้มีความถูกต้อง

2.4) เพื่อพัฒนาระบบและแนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับทุกกองทุน

3) เป้าหมายของการตรวจสอบ

"มีระบบการตรวจสอบที่มีความถูกต้อง เป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับทุกองค์กร ในการตรวจสอบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและคุณภาพการให้บริการสาธารณสุข"

4) กลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการ หรือสถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2554 หรือสถานบริการรับส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เช่น สถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 สถานพยาบาลตามร่างระเบียบมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2557

5) กระบวนการดำเนินงานการตรวจสอบเวชระเบียน

การตรวจสอบเวชระเบียน เพื่อสร้างความถูกต้อง เป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับทุกองค์กร ของการเบิกจ่ายเงินชดเชยและการให้บริการสาธารณสุข ประกอบด้วยการตรวจสอบ 4 ประเภท คือ

(1) Coding Audit

(2) Billing Audit

(3) Quality Audit

(4) Medical Record Audit

โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการตรวจสอบดังนี้

5.1) ประเภทของการตรวจสอบ

5.1.1) Coding Audit เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของรหัสโรคและรหัสหัตถการกับข้อมูลที่ปรากฏอยู่ในเวชระเบียนผู้ป่วยในของหน่วยบริการ

หลักการ

การจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีผู้ป่วยในเป็นการคำนวณจ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) และกำหนดให้หน่วยบริการส่งข้อมูลอิเลคทรอนิกส์ผ่านโปรแกรม e-Claim หรือ NHSO โดยที่หน่วยบริการไม่ได้ส่งเวชระเบียนมาพร้อมกับข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย ทั้งนี้องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้หน่วยบริการ ได้รับค่าใช้จ่ายที่ครบถ้วนถูกต้องสมบูรณ์ จะต้องมาจากการสรุปการให้รหัสโรค และรหัสหัตถการที่สอดคล้องกับโรคและการทำหัตถการของการรักษาในครั้งนั้น ดังนั้นจากเหตุผลดังกล่าวจึงต้องมีการตรวจสอบรหัสโรคและรหัสหัตถการจากเวชระเบียนที่บันทึกไว้ เพื่อพิจารณาความถูกต้องของการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการดังกล่าว อันจะช่วยสร้างความเป็นธรรมในการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการผู้ป่วยใน ซึ่งจำกัดอยู่ภายใต้งบประมาณปลายปิด (Global budget)

5.1.2) Billing Audit เป็นการตรวจสอบการจ่ายชดเชยในรายการที่จ่ายเพิ่มจากระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เช่น อุปกรณ์ข้อเข่าเทียม เครื่องช่วยฟัง รองเท้าเบาหวาน การใส่ขดลวดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีโดยผ่านสายสวน ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกตามรายการในสิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท) เป็นต้น

หลักการ

การจ่ายเงินชดเชยตามระบบ DRG สำหรับผู้ป่วยในบางโรคอาจไม่พอเพียงจึงจำเป็นต้องมีการเบิกจ่ายค่าอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมเพิ่มเติมเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่เหมาะสม หากมีการเบิกจ่ายอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมที่มีแนวโน้มเบิกจ่ายไม่สอดคล้องตามบริบทของพื้นที่หรือกรณีที่มีแนวโน้มสูงกว่าปกติ จึงสมควรต้องได้รับการตรวจสอบ

5.1.3) Quality Audit เป็นการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการด้วยการตรวจสอบความสอดคล้องของคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยในหลักเกณฑ์และประกาศ สปสช. เปรียบเทียบกับ Clinical Practice Guideline (CPG) ที่ สปสช. กำหนดร่วมกับสมาคมวิชาชีพ เช่น การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST เป็นต้น

หลักการ

เพื่อสร้างความมั่นใจของระบบบริการ ให้มีการเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนในโรคที่มีความเสี่ยงสูง ค่าใช้จ่ายมาก เป็นปัญหาสำคัญในอันดับต้น ๆ ของประเทศ และประชาชนมั่นใจว่าได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

5.1.4) Medical Record Audit เป็นการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการ

หลักการ

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนให้สามารถสะท้อนภาพการให้บริการที่สอดคล้องตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นเครื่องมือสื่อสารสำหรับผู้ให้บริการสาธารณสุขด้วยกัน เพื่อใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสามารถสืบค้นและสอบทานข้อมูลการสรุปโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรกซ้อน การผ่าตัดหัตถการที่มีผลต่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมได้ด้วย

5.2 การตรวจสอบเวชระเบียนอื่นๆ

5.2.1) การตรวจสอบเวชระเบียน ในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว ของกองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดให้สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (สตช.) เป็นผู้ดำเนินการตรวจสอบ ตามแนวทางตามระเบียบที่กรมบัญชีกลางกำหนด (อ้างอิงตามข้อ 2 ของหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่ มท.0809.3/232 ลว 8 มค 2557)

5.2.2) การตรวจสอบเวชระเบียนในระบบการตรวจสอบร่วม 3 กองทุน เนื่องด้วยประเทศไทยมีกองทุนสุขภาพหลัก ๆ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคมและกองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ดังนั้น คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมกำกับการชดเชยค่าบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาล ร่วมกันระหว่าง 3 กองทุน ซึ่งมีผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นประธาน ภายใต้คำสั่งที่ 2/2554 ของคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่าง กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย ซึ่งมีเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นประธาน ภายใต้คำสั่งที่ 1/2555 ของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาเวชภัณฑ์ 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 สตช. และ สปสช.เขต ดังนี้

6.1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลาง โดย สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (สตช.) มีหน้าที่ความรับผิดชอบตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555 ดังนี้

(ก) พัฒนาระบบและมาตรฐานการตรวจสอบให้สอดคล้องกับสถานการณ์การบริการและการจ่ายชดเชย

(ข) ตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่ายชดเชยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

(ค) ตรวจสอบคุณภาพบริการให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

(ง) พัฒนาระบบตรวจสอบร่วม 3 กองทุน และสนับสนุนการดำเนินงานตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต

(จ) ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยบริการนำผลการตรวจสอบไปใช้ในการพัฒนางานด้านคุณภาพบริการและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

ดังนั้นสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (สตช.) จึงมีบทบาทในการพัฒนาเครื่องมือและทดสอบวิธีการตรวจสอบ รวมถึงการพัฒนาหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการตรวจสอบพร้อมถ่ายโอนภารกิจการตรวจสอบให้เขตพื้นที่ดำเนินการได้ด้วยตนเองและสนับสนุนงบประมาณการตรวจสอบ

6.2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต มีบทบาทในการตรวจสอบเวชระเบียน โดยใช้เครื่องมือที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลาง ได้พัฒนาไว้ และเป็นผู้พิจารณาเลือกเวชระเบียนจากหน่วยบริการมาตรวจสอบให้สอดคล้องตามบริบทของเขตพื้นที่ และดำเนินการตรวจสอบโดยคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนที่ สปสช. เขตหรือ สปสช.เป็นผู้แต่งตั้ง

7) ขั้นตอนกระบวนการตรวจสอบและการอุทธรณ์

ภายหลังที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้พิจารณาจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของ สปสช. หรือ ตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ไปเรียบร้อยแล้ว สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ จะดำเนินการสุ่มเลือกข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนดหรือเลือกข้อมูลที่สุ่มแบบเจาะจงหรือเลือกตรวจทั้งหมด เพื่อนำมาตรวจสอบประสิทธิภาพการเบิกจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการของหน่วยบริการต่างๆ ว่าตรงตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของ สปสช หรือตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาล อปท.หรือไม่ และดำเนินการตรวจสอบตามตารางเวลาแผนการตรวจสอบ ทั้งนี้ภายหลังการตรวจสอบ สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการหรือคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงานเขต จะรายงานผลการตรวจสอบให้กับหน่วยบริการทราบถึงผลการตรวจสอบดังกล่าว หากหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบ สปสช. ดำเนินการจ่ายเงินเพิ่มหรือเรียกเงินคืนตามข้อมูลผลการตรวจสอบ หากหน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบให้ดำเนินการขออุทธรณ์ภายในวันเวลาที่กำหนดหลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ หากพ้นกำหนดแล้วจะไม่รับพิจารณาอุทธรณ์และถือว่าหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบแล้ว

7.1) ข้อกำหนดแนวทางการอุทธรณ์

กรณีที่หน่วยบริการมีความเห็นในประเด็นที่ถูกตรวจสอบหรือมีความเห็นในเรื่องรหัสโรคและหรือรหัสหัตถการไม่ตรงกับที่คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนตรวจสอบได้ หรือไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบอื่นๆ ที่คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนตรวจสอบได้ ให้หน่วยบริการดำเนินการขออุทธรณ์ได้ที่ระบบอุทธรณ์ออนไลน์ ผ่าน Web Site URL : http://audit.nhso.go.th/ema หรือบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายที่ต้องการอุทธรณ์ในแบบอุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนที่ สปสช.เขตส่งให้ พร้อมระบุเหตุผลและแนบหลักฐานประกอบการให้รหัสโรคและ/หรือ รหัสหัตถการหรือประเด็นดังกล่าวทุกรหัสและ/หรือ ทุกประเด็น หากหน่วยบริการไม่บันทึกเหตุผลและแนบหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ทุกรหัสหรือทุกประเด็น สตช./สปสช.เขต. จะไม่รับพิจารณารหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการหรือประเด็นที่ขออุทธรณ์ดังกล่าว

7.2) วิธีการบันทึกข้อมูลขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนของหน่วยบริการ

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีแบบบันทึกการขออุทธรณ์ 3 แบบตามประเภทการตรวจสอบคือ แบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบกรณี coding billing และ quality

7.2.1) ข้อกำหนดแนวทางการบันทึกข้อมูลในแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนจากหน่วยบริการสำหรับ coding audit

1) เจ้าหน้าที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายที่ต้องการขออุทธรณ์ได้ที่ระบบอุทธรณ์ออนไลน์ ผ่าน Web Site URL : http://audit.nhso.go.th/ema ตามคู่มือการใช้งานระบบอุทธรณ์ออนไลน์

2) กรณีการขออุทธรณ์เรื่องการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ ให้บันทึกข้อมูลรหัสโรคและรหัสหัตถการที่ขออุทธรณ์ทุกรหัส ในช่องอุทธรณ์ พร้อมบันทึกเหตุผลและเอกสารหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ของรหัสโรคและรหัสหัตถการที่ขออุทธรณ์ดังกล่าว ในช่องเหตุผลหลักฐานประกอบการอุทธรณ์

หากหน่วยบริการไม่บันทึกเหตุผลการขออุทธรณ์ และ/หรือไม่ส่งหลักฐานประกอบการให้รหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการที่หน่วยบริการขออุทธรณ์ **สปสช.จะไม่รับพิจารณาการอุทธรณ์รหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการดังกล่าว**

3) กรณีการขออุทธรณ์ SA หรือ CA ให้บันทึกข้อมูลที่ขออุทธรณ์ในช่องอุทธรณ์ SA หรือ CA พร้อมบันทึกเหตุผลและเอกสารหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ดังกล่าว(ถ้ามี) ในช่องเหตุผลหลักฐานประกอบการอุทธรณ์

4) กรณีการขออุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ให้บันทึกข้อมูลที่ขออุทธรณ์ในช่องอุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ พร้อมบันทึกเหตุผลและเอกสารหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ดังกล่าว (ถ้ามีในช่องเหตุผล หลักฐานประกอบการอุทธรณ์)

5) สปสช. จะไม่รับพิจารณาอุทธรณ์รหัสโรคและรหัสหัตถการ ในกรณีต่อไปนี้

5.1) การขอเพิ่มรหัสใหม่ จากเหตุที่หน่วยบริการยังไม่ได้ดำเนินการส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกจ่ายชดเชยจาก สปสช.รหัสที่ไม่ปรากฏใน ICD in com , S ICD และ ไม่ใช่รหัสที่ได้จากการตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช. (R ICD)

5.2) การขอเปลี่ยนแปลง รหัส PDX กรณีที่ รหัส PDX ใน ICD in com ตรงกับผลการตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช. (R ICD) แล้วหน่วยบริการขอส่งเอกสารเพิ่มเติมเนื่องจากการส่งมอบไม่ทันในวันตรวจสอบเวชระเบียนตามที่ สปสช .กำหนดไว้การขอเพิ่มรหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการ ในการอุทธรณ์ครั้งที่ 2 กับสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ หรือ ครั้งที่ 3 กับราชวิทยาลัย หรือสมาคมแพทย์ต่างๆ โดยที่หน่วยบริการไม่ได้มีการทักท้วงรหัสดังกล่าว ในการอุทธรณ์ครั้งที่ 1 ซึ่งถือว่าหน่วยบริการได้ยอมรับรหัสโรคหรือหัตถการดังกล่าวแล้ว กรณียื่นขออุทธรณ์หลังระยะเวลาตามที่ สปสช. กำหนด

6) แนบเอกสารเวชระเบียนประกอบการอุทธรณ์ ลงในช่องเอกสารประกอบการอุทธรณ์ตามรายการเอกสารที่ระบุ เช่น Summary discharge, Progress note เป็นต้น

7) ผู้ขออุทธรณ์ **ต้องเป็นแพทย์เท่านั้น**

หมายเหตุ :

1) ICD in com หมายถึง รหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลส่งเพื่อขอเบิกจ่ายชดเชย จาก สปสช.

2) S ICD หมายถึง รหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการ ที่ได้จากข้อมูลใน Summary discharge form ของหน่วยบริการ

3) R ICD หมายถึง รหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการ ที่ได้จากการตรวจสอบเวชระเบียนโดยคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช. (Auditor)

4) คู่มือการใช้งานระบบอุทธรณ์ออนไลน์ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ Web Site URL : http://audit.nhso.go.th/ema/index-download

7.2.1) ข้อกำหนดแนวทางการบันทึกข้อมูลในแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนจากหน่วยบริการสำหรับ billing Audit และ quality Audit

เจ้าหน้าที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายที่ต้องการขออุทธรณ์ลงในส่วนของการขออุทธรณ์จากหน่วยบริการตามแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียน เช่น ลำดับที่, HN, AN, PID เป็นต้น

1) การขออุทธรณ์เรื่องรหัสอุปกรณ์ จำนวนชิ้น ราคาต่อชิ้น ให้ระบุรายการที่รหัสอุปกรณ์ จำนวนชิ้น ราคาต่อชิ้น หรือประเด็นคุณภาพ ที่ขออุทธรณ์ทั้งหมด ในช่องรายการขออุทธรณ์จากหน่วยบริการ

2) ต้องระบุเหตุผลประกอบการอุทธรณ์ทุกรหัสอุปกรณ์ในแต่ละรายการหรือทุกประเด็นคุณภาพ ที่ขออุทธรณ์ในช่อง เหตุผล/เอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณาอุทธรณ์ และให้สำเนาเวชระเบียนชุดเดิมที่ส่งมาให้ตรวจสอบทั้งฉบับ รวมทั้งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการอุทธรณ์ (ไม่รับเอกสารใหม่เพิ่มเติม)

3) กรณีการขออุทธรณ์ จำนวนชิ้นของอุปกรณ์ ราคาของอุปกรณ์ ต้องส่งใบจัดซื้อราคาพัสดุอุปกรณ์ของหน่วยบริการที่สามารถสืบได้ว่าได้จ่ายอุปกรณ์ชิ้นนี้ให้แก่บุคคลใด และต้องระบุเหตุผลประกอบการขออุทธรณ์ทุกรหัสอุปกรณ์ สปสช. จะไม่รับพิจารณาอุทธรณ์โดยที่หน่วยบริการไม่ระบุเหตุผลการขออุทธรณ์

3.1) ผู้ขออุทธรณ์ **ต้องเป็นแพทย์เท่านั้น**

3.2) หน่วยบริการต้องส่งแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนจากหน่วยบริการภายในระยะเวลาที่ สปสช. กำหนด ในหนังสือแจ้งรายงานผลการตรวจสอบเวชระเบียน ถ้าเกินระยะเวลาที่กำหนด สปสช. จะไม่รับพิจารณาการขออุทธรณ์นั้น

3.3) สปสช. จะไม่รับพิจารณาอุทธรณ์ ในกรณีต่อไปนี้

ก) กรณีการขอเพิ่มรหัสอุปกรณ์ใหม่ หรือประเด็นคุณภาพใดๆ จากเหตุที่หน่วยบริการยังไม่ได้ดำเนินการส่งข้อมูลให้ สปสช. เพื่อขอเบิกจ่ายชดเชย เช่น รหัสอุปกรณ์หรือประเด็นคุณภาพที่ไม่ปรากฏใน in com และไม่ใช่รหัสอุปกรณ์หรือประเด็นคุณภาพ ที่ได้จากการตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช.

ช่อง in com หมายถึง รหัสอุปกรณ์/ราคาอุปกรณ์ หรือประเด็นคุณภาพที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลส่งเพื่อขอเบิกจ่ายชดเชย ในโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์

ข) กรณีหน่วยบริการขอส่งเอกสารเพิ่มเติมเนื่องจากการส่งมอบไม่ทันในวันตรวจสอบเวชระเบียนตามที่ สปสช. กำหนดไว้

ค) กรณีการขอเพิ่มรหัสอุปกรณ์/ราคาอุปกรณ์ หรือประเด็นคุณภาพในการอุทธรณ์ครั้งที่ 2 กับสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ หรือ ครั้งที่ 3 กับ ราชวิทยาลัยหรือสมาคมแพทย์ต่างๆ โดยผ่านแพทยสภาซึ่งหน่วยบริการไม่ได้มีการทักท้วงรหัสหรือประเด็นคุณภาพดังกล่าว ในการอุทธรณ์ครั้งที่ 1 ซึ่งถือว่าหน่วยบริการได้ยอมรับรหัสอุปกรณ์/ราคาอุปกรณ์หรือประเด็นคุณภาพ ดังกล่าวแล้ว

ง) กรณียื่นขออุทธรณ์หลังระยะเวลาตามที่ สปสช. กำหนด

จ) กรณีหน่วยบริการไม่บันทึกเหตุผลรายการที่มีการขออุทธรณ์หรือทุกประเด็นคุณภาพที่ทักท้วง ในแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนที่ สตช. หรือ สปสช.เขตส่งให้ หรือไม่ส่งหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์

ฉ) กรณีผู้อุทธรณ์ไม่ใช่แพทย์

ช) กรณีที่บันทึกรายการเอกสารเวชระเบียนประกอบการอุทธรณ์ ที่ส่งมาให้ สปสช. ทั้งหมด ไม่ใช่เอกสารชุดเดิมที่ใช้ในการตรวจสอบหรือการอุทธรณ์ครั้งที่ 1 หรือครั้งที่ 2 หรือครั้งที่ 3

8) แนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการใน การจัดเตรียมเอกสารหรือหลักฐาน เพื่อรับการตรวจสอบของ สปสช.

8.1) กรณีผู้ป่วยใน

หน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเลคทรอนิกส์ที่เป็น .pdf 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) แบบบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนก หรือกลุ่มงานของแพทย์ (Consultation record) (ถ้ามี)

8) แบบบันทึกวิสัญญี (Anesthetic record) (ถ้ามี)

9) แบบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) กรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัด (ถ้ามี)

10) แบบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด (Labour record) (ถ้ามี)

11) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยพร้อมรายงานผลการตรวจ

12) แบบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation record) (ถ้ามี)

13) แบบบันทึกทางการพยาบาล Nurses note รวมถึงแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลและแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

14) แบบบันทึกสัญญาณชีพหรือฟอร์มปรอท (Graphic sheet)

15) แบบบันทึกการให้ยา (Medication sheet) การให้สารน้ำและการให้เลือด Intake Output sheet แบบประเมินผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัด เป็นต้น

16) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย (ถ้ามี) เช่น ใบส่งต่อ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการอื่น เอกสารการให้รังสีรักษาพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น สำเนาใบตรวจสอบสิทธิการรักษา เป็นต้น

17) กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม หรือการให้บริการทางการแพทย์ ตามรายการค่าใช้จ่ายที่มารับบริการ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมหลักฐานประกอบการตรวจสอบ ดังนี้

17.1) กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมราคาสูงที่มี sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับ ผู้ป่วยรายนั้นจริง โดยกรณีผู้ป่วยในต้องติด sticker ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้นที่มีการเบิกไว้ในบันทึกการผ่าตัด หรือในเวชระเบียนผู้ป่วยในที่สามารถตรวจสอบได้ พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้น หรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

17.2) กรณีรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่ไม่มี sticker หน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานทางการแพทย์ว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วยรายนั้นจริง เช่น ใบสั่งยา หรือ ใบเบิก-จ่าย ระบุจำนวนรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม พร้อมหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้น หรือเรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

18) กรณีการขอตรวจสอบเวชระเบียน โรคเฉพาะทางอื่นๆ เช่นโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรังเป็นต้น ต้องมีเอกสารประกอบเพิ่มเติมซึ่งแต่ละกองทุนจะแจ้งในการขอเอกสารเพื่อการตรวจสอบในเรื่องนั้นๆ

19) การขอเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ

19.1) กรณีที่มีการขอตรวจสอบเวชระเบียนแล้วไม่พบเอกสารหลักฐาน หรือ หน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้รักษาในครั้งนั้น ภายในระยะเวลาที่กำหนดให้ถือว่าหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น โดยไม่รับพิจารณาอุทธรณ์เอกสารที่หน่วยบริการส่งเพิ่มเติมมาในภายหลัง

19.2) กรณีผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิการรักษา เช่น ผู้ป่วยชำระเงินเอง ใช้สิทธิประกันชีวิต เป็นต้นให้ถือว่าหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น

19.3 กรณีหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียน เพื่อการตรวจสอบได้ตามระยะเวลาที่กำหนดเนื่องจากชำรุดอันเกิดจากภัยพิบัติ อัคคีภัย อุทกภัย เป็นต้น หน่วยบริการต้องส่งหลักฐานประกอบคำชี้แจงถึงเหตุผลของการไม่สามารถส่งเอกสารเวชระเบียนเพื่อให้พิจารณาเหตุผล โดยให้ผู้บริหารสูงสุด เช่น หัวหน้าหน่วยบริการ กรรมการผู้จัดการ (ที่มีอำนาจลงนาม) ของสถานพยาบาล เซ็นรับรองการชี้แจงดังกล่าว

8.2) <u>กรณีผู้ป่วยนอก</u>

การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกจะพิจารณาจากข้อมูลการบันทึกในเวชระเบียนและหลักฐานต่างๆที่ปรากฏในการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐานจะถือว่าไม่มีบริการในเรื่องนั้นๆ โดยหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเลคทรอนิกส์ที่เป็น .pdf สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้

1) เอกสารหลักฐานการตรวจรักษาและให้บริการ (จัดเรียงตามวันที่เข้ารับบริการ) ดังนี้

1.1) เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ต้นฉบับหรือสำเนาทั้งฉบับ หรือ ในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบตามแต่ละประเภทการตรวจสอบของแต่ละกองทุน ที่มีหลักฐานในการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย ย้อนหลังอย่างน้อย 1 ปี รวมถึง visit ที่มีการใช้ยานอกบัญชียาหลักต่อเนื่อง

กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง หรือกรณีเป็น known case จากหน่วยบริการอื่น ต้องมีหลักฐานในการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย

1.2) ใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในครั้งนั้น เช่น CBC, PT, PTT, Bleeding time, Cardiac enzyme ฯลฯ หรือ บันทึกการแปลผลการตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน

1.3) ผลการตรวจทางรังสีวิทยาโดยรังสีแพทย์ และหรือ บันทึกการแปลผลการตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน

1.4) ผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ และหรือ บันทึกการแปลผลการตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน

1.5) ใบแสดงรายการยาที่เบิกจ่าย (ใบสั่งยา) และหนังสือรับรองการใช้ยานอกบัญชี

1.6) ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล

1.7) หลักฐานการทำหัตถการต่างๆ (ถ้ามี)

1.8) หลักฐานเพิ่มเติม เช่น การบริการแพทย์ทางเลือก กรณีการให้บริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู และการบริการพิเศษอื่นๆ

1.9) เอกสารบันทึกการให้บริการทางการพยาบาล เช่น การฉีดยา การทำแผล เป็นต้น

1.10) กรณีที่มีการรับเข้านอนรพ. ควรมีบันทึกแพทย์ในการสรุปจำหน่ายรวมข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ยาที่ได้รับในรพ. และยาที่ให้กลับบ้านพร้อมจำนวน (ฉบับย่อ) ลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ทั้งนี้ กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

2) เอกสารหลักฐานการเงิน เช่น ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ส่งเบิกชดเชย

3) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ อันเนื่องมาจากบริการรักษานอกโรงพยาบาล ดังนี้

3.1) หลักฐานส่งต่อ (กรณีรับและส่ง refer)

3.2) อื่นๆ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการอื่น เอกสารการให้รังสีรักษา แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด เป็นต้น

4) กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ที่มีการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกให้ติด sticker ไว้ใน OPD card ตามวันที่มาทำหัตถการ พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้น หรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

5) เอกสารอื่นๆที่ผู้ตรวจสอบขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา

9) แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช.

9.1) <u>กรณีผู้ป่วยใน</u>

1) ตรวจสอบ OPD card หรือ สำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบครั้งนั้นเพื่อพิสูจน์หลักฐานการดำเนินของโรค เช่นโรคเรื้อรัง กรณี Emergency claim online เป็นต้น

2) ตรวจสอบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ประเด็นการพิจารณามีดังนี้

2.1) การระบุใบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) เพื่อการตรวจสอบ กรณีที่มีใบ discharge summary หลายใบ จะต้องมีหนังสือรับรองจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุว่าใช้ใบ discharge summary ใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มีจะใช้ใบแรกสุดที่ผู้ตรวจสอบพบในเวชระเบียนในการตรวจสอบ หากใช้แบบฟอร์มอื่นเพื่ออ้างอิงว่าเป็นใบสรุปนั้น แบบฟอร์มดังกล่าวต้องมีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับ general discharge summary จึงเป็นเอกสารที่ยอมรับได้

2.2) การลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียน แพทย์สามารถลงนาม attending or approval ด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมลงนามได้เพียง attending และต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) จึงจะถือว่าเป็นใบสรุปการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์ หากไม่มีการลงนามรับรองจะถือว่าเวชระเบียนดังกล่าวไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล รวมทั้งการสรุปโรคหรือหัตถการเป็นรหัสหรือกรณีสรุปด้วยดินสอให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล ทั้งนี้การไม่สรุปการรักษาพยาบาลให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ประสงค์จะเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้น

2.3 ในกรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเลคทรอนิคส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ general discharge summary

3) ตรวจสอบแบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกาย (Admission note) ในการตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกโดยแพทย์ผู้รักษา ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา ในแบบบันทึกประวัติและตรวจร่างกายจึงจะถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้

4) ตรวจสอบ Progress note ในการตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้รักษาหรือลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาจึงจะถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้ ส่วนข้อมูลที่มีการบันทึกโดยวิชาชีพอื่น เช่น เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์

5) ตรวจสอบข้อมูลใน Doctor's order ใช้คำสั่งการรักษาพยาบาลของแพทย์เท่านั้น ในกรณีนักศึกษาแพทย์ หรือการบันทึกของพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้งที่สั่งการรักษาพยาบาล หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้

6) ตรวจสอบในกรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัดหัตถการ

6.1) กรณีที่เป็น Major OR procedure ต้องมีแบบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ประกอบการตรวจสอบเสมอ ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ

6.2) กรณี non OR procedure ต้องมีบันทึกเป็น short operative note ในบันทึกความก้าวหน้าของโรค พร้อมทั้งต้องมีข้อมูลสิ่งที่ตรวจพบและรายละเอียดที่สำคัญของการทำหัตถการ หรือมีผลการตรวจที่เข้าได้กับการทำหัตถการนั้น ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ

6.3) กรณีหน่วยบริการใช้บันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปโดยบันทึกข้อมูลบางส่วนเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ถ้าไม่พบการลงนามของแพทย์ให้ถือว่าไม่มีบริการ

6.4) การตรวจสอบหลักฐานการทำหัตถการของแพทย์ให้ยึดข้อมูลในส่วน description ที่อธิบายถึง finding และขั้นตอนรายละเอียดการทำหัตถการ และหรือการมี complication ถือเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน หากมีเพียงบันทึกโรคและหัตถการในเอกสารไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้นๆ จริง

6.5) ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือหรือตัวย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้ โดยผู้ตรวจสอบ 2 คน ถือว่าไม่มีบริการ

7) ตรวจสอบ Anesthetic record ถ้ามีการให้บริการทางวิสัญญีเพื่อประกอบการดูแลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัด ระหว่างและหลังการผ่าตัด ให้ระบุรายละเอียดภาวะแทรกซ้อนและการดูแลรักษาเพิ่มเติม

8) ตรวจสอบแบบบันทึกสัญญาณชีพ (Graphic sheet) ได้แก่ body temperature, blood pressure, pulse rate, respiratory rate และยังสามารถใช้บันทึกจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาล leave day การสิ้นสุดการรักษา น้ำหนักผู้ป่วย fluid intake/output ในรูปแบบต่างๆ ของการพยาบาล

การนับวันนอนและเวลาจำหน่ายของผู้ป่วยใน กรณีตรวจสอบเอกสารว่าเป็นการรับผู้ป่วยวันและเวลาใด อนุโลมให้นับตั้งแต่เวลาที่บันทึกโดยศูนย์ admit หรือหน่วยเวชระเบียน ส่วนวันเวลาที่จำหน่ายให้นับเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยที่อยู่ใน Nurses's note และข้อมูลต้องสอดคล้องกับฟอร์มปรอท กรณีไม่พบข้อมูลที่ปรากฏใน Nurses's note จึงจะใช้ข้อมูลจากฟอร์มปรอทโดยจะดูเวลาที่บันทึกเป็นครั้งสุดท้ายในฟอร์มปรอท ส่วน leave day เริ่มนับ 1 วันเมื่อผู้ป่วยลากลับบ้านนานติดต่อกันมากกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป

9) ตรวจสอบรายละเอียดของ Nurses's note ต้องตรวจสอบแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล ใบบันทึกการให้ยาของพยาบาล บันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย แผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบว่ามีการดำเนินการตามคำสั่งแพทย์หรือไม่ การประเมินสภาพผู้ป่วยระหว่างที่นอนในโรงพยาบาล เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เวลาการ on ventilator กรณีที่ต้องตรวจสอบการให้ยาว่ามีการให้ยากับผู้ป่วยจริงหรือไม่ต้องตรวจสอบจากใบบันทึกการให้ยาและพบลายเซ็นของพยาบาลกำกับ เช่น ยา streptokinase, chemotherapy , blood transfusion เป็นต้น

10) ผู้ตรวจสอบจะตรวจสอบรายละเอียดเอกสารรายงานผลการตรวจเพิ่มเติมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจรังสีวิทยา ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา เอกสารการให้รังสีรักษาพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด แบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ.2 ประกอบการตรวจสอบด้วยทุกครั้ง ซึ่งเป็นการบันทึกโดยหน่วยบริการที่ทำการรักษา หรือหน่วยบริการอื่นๆ ที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ ผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่บันทึกไว้โดยหน่วยบริการที่ส่งมารับการรักษาในหน่วยบริการแห่งนั้น เป็นต้น

กรณีที่มารักษาโรคมะเร็ง เช่น การให้ Chemotherapy หรือ Radiation เพื่อการรักษาต้องมีผลที่เป็น official report ในการวินิจฉัยมะเร็งนั้นๆ และต้องปรากฏหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา ส่วนกรณีที่เป็นการ Admit ภาวะแทรกซ้อนหรือ Palliative care ให้ใช้บันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้รักษาที่บอกรายละเอียดชนิด ตำแหน่ง การรักษา และระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผ่านมา (คำว่า underlying CA... อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะระบุว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นมะเร็ง ให้ได้เพียงรหัส Z เท่านั้น)

11) ตรวจสอบการสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีที่ระบุให้ยาเดิม หากแพทย์ระบุว่า "ยาเดิม" และไม่ปรากฏการดูแลที่เกี่ยวเนื่องกับโรคดังกล่าว ไม่ถือว่าเป็นการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น ยกเว้น มีการประเมิน มีบันทึกการวินิจฉัย มีคำสั่งการรักษา คำสั่งการให้ยา ที่ปรากฏใน Doctor's order จึงจะถือว่ามีการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น

การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษา การตรวจพิเศษเพิ่มเติม ถือเป็นการให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาร่วมด้วยก็ได้

กรณีที่เป็นการให้ยากลับบ้าน (home med) ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในครั้งนั้น ไม่ถือว่าโรคที่เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น

12) กรณีที่มีการส่งปรึกษา (Consult) ต้องพบใบส่งปรึกษาและผลการให้คำปรึกษาหรืออาจบันทึกการปรึกษาและผลการให้คำปรึกษาใน Progress note ของแพทย์ก็ได้ หากไม่พบอย่างใดอย่างหนึ่งจะถือว่า ไม่มีการส่งปรึกษา

13) แพทย์จำเป็นต้องสรุปโรคและหัตถการเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้นและ ไม่ควรใช้คำย่อที่ไม่สากล ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือหรือคำย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้ ถือว่าไม่มีบริการนั้นเกิดขึ้น กรณีหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์ลึกลับ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็นที่รับรู้เฉพาะในโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อการสรุปโรคหรือหัตถการได้ เพราะอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 เป็นต้น

14) กรณีที่ไม่พบบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ หรือพบการบันทึกเพียงประวัติประจำตัวโรคเดิม underlying disease เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ปัญหาต่างๆเหล่านี้แพทย์ผู้รักษาต้องให้คำวินิจฉัยว่าเป็นปัญหาร่วมที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยต้องบันทึกใน Admission note , Progress note หรือ Operative note เป็นต้น ถึงแม้จะพบว่ามีการตรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยใดๆ ต้องมีหลักฐานที่สนับสนุนประกอบการวินิจฉัยนั้นๆ ด้วย

ในกรณีที่ผู้ตรวจสอบได้พบการบันทึกคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้รักษาที่ยังขาดความสมบูรณ์เฉพาะเจาะจง สามารถสืบค้นหาข้อมูลในเวชระเบียนเพื่อประกอบการวินิจฉัยตามแนวทางการตรวจสอบของแต่ละกลุ่มโรคได้เพื่อให้การสรุปโรคและหัตถการมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

15) กรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและเฝ้าสังเกตอาการ (observe) นอนนานเกิน 6 ชั่วโมง มาเบิกจ่ายเป็นกรณีผู้ป่วยใน หน่วยบริการต้องกำหนดเลขที่รับไว้ (AN) และต้องมีเอกสารดังรายการที่ 2-13 ตามหลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน จึงจะถือว่าเป็นการบริการตามมาตรฐานการบริการผู้ป่วยใน

16) การตรวจสอบจะใช้เอกสารเวชระเบียนและเอกสารการเงินที่หน่วยบริการจัดเตรียมหรือจัดส่งให้ ณ วันตรวจสอบ ซึ่งถือว่าเป็นเอกสารที่สมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสโรค รวมถึงการอุทธรณ์ เว้นแต่เอกสารออกรายงานหลังวันที่ทำการตรวจสอบสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจึงจะสามารถส่งเป็นเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้

9.2) <u>กรณีผู้ป่วยนอก</u>

แนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วยนอก กำหนดหลักการการตรวจสอบรายการค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใน **ทุกรายการค่าใช้จ่าย** ต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้

1) บันทึกการวินิจฉัยโรค (Diagnosis) ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่ บันทึกการวินิจฉัยเป็นชื่อโรค หรืออาการ พร้อมทั้งหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคนั้น ได้แก่ หลักฐานการซักประวัติ การตรวจร่างกาย หรือผลการตรวจต่างๆ เป็นต้น

2) บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย การเจ็บป่วย ซึ่งข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

2.1) บันทึกการให้การรักษารวมถึงกรณีรับคำสั่ง (รคส.) เช่น การสั่งยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หัตถการ รังสีวิทยา (รังสีร่วมรักษาหรือรังสีรักษา) หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ เป็นต้น ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค อาการ **และแพทย์ลงนามกำกับ** สำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ประจำ ให้บุคลากรสาธารณสุขลงนามกำกับโดยเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.2) กรณีที่มีการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือรังสีวินิจฉัยล่วงหน้า โดยไม่มีคำสั่งแพทย์ต้องแสดงหลักฐาน CPG/Protocol ของหน่วยบริการนั้น

2.3) กรณีการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัย (Investigation) สามารถใช้คำสั่งแพทย์จากใบส่งต่อการรักษา (Refer) ได้ ทั้งนี้ ต้องเป็นการตรวจวินิจฉัยที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วยในใบส่งต่อการรักษาด้วย

2.4) กรณีที่มีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

3) หลักฐานการได้รับการตรวจรักษา ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

3.1) ผลการตรวจวินิจฉัยต่างๆ หรือบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยต่างๆ หรือ การแปลผลการตรวจของแพทย์ ทั้งนี้ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ผลการตรวจด้วยเครื่องมือเฉพาะ ควรมีรายงานผลการตรวจวินิจฉัยโดยรังสีแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะทาง ตามข้อกำหนดสถานพยาบาลหรือราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

3.2) หลักฐานการให้บริการ เช่น การฉีดยา การทำแผล การให้เลือด การให้สารน้ำ เป็นต้น โดยพบผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพลงนามกำกับ

3.3) หลักฐานการรับ-จ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียม ได้แก่ ใบสั่งยา และบันทึกการรับอุปกรณ์รายบุคคล และหรือ Serial Number หรือ Sticker เป็นต้น

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

ทั้งนี้ รายละเอียดการตรวจสอบค่าใช้จ่ายรายหมวดบริการให้เป็นไปตามคู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ปี 2560

10) กฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับใช้อ้างอิงในการตรวจสอบ

10.1) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ 2545

10.2) ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการบริหารจัดการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. 2542 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาหน้าที่ 14 เล่มที่ 126 ตอนพิเศษ 9 ง

10.3) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศของแต่ละปี

10.4) ประกาศของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) เรื่องคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามประกาศของแต่ละปี

10.5) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542

10.6) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 มาตรา 35

10.7) ระเบียบสารบรรณ สำนักนายกรัฐมนตรี ปี 2526

10.8) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ 2550 มาตรา 7

10.9) หนังสือบัญชียาหลักแห่งชาติปี พ.ศ. 2560 ของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

10.10) คู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ปี 2560

10.11) คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามประกาศของแต่ละปี

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน แบบ ณ หน่วยบริการ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

1) สปสช แจ้งรายการเวชระเบียนของหน่วยบริการที่จะตรวจเยี่ยมภายใน 3 วัน

2) สปสช ตรวจสอบเวชระเบียนแบบ ณ หน่วยบริการ

3) สปสช รายงานผลการตรวจสอบเวชระเบียนแบบ ณ หน่วยบริการ ภายใน 30 วันทำการ

4) อุทธรณ์ครั้งที่ 1 หน่วยบริการขออุทธรณ์พร้อมหลักฐานภายใน 30 วัน

5) คณะกรรมการตรวจสอบของ สปสช. เขต /สตช. พิจารณาการขออุทธรณ์ ภายใน 30 วันทำการ

6) อุทธรณ์ครั้งที่ 2 หน่วยบริการทำหนังสือขออุทธรณ์พร้อมหลักฐานภายใน 15 วัน

7) สปสช เขต ส่งเรื่องคำอุทธรณ์ครั้งที่ 2 ให้สำนักตรวจสอบการชดเชย

8) สตช.ออกรายงานผลการขออุทธรณ์ครั้งที่ 2 ภายใน 30 วันทำการ

9) สปสช.เขต ส่งรายงานให้หน่วยบริการภายใน 7 วันทำการ

10) อุทธรณ์ครั้งที่ 3 หน่วยบริการทำหนังสือขออุทธรณ์พร้อมหลักฐานภายใน 15 วัน

11) สปสช.เขต ส่งเรื่องคำอุทธรณ์ครั้งที่ 3 ให้ สตช .ภายใน 5 วันทำการ

12) สตช. ส่งเรื่องไปยังแพทย์สภา สมาคมวิชาชีพ เพื่อพิจารณา

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียนแบบ ณ รวมศูนย์/eMA

1. สปสช. แจ้งหน่วยบริการเพื่อส่งเวชระเบียน ภายใน 30 วัน

2. สปสช. ตรวจสอบเวชระเบียนแบบรวมศูนย์ / eMA

3. สปสช.รายงานผลการตรวจสอบเวชระเบียนแบบรวมศูนย์/eMA ภายใน 30 วันทำการ

4. อุทธรณ์ครั้งที่ 1 หน่วยบริการขออุทธรณ์พร้อมหลักฐานภายใน 30 วัน

5.คณะกรรมการตรวจสอบของ สปสช.เขต/สตช.พิจารณาการขออุทธรณ์ภายใน 30 วันทำการ

6. อุทธรณ์ครั้งที่ 2 หน่วยบริการทำหนังสือขออุทธรณ์พร้อมหลักฐานภายใน 15 วัน

7. สปสช.เขต ส่งเรื่องคำอุทธรณ์ครั้งที่ 2 ให้สำนักตรวจสอบการชดเชย

8. สตช.ออกรายงานผลการขออุทธรณ์ครั้งที่ 2 ภายใน 30 วันทำการ

9. สปสช.เขต ส่งรายงานให้หน่วยบริการภายใน 7 วันทำการ

10. อุทธรณ์ครั้งที่ 3 หน่วยบริการทำหนังสือขออุทธรณ์พร้อมหลักฐานภายใน 15 วัน

11.สปสช.เขต ส่งเรื่องคำอุทธรณ์ครั้งที่ 3 ให้ สตช .ภายใน 5 วันทำการ

12. สตช.ส่งเรื่องไปยังแพทย์สภา สมาคมวิชาชีพ เพื่อพิจารณา

ภาคผนวก 1

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒
และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

อาศัยอำนาจตามมาตรา ๗ มาตรา ๑๘ (๔)(๑๔) และมาตรา ๔๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๖ และข้อ ๑๐ ของระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ ประกอบกับมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๗/๒๕๖๑ วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๑ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กองทุน) และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้สำหรับปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้คงใช้บังคับต่อไปจนกว่าจะมีการกำหนดขึ้นใหม่ตามประกาศนี้

ให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ออกประกาศ คู่มือ หรือแนวทางปฏิบัติเพื่อปฏิบัติการตามประกาศนี้

ข้อ ๔ การจ่ายเงินกองทุนเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นให้แก่ หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙

/เรื่อง...

เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

ข้อ ๕ ให้ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้ และให้คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารกองทุนเป็นที่ปรึกษาผู้รักษาการตามประกาศนี้ในการตีความและวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

หมวด ๑
การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม

ข้อ ๖ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ประกอบด้วยรายการต่างๆ จำนวน ๗ รายการ ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
๑.๑ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ต่างๆ	๑๑๙,๑๓๐.๒๖๕๒
๑.๒ ค่าแรงของหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	๔๗,๓๑๔.๙๖๔๕
๒. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๓,๐๔๖.๓๑๕๐
๓. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	๘,๒๘๑.๗๙๖๐
๔. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	๑,๑๓๕.๐๒๕๐
๕. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	๑,๔๙๐.๒๘๘๐
๖. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	๙๑๖.๘๐๐๐
๗. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว	๒๖๘.๖๔๐๐
รวมทั้งสิ้น	**๑๘๑,๕๘๔.๐๙๓๗**
รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการของรัฐ)	**๑๓๔,๒๖๙.๑๒๙๒**

ข้อ ๗ เพื่อให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ ๒๕๖๒ กำหนดภายใต้แนวคิดหลัก ดังนี้

/๗.๑....

๗.๑ การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข

๗.๒ การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข

๗.๓ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการบริการสาธารณสุข

๗.๔ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดย

๗.๔.๑ ให้มีการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (Global budget ระดับเขต) ภายใต้ความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม

๗.๔.๒ แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุน เป็นการจ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุขและการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งนี้การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ และจ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ โดยมอบให้ สปสช.กำหนด การกำกับ การตรวจสอบและประเมินผล เงินที่ได้รับจากกองทุน เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของหน่วยตรวจสอบ

๗.๔.๓ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดให้มีเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้หน่วยบริการที่เป็นแกนกลางหรือเป็นแม่ข่าย ดำเนินการจัดหาและสนับสนุน ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้แก่หน่วยบริการอื่นในเครือข่ายได้ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ (แผนและวงเงินการจัดหาฯ) โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

๗.๔.๔ การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ ให้เป็นไปตามมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๗.๔.๕ การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษอาจให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด โดยให้ทำสัญญาหรือข้อตกลงหรือโครงการดำเนินงาน และผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่จะส่งมอบกับ สปสช.

๗.๔.๖ ให้มีมาตรการกำกับและเร่งรัดการใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกระดับ รวมทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

/๗.๔.๗...

๗.๔.๗ สำหรับรายการบริการที่มีการจ่ายแบบระบบปลายเปิด ได้แก่ รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (เฉพาะประเภทบริการกรณีเฉพาะ และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) และรายการค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ให้ สปสช.ติดตาม กำกับ และควบคุมประสิทธิภาพการดำเนินงาน และหากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้ สปสช. รวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

๗.๔.๘ ในระหว่างปีงบประมาณ หากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใดไม่เพียงพอ เนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือกรณีจำเป็นอื่น ให้ สปสช. ใช้เงินกองทุนจากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อน และในช่วงปลายปีงบประมาณ หากจ่าย หรือประมาณการจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในหมวด ๒ ถึงหมวด ๘ เสร็จสิ้นตามเป้าหมายของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ แล้ว ให้ สปสช. จ่ายเงินที่อาจเหลือในภาพรวมทุกรายการและประเภทบริการ คืนเข้ารายการและประเภทบริการอื่นที่ยืมจ่ายในระหว่างปีงบประมาณก่อนและหากไม่เพียงพอให้ของบประมาณทดแทนในปีถัดไป หากมีเงินเหลือจึงจ่ายตามผลงานการใช้บริการหรือตามจำนวนประชากรให้หน่วยบริการ

หมวด ๒
รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ข้อ ๘ อัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๓,๔๒๖.๕๖ บาทต่อผู้มีสิทธิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้มีสิทธิ) สำหรับผู้มีสิทธิจำนวน ๔๘.๕๗๕๐ ล้านคน โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการ ค่าใช้จ่าย หรือเงินต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
๑. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	๑,๑๗๙.๓๔
๒. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	๑,๒๙๔.๙๔
๓. บริการกรณีเฉพาะ	๓๕๗.๕๐
๔. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	๔๓๑.๔๓
๕. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	๑๖.๑๓
๖. บริการการแพทย์แผนไทย	๑๑.๖๑
๗. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)	๑๒๘.๖๙
๘. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	๔.๙๒
๙. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	๒.๐๐
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	**๓,๔๒๖.๕๖**

หมายเหตุ - ๑) ประเภทบริการที่ ๔ จำนวนเงินจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน
๒) ประเภทบริการที่ ๙ จะรวมกับวงเงินที่ได้รับตามข้อ ๑๒ และ ข้อ ๔๖

/ทั้งนี้...

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการในรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ที่แบ่งเป็นประเภทบริการ ๙ บริการ ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ – ๑๑ ในหมวดนี้

ส่วนที่ ๑
บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

ข้อ ๙ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

ข้อ ๑๐ การบริหารจัดการเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย ๓ รายการ ได้แก่

๑๐.๑ บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ

๑๐.๒ บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

๑๐.๓ บริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่

ข้อ ๑๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน ๑,๑๖๘.๐๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

๑๑.๑ ร้อยละ ๘๐ ของเงินบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ โดยปรับอัตราตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในระดับจังหวัด และให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปของแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ค่าเฉลี่ยประเทศ±๑๐%) โดยดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ (Age adjusted cost index of outpatient care) ที่ใช้ในการปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ เป็นดังนี้

ประเภท	กลุ่มอายุ (ปี)							
	< ๓	๓ -๑๐	๑๑ - ๒๐	๒๑ - ๔๐	๔๑ - ๕๐	๕๑ - ๖๐	๖๑ - ๗๐	>๗๐
บริการผู้ป่วยนอก	๐.๔๖๔	๐.๓๖๔	๐.๓๐๖	๐.๔๐๗	๐.๗๘๙	๑.๓๔๘	๑.๙๗๒	๒.๓๕๑

ที่มา คำนวณจากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายตามอายุปี ๒๕๕๗

๑๑.๒ ร้อยละ ๒๐ ของเงินบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

๑๑.๓ สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี และสำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๑๑.๔ สำหรับคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ที่เลือกรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙

/เรื่อง...

เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ลงวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๙ และแก้ไขเพิ่มเติมตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๔๕/๒๕๖๐ เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๐ ให้การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายต่อคนพิการนี้ ให้กับหน่วยบริการทุกสังกัด ตามจำนวนคนพิการนี้ที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ข้อ ๑๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน ๙ บาทต่อผู้มีสิทธิ ให้จ่ายให้หน่วยบริการ ดังนี้

๑๒.๑ บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน

๑๒.๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๙

ข้อ ๑๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน ๒.๓๑ บาทต่อผู้มีสิทธิ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รวมบริการตัดติ่งเนื้อ (Polypectomy) โดยจ่ายให้หน่วยบริการ ดังนี้

๑๓.๑ จำนวน ๐.๙๒ บาทต่อผู้มีสิทธิ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการคัดกรองด้วยวิธี FIT test ให้บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนที่อายุ ๕๐-๗๐ ปี ยกเว้นผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีสิทธิที่ไม่ได้อยู่ในเป้าหมาย ให้ปรับเกลี่ยค่าใช้จ่ายให้กับ Global budget ระดับเขตของเขต ๑ ถึงเขต ๑๓ ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนที่อายุ ๕๐-๗๐ ปีของแต่ละเขต แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายหน่วยบริการตามแผนการดำเนินการที่ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

๑๓.๒ จำนวน ๑.๓๙ บาทต่อผู้มีสิทธิ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการการตรวจยืนยันและการรักษาเบื้องต้น (การตรวจด้วยส่องกล้องพร้อมยาที่เกี่ยวข้อง การบริการตัดและตรวจชิ้นเนื้อเพื่อยืนยันและการบริการตัดติ่งเนื้อ (Polypectomy)) ให้บริหารจัดการเป็นระดับประเทศแบบมีการกำหนดเป้าหมายระดับเขต และสปสช.สามารถปรับเกลี่ยเป้าหมายระดับเขตได้ตามผลงานบริการ โดยจ่ายให้หน่วยบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

ข้อ ๑๔ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๑๕ ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช.กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๑๖ สำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ โดยอาจให้ สปสช.เขต ร่วมบริหารจัดการ

/และ...

และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัด สำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำตามข้อเสนอของ สปสช.เขต ทั้งนี้ สำหรับบางจังหวัดที่ไม่มีการกันเงินไว้สำหรับชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) หน่วยบริการสามารถแจ้งความประสงค์ที่ยินยอมให้ สปสช.หักรายรับจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อชำระค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในจังหวัดและหรือค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัดแทนได้

ข้อ ๑๗ สำหรับ สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร การจ่ายตามข้อ ๑๑ และข้อ ๑๓.๑อาจปรับอัตราจ่ายได้ในระดับหน่วยบริการประจำ (CUP) ตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งกำหนดการจ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการได้ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และให้ สปสช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

ส่วนที่ ๒
บริการผู้ป่วยในทั่วไป

ข้อ ๑๘ เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

ข้อ ๑๙ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป แบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ

๑๙.๑ กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวนไม่เกิน ๑๐๐ ล้านบาท

๑๙.๒ ส่วนที่เหลือให้บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต และบริการเด็กแรกเกิดทุกรายของหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต

ข้อ ๒๐ การกำหนด Global budget ระดับเขตของบริการผู้ป่วยในทั่วไป ให้คำนวณตามแนวทาง ดังนี้

๒๐.๑ คาดการณ์ผลการบริการจำนวนผลรวม adjRW ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยเป็นผลการบริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต สำหรับผลงานบริการเด็กแรกเกิดให้ใช้ผลงานบริการตามที่หน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต ให้บริการทุกราย

๒๐.๒ กรณีการเข้ารับบริการผู้ป่วยในตามมาตรา ๗ ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น (หน่วยบริการนอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามระบบ UCEP ตามจำนวนผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คูณด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อadjRW

/๒๐.๓...

๒๐.๓ กรณีบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติตามระบบ UCEP ให้คาดการณ์จำนวนค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามหลักเกณฑ์การจ่ายตามระบบ UCEP และคำนวณเป็นวงเงินของแต่ละเขต

๒๐.๔ กรณีสำรองเตียงและกรณีใช้บริการนอกเขต ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คูณด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๕ กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์คูณด้วยอัตรา ๙,๐๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๐.๖ กรณีใช้บริการในเขตและบริการเด็กแรกเกิดปกติที่น้ำหนักตั้งแต่ ๑,๕๐๐ กรัมขึ้นไป (การใช้บริการในเขตฯ) ให้ใช้ค่าผลรวม adjRW ที่คาดการณ์ คูณด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เท่ากันทุกเขต

๒๐.๗ ให้คำนวณ Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และคำนวณจนหมดวงเงินตามข้อ ๑๙.๒

ข้อ ๒๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก Global budget ระดับเขตตามข้อ ๑๙.๒ ให้จ่ายด้วยระบบ DRGs version ๕ (ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ อาจมีการปรับปรุงระบบ DRGs ตามข้อมูลปัญหาที่พบในการใช้ DRGs version ๕) และตามเงื่อนไขบริการและไม่เกินอัตรากลางที่กำหนด ดังนี้

๒๑.๑ การใช้บริการนอกเขต ให้จ่ายที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับโดยไม่ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการของรัฐ และสำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ที่มีที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ใกล้กับจังหวัดของพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้ แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๑.๒ การใช้บริการนอกเขต กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการที่กำหนดไว้ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อRW และบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ในโรคนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone /cholecystitis) ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ที่อัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๑.๓ การใช้บริการกรณีสำรองเตียงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช.เขตแต่ละเขต โดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๑.๔ การใช้บริการกรณีมาตรา ๗ ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้กรณีที่มีเหตุสมควร ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ทำการรักษาและจำเป็นต้องส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น ที่หน่วยบริการประจำหรือ สปสช.และผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกันในการเข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น โดยหน่วยบริการประจำหรือ สปสช.ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามอัตราที่ตกลงกับ สถานบริการอื่น หรือตามจำนวนที่จ่ายจริง และให้หน่วยบริการประจำได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายเสมือนหน่วยบริการประจำให้การรักษาเอง จาก Global budget ระดับเขต

/๒๑.๕...

๒๑.๕ การใช้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่วทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

๒๑.๖ กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้จ่ายในอัตรา ๙,๐๐๐ บาทต่อ adjRW

๒๑.๗ ให้ สปสช.เขต สามารถกำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขตได้ เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและคุณภาพผลงานบริการ และหรือเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อผู้มีสิทธิ และประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ Global budget ของบริการผู้ป่วยในทั่วไประดับเขต โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.ภายใน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ (ไม่ให้มีการกำหนดระหว่างปีงบประมาณ) และหากเป็นรายการบริการที่กำหนดใหม่เพิ่มเติมรวมถึงรายการบริการที่มีการปรับเงื่อนไขการจ่ายจากปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ให้เริ่มการจ่ายค่าใช้จ่ายตั้งแต่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒ ทั้งนี้หากทุกรายการบริการที่กำหนดไว้แล้วจะดำเนินการต่อในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จะต้องมีผลการประเมินว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่มีการกำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขต

๒๑.๘ การใช้บริการผู้ป่วยในอื่นๆ

๒๑.๘.๑ การใช้บริการในเขตฯ ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา ๘,๐๕๐ บาทต่อ adjRW

๒๑.๘.๒ การใช้บริการในเขตฯ กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ตามรายการที่กำหนดไว้ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) เบื้องต้นที่อัตรา ๘,๐๕๐ บาทต่อRW และบริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ในโรคนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone /cholecystitis) ให้จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอน (adjRW) ตามแนวทางและเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ให้จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา ๘,๐๕๐ บาทต่อ adjRW

๒๑.๘.๓ เมื่อสิ้นรอบการบริหารการจ่ายปีงบประมาณ ๒๕๖๒ หาก Global budget ระดับเขตมีเงินเหลือ ให้ สปสช.จ่ายเงินที่เหลือของแต่ละเขต เพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการตามจำนวนผลงานบริการในข้อ ๒๑.๘.๑ และข้อ ๒๑.๘.๒

๒๑.๘.๔ หากจ่ายที่อัตรา ๘,๐๕๐ บาทต่อ adjRW ไปจน Global budget ระดับเขตมีวงเงินไม่เพียงพอที่จะจ่ายที่อัตรา ๘,๐๕๐ บาทต่อ adjRW ให้ สปสช.จ่ายเงินที่กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศตามข้อ ๑๙.๑ เพิ่มเติมให้จนอัตราจ่ายเป็น ๘,๐๕๐ บาทต่อ adjRW หากเงินตามข้อ ๑๙.๑ มีไม่เพียงพอให้จ่ายเพิ่มเติมเท่าจำนวนที่มี ทั้งนี้ ตามเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๒๑.๙ ให้ สปสช.เขต สามารถกำหนดให้มีการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการก่อนการจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการ (Pre-audit) ในบางบริการที่พบว่าในปีที่ผ่านมามีการเรียกเก็บค่าบริการมีแนวโน้มไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือตามแนวทางเวชปฏิบัติ หรือคุณภาพการรักษา หรือเงื่อนไขบริการที่กำหนดในการจ่ายค่าใช้จ่าย โดยต้องกำหนดเกณฑ์การ Pre-audit และต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. และให้ชะลอการจ่ายจนกว่าจะมีผลการ Pre-audit และไม่จ่ายค่าบริการกรณีผลการ Pre-audit ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

/ข้อ ๒๒...

ข้อ ๒๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปที่กันไว้สำหรับบริหารจัดการสำหรับประเทศตามข้อ ๑๙.๑ ให้จ่ายตามข้อ ๒๑.๘.๔ และเมื่อสิ้นรอบการบริหารการจ่ายปีงบประมาณ ๒๕๖๒ หากมีเงินคงเหลือ ให้ สปสช.จ่ายเงินที่เหลือเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการตามจำนวนผลงานบริการในข้อ ๒๑.๘.๑ และข้อ ๒๑.๘.๒

ข้อ ๒๓ จ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาตามรอบการบริหารการจ่ายของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยให้จ่ายข้อมูลที่ส่งมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ข้อ ๒๔ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๒๕ ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช.กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๒๖ ให้ สปสช. กำกับติดตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการ (Medical audit) และให้มีการเสนอข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยในและการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการให้ทราบทั่วกัน

ข้อ ๒๗ ให้ สปสช.เขตทุกเขตต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ พัฒนาระบบการจัดบริการ และพัฒนาให้มีต้นทุนบริการที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

ข้อ ๒๘ ให้หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในให้ สปสช. ด้วยระบบ E-claim ของ สปสช. หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์อื่นที่มีการตกลงกันระหว่าง สปสช.กับหน่วยบริการ เพื่อประมวลข้อมูลตามระบบ DRGs รายละเอียดตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ข้อ ๒๙ การจ่ายกรณีผู้ป่วยในรับส่งต่อ ให้จ่ายจาก Global budget ระดับเขตแต่ละเขตที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ตามแนวทางข้อ ๒๑

ส่วนที่ ๓
บริการกรณีเฉพาะ

ข้อ ๓๐ เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะภาพรวมระดับประเทศ ภายใต้หลักการ “เป็นบริการที่การจ่ายค่าใช้จ่ายในระบบปกติจะทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อผู้รับบริการ (ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ) และผู้ให้บริการ (ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง) รวมทั้งความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” และตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๘/๒๕๕๙ วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ กำหนดหลักเกณฑ์และวงเงินที่จะบริหารแบบ “บริการกรณีเฉพาะ” ไม่เกินร้อยละ ๑๒ ของงบค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยมีหลักเกณฑ์ ๔ ข้อ ได้แก่

/ข้อ ๓๐....

๓๐.๑ การรวมความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และหรือมีผู้ป่วยไม่มาก

๓๐.๒ ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining and/or central procurement)

๓๐.๓ ประกันการได้รับบริการบางรายการที่มีความจำเป็น เช่น บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่าย บริการที่เป็นนโยบายสำคัญ

๓๐.๔ การคำนึงถึงความแตกต่างของปัญหาระดับพื้นที่

ข้อ ๓๑ บริการกรณีเฉพาะในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มีจำนวน ๕ กลุ่ม ดังนี้ ๑) กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น ๒) กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ ๓) กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ ๔) กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด และ ๕) กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

ข้อ ๓๒ แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายโดยภาพรวม ให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ โดยให้ สปสช.กำหนดราคาและหรืออัตราจ่ายที่เหมาะสมตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการตามขอบเขตบริการของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๓๓ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๓.๑ การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่ สปสช.กำหนด

๓๓.๒ การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีมาตรา ๗ ที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามแนวทาง/เงื่อนไข/อัตรา ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๓๓.๓ การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อภายในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่ สปสช.เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด ให้จ่ายแบบร่วมจ่ายกับ หน่วยบริการประจำ โดยหน่วยบริการประจำจ่ายตามจริงไม่เกินเพดานที่ สปสช.กำหนดต่อครั้งบริการ ส่วนเกินเพดานที่กำหนดจ่ายจากกองทุนกลาง และให้ สปสช.ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

๓๓.๔ ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้อง ไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น ให้จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคากลางที่กำหนดในแต่ละประเภทพาหนะและระยะทาง

๓๓.๕ ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (ยกเว้นเด็กแรกเกิด) เมื่อเข้ารับบริการครั้งแรก จนกว่าจะปรากฏสิทธิ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการบริการ โดยอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้จ่ายตามระบบ DRGs ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด และอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ให้จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด

/๓๓.๖...

๓๓.๖ การบริการกรณีเฉพาะอื่นๆ ได้แก่ ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ ๕ เดือนมาใช้บริการคลอด หรือผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ ๓ เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์ อัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในให้จ่ายตามระบบ DRGs ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด และอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ให้จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด

ข้อ ๓๔ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๔.๑ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track หรือ STEMI fast track) จัดให้มีการบริหารยาละลายลิ่มเลือด เพื่อการรักษาเร่งด่วนในโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) ลดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ และการรักษาเร่งด่วนในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (STEMI fast tract) เพื่อลดอัตราตายของผู้ป่วย จึงมีการสนับสนุนให้หน่วยบริการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในเวลาที่กำหนดตามแผนการรักษา จ่ายตามราคาที่กำหนด โดยจ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย Stroke fast track และ ผู้ป่วย STEMI fast track

๓๔.๒ การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตามราคาที่กำหนด

๓๔.๓ การให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดต้อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่กำหนด

๓๔.๓.๑ เป็นการใช้บริการภายในเขตเป็นหลัก และหากจำเป็นต้องส่งต่อข้ามเขตหรือจัดหาหน่วยบริการนอกเขตมาดำเนินการ ต้องเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช.เขตและหน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

๓๔.๓.๒ กำหนดเป็นเป้าหมายระดับเขต และ สปสช.เขตทุกเขตต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันวางแผนการให้บริการไม่ให้เกินเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งกำกับติดตาม ตรวจสอบการให้บริการ พัฒนาคุณภาพการบริการ และสนับสนุนระบบการคัดกรองเพื่อวางแผนการจัดบริการ

๓๔.๓.๓ การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นดังนี้

(๑) การผ่าตัดในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สำหรับการผ่าตัดผู้ป่วยระดับสายตา Blinding & Severe low vision จ่ายอัตราข้างละ ๗,๐๐๐ บาท สำหรับผ่าตัดผู้ป่วยระดับสายตาอื่นๆ ข้างละ ๕,๐๐๐ บาท และสำหรับการผ่าตัดที่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายอัตราข้างละ ๙,๐๐๐ บาท

(๒) ค่าเลนส์แก้วตาเทียม กรณีเลนส์พับได้ไม่เกินข้างละ ๒,๘๐๐ บาท และเลนส์แข็งไม่เกินข้างละ ๗๐๐ บาท เฉพาะเลนส์แก้วตาเทียมตามประกาศอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instrument) ของ สปสช.

/๓๔.๔...

๓๔.๔ บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่ จ่ายตามราคาที่กำหนด

ข้อ ๓๕ หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๕.๑ รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) จ่ายเพิ่มเติมตามระบบ Point system with ceiling สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการใช้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด หรือพิจารณาเป็นกรณี หรือขอทำความตกลงกับ สปสช. เป็นการเฉพาะตามความจำเป็น

๓๕.๑.๑ จ่ายตามราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณีและไม่เกินเพดานราคาชดเชยของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคตามที่ สปสช. ประกาศกำหนดซึ่งเป็นราคาชดเชยที่กำหนดภายใต้เงื่อนไขเกณฑ์คุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นๆ

๓๕.๑.๒ กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๓๕.๑.๓ การจ่ายสำหรับการบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และ Instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ที่ สปสช.กำหนด ทั้งนี้กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดให้บริการผู้ป่วย ที่ให้บริการทำการอุทธรณ์เป็นรายกรณีตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

๓๕.๑.๔ การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และ Instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

(๑) เป็นการใช้บริการภายในเขตเป็นหลัก และหากจำเป็นต้องส่งต่อข้ามเขตหรือจัดหาหน่วยบริการนอกเขตมาดำเนินการ ต้องเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช.เขตและหน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

(๒) กำหนดเป็นเป้าหมายระดับเขต และให้ สปสช.เขตทุกเขตต้องจัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันวางแผนการให้บริการไม่ให้เกินเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการกำกับติดตาม ตรวจสอบการให้บริการ พัฒนาคุณภาพการบริการ และสนับสนุนระบบการคัดกรองเพื่อวางแผนการให้บริการ

/๓๕.๑.๕...

๓๕.๑.๕ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ อาจมีการปรับแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคในบางรายการเข้าประเภทบริการผู้ป่วยในทั่วไปและหรือรูปแบบอื่น โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการและผู้รับบริการ รวมทั้งหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ

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

๓๕.๓ การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา เป็นการจัดหาและบริการดวงตาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้การบริหารจัดการของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย จ่ายให้หน่วยบริการที่ดำเนินการผ่าตัดและหน่วยบริการจ่ายต่อให้ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยในอัตราที่ตกลงระหว่างกัน

๓๕.๔ การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ จ่ายตามราคาที่กำหนด สำหรับ

๓๕.๔.๑ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการบริการสำหรับผู้บริจาคและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดนำหัวใจและตับมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการและค่าผ่าตัดผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและค่าใช้จ่ายในการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ ตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๓๕.๔.๒ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic stem cell transplantation) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และโรคอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต โดยต้องเป็นไปตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด ทั้งนี้ไม่รวมผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

ข้อ ๓๖ หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๖.๑ ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment: MMT) ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจ โดยจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคาที่กำหนด

๓๖.๒ การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง ได้แก่ ยาที่มีการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ (Compulsory Licensing: CL) ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ยาบัญชี จ(๒) (ซึ่งตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ครอบคลุมถึงส่วนประกอบของเลือดที่ให้แก่ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)) ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงอื่นๆเช่น ยากำพร้า ยาต้านพิษ เป็นต้น โดยปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รวมวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙ หรือจ่ายให้หน่วยบริการเป็นค่าชดเชยค่ายาและหรือค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยเพื่อใช้ยานั้นๆ

/ข้อ ๓๗...

ข้อ ๓๗ หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

๓๗.๑ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

๓๗.๒ การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็กครอบคลุมค่ายา ค่าชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ การติดตามดูแลการรักษาต่อเนื่อง การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและค่าบริการดูแลรักษาและติดตามการรักษาผู้ป่วย โดยจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายา และค่าบริการต่างๆ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๓๗.๓ การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้านอย่างเหมาะสม สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคาม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้าย โดยเป็นการดูแลร่วมกันของหน่วยบริการ ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ข้อ ๓๘ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขบริการที่กำหนด เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ข้อ ๓๙ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๓๓ ถึงข้อ ๓๗ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ส่วนที่ ๔
บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข้อ ๔๐ เป็นค่าใช้จ่าย การจัดบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ให้โดยตรงแก่บุคคลสำหรับประชาชนไทยทุกคน ภายใต้ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เงินที่ได้รับจำนวน ๔๓๑.๔๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ ๔๘.๕๗๕๐ ล้านคน เมื่อนำมาจัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการแก่ประชาชนไทยทุกคนตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณจำนวน ๖๕.๗๐๐๐ ล้านคน จึงเท่ากับ ๓๑๘.๙๘ บาทต่อประชากรไทยทุกคน (บาทต่อคน)

ข้อ ๔๑ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย ๕ รายการ ได้แก่

๔๑.๑ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ (P&P National priority program and central procurement)

๔๑.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน

๔๑.๓ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด (P&P Area based)

๔๑.๔ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P Basic services)

๔๑.๕ บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ข้อ ๔๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ จำนวน ๒๙.๖๔ บาทต่อคน บริหารจัดการระดับประเทศ ดังนี้

/๔๒.๑...

๔๒.๑ ค่าวัคซีนต่างๆ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙ โดยครอบคลุมดังนี้

๔๒.๑.๑ ค่าวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ โดยในปี ๒๕๖๒ รวมวัคซีน Pentavalent vaccine (DTwP-HB-Hib)

๔๒.๑.๒ ค่าวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มอายุ (หืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด) ผู้ที่อายุ ๖๕ ปีขึ้นไป หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า ๔ เดือนขึ้นไป เด็กอายุ ๖ เดือนถึง ๒ ปี ผู้พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ) และผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ ๑๐๐ กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ ๓๕ กิโลกรัมต่อตารางเมตร

๔๒.๑.๓ ค่าวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช.กำหนด

๔๒.๒ ค่าสมุดบันทึกสุขภาพ/คู่มือเฝ้าระวังประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ค่ายา และเวชภัณฑ์ตามความจำเป็น โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่กรมอนามัยหรือกรมสุขภาพจิตมอบหมายให้ดำเนินการจัดพิมพ์/จัดหาเพื่อจ่ายให้หน่วยบริการ ตามจำนวนที่มีการให้บริการ หรือจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายาและเวชภัณฑ์ให้หน่วยบริการตามจำนวนที่มีการให้บริการ

๔๒.๓ ค่าบริการให้เด็กที่ผลการตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ผิดปกติได้เข้ารับบริการต่อเนื่อง

ข้อ ๔๓ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน จำนวน ๔๕ บาทต่อคน ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณ โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ เป็นตัวแทนในการจัดสรร โดย

๔๓.๑ พื้นที่ สปสช.เขต ๑-๑๒ เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง โดยจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน และการดำเนินงานให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๔๓.๒ พื้นที่ สปสช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร สำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับกรุงเทพมหานคร ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และการดำเนินงานให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตของกรุงเทพมหานคร (พชข.)

๔๓.๓ ค่าบริการตามข้อ ๔๓.๑ และข้อ ๔๓.๒ หากมีเงินเหลือให้ สปสช. จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานตามข้อ ๔๕

/ข้อ ๔๔...

ข้อ ๔๔ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด จำนวน ๔ บาทต่อคน ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับงบประมาณ บริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยใช้จำนวนประชากรไทย ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ เป็นตัวแทนในการคำนวณ และให้คำนวณกำหนดเป็น Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปี ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ และให้มีหลักเกณฑ์การจ่ายจาก Global budget ระดับเขต ดังนี้

๔๔.๑ เป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ ทั้งนี้การดำเนินงานจัดบริการให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตของกรุงเทพมหานคร (พชข.)

๔๔.๒ แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่าย ให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ภายใต้เงื่อนไข

๔๔.๒.๑ ให้ สปสช.เขต เสนอแผนงาน/โครงการและจำนวนงบประมาณที่จะดำเนินการทั้งปีตั้งแต่ต้นปี และหากตามแผนงาน/โครงการที่เสนอตั้งแต่ต้นปีแล้วยังมี Global budget ระดับเขตเหลือ ให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน โดยพื้นที่ สปสช.เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ ให้จัดสรรให้กับหน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิได้ตั้งแต่ต้นปี

๔๔.๒.๒ จ่ายให้หน่วยบริการ และหรือจ่ายได้ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

ข้อ ๔๕ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จำนวน ๒๓๑.๓๔ บาทต่อคน เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ แก่ประชาชนไทยทุกคนที่ใช้บริการที่หน่วยบริการ สถานบริการ หรือในชุมชน โดยจ่ายให้หน่วยบริการประจำ รวมทั้งหน่วยบริการร่วมให้บริการ ดังนี้

๔๕.๑ จำนวนไม่เกิน ๔๓.๒๒ บาทต่อคน จ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

๔๕.๒ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๘๘.๑๒ บาทต่อคน จ่ายแบบเหมาจ่าย ดังนี้

๔๕.๒.๑ ร้อยละ ๖๕ ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อคน โดยปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ค่าเฉลี่ยประเทศ ± ๑๐%)

๔๕.๒.๒ ร้อยละ ๓๕ ให้จ่ายตามจำนวนผลงานบริการ เป็นรายหน่วยบริการประจำ โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๐ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๑ หรือที่เป็นปัจจุบัน

/๔๕.๓...

๔๕.๓ สำหรับจำนวนผู้มีสิทธิ กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกรณีหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ สำหรับประชากรไทยอื่น ให้ สปสช.เขต ดำเนินการปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการประจำ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข

๔๕.๔ สำหรับกรณี สปสช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร การจ่ายตามข้อ ๔๕.๑ ข้อ ๔๕.๒ อาจจ่ายตามรายการบริการได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

๔๕.๕ ทั้งนี้การดำเนินงานจัดบริการให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตของกรุงเทพมหานคร (พชข.)

ข้อ ๔๖ หลักเกณฑ์การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน ๙ บาทต่อคน ให้จ่ายให้หน่วยบริการทั้งในสังกัดภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ดังนี้

๔๖.๑ บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) ตามจำนวนประชากรไทย

๔๖.๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๙

ข้อ ๔๗ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๔๘ ในกรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ไร้บ้าน เป็นต้น ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๔๙ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินที่เหลือระหว่างประเภทบริการย่อยข้อ ๔๒ ถึงข้อ ๔๖ ได้ตามจำนวนประชากรไทยหรือผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ส่วนที่ ๕
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ข้อ ๕๐ เป็นค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง)

ข้อ ๕๑ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ จำนวนเงิน ๑๖.๑๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ มีดังนี้

/๕๑.๑...

๕๑.๑ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ประมาณ ๑.๖๐ บาทต่อผู้มีสิทธิ) ให้บริหารภาพรวมระดับประเทศ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการสำหรับหน่วยบริการระดับตติยภูมิด้านฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ การตามจ่ายกรณีข้ามเขต และค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ/ค่าบริการที่เป็นโครงการนำร่อง

๕๑.๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ (ประมาณ ๑๔.๕๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ) ให้บริหารจัดการระดับเขต มีแนวทางบริหารดังนี้

๕๑.๒.๑ บริหารวงเงินแบบ Global budget ระดับเขต โดยคำนวณ Global budget ระดับเขต ตามจำนวนผู้มีสิทธิ จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนคนพิการ (รหัสสิทธิย่อย ๗๔) และให้คำนวณกำหนดเป็น Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูล ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๑

๕๑.๒.๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ทั้งนี้ครอบคลุมบริการต่างๆ ดังนี้

(๑) ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ จ่ายตามรายการและไม่เกินราคากลางที่ สปสช.กำหนด และค่าซ่อมแซมอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ

(๒) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยหน่วยบริการจัดบริการแบบผู้ป่วยนอก บริการต่อเนื่องที่บ้าน และบริการในชุมชน (สำหรับกรณีผู้ป่วยในรวมอยู่ใน Global budget ระดับเขตแล้ว)

(๓) ค่าฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

(๔) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

๕๑.๒.๓ ให้สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายในข้อ ๕๑.๒.๑ ให้กับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ในจังหวัดที่พร้อมตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๕๔ และฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๕ และหรือประกาศที่เกี่ยวข้อง โดยอัตราการสมทบให้เป็นความเห็นชอบร่วมกันสองฝ่าย

ข้อ ๕๒ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๕๓ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๕๑.๑ ถึง ข้อ ๕๑.๒ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ข้อ ๕๔ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ อาจมีการกำหนดแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายรูปแบบใหม่ เพื่อรองรับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

/บริการ...

บริการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย บริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน และบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งรูปแบบการให้บริการในหน่วยบริการและหรือในชุมชน โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการและผู้รับบริการ การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ

ส่วนที่ ๖
บริการการแพทย์แผนไทย

ข้อ ๕๕ เป็นค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕๖ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการการแพทย์แผนไทย จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ที่ สปสช.กำหนด ดังนี้

๕๖.๑ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ประมาณ ๑.๑๖ บาทต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการที่ร่วมให้บริการ ที่เป็นหน่วยบริการต้นแบบการบริการการแพทย์แผนไทย

๕๖.๒ ไม่เกินร้อยละ ๔๕ (ประมาณ ๕.๒๒ บาทต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย ตามระดับการบริการการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ไม่รวมหน่วยบริการที่ได้รับค่าใช้จ่ายในข้อ ๕๖.๑

๕๖.๓ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๕ (ประมาณ ๕.๒๓ บาทต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย ตามจำนวนผลงานบริการตั้งแต่ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒ ทั้งนี้ไม่รวมหน่วยบริการที่ได้รับค่าใช้จ่ายในข้อ ๕๖.๑

ข้อ ๕๗ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๕๖.๑ ถึง ข้อ ๕๖.๓ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

ข้อ ๕๘ ปี ๒๕๖๓ การจ่ายค่าบริการตามผลการบริการแพทย์แผนไทย อาจจะจ่ายให้เฉพาะหน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการการแพทย์แผนไทยที่มีแพทย์แผนไทยวิชาชีพปฏิบัติงานเพื่อประกันคุณภาพมาตรฐานบริการที่ประชาชนจะได้รับ โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการและผู้รับบริการ การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ

ส่วนที่ ๗
ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน
(ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)

ข้อ ๕๙ เป็นค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นการเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน โดยขอบเขตบริการเป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

/ลงวันที่...

ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๖๐ การจ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ ให้แบ่งสัดส่วนค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระหว่างบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยสัดส่วนเงินอัตราต่อหัวผู้มีสิทธิของแต่ละประเภทบริการในข้อ ๘

ข้อ ๖๑ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ดังนี้

๖๑.๑ การจ่ายให้หน่วยบริการ ให้จ่ายเงินตรงให้หน่วยบริการ

๖๑.๑.๑ ให้คำนวณจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนเป็นรายหน่วยบริการ ดังนี้

(๑) เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนให้กับหน่วยบริการประจำ โดยแยกวงเงินเป็น ๒ กลุ่มตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ คือ กลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ ที่เหลือและการจ่ายค่าใช้จ่ายให้กับหน่วยบริการ ให้กลุ่มหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ ที่เหลือใช้ข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

(๒) เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้ตามจำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามระบบ DRGs (adjRW) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ โดยให้ใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยในที่ส่งมาในแต่ละเดือนของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๐ – มีนาคม ๒๕๖๑) เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

๖๑.๑.๒ สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สังกัด สป.สธ.) หลังคำนวณได้จำนวนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนระดับหน่วยบริการแล้ว

(๑) ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๖๑.๑.๑ สำหรับบริหารระดับเขต

(๒) ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๖๑.๑.๑ สำหรับบริหารระดับจังหวัด

(๓) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ ของเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๖๑.๑.๑ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการ

(๔) สำหรับการบริหารระดับเขตและระดับจังหวัด ให้จัดสรรให้กับ รพ.สต. และ รพช.

หน่วย กรมฯ

/๖๑.๑.๓...

๖๑.๑.๓ สำหรับหน่วยบริการสังกัดอื่นๆ ที่เหลือ ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนของหน่วยบริการตามข้อ ๖๑.๑.๑ ให้จ่ายตรงให้หน่วยบริการทั้งหมด

๖๑.๒ หน่วยบริการที่ได้รับค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ให้ดำเนินการตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

๖๑.๓ กรณีที่มีหน่วยบริการลาออก และมีการโอนย้ายประชากรระหว่างกันในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ให้โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนให้กับหน่วยบริการที่รับดูแลประชากรจริงตามสัดส่วนที่ให้บริการ

๖๑.๔ หน่วยบริการที่ไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขจนครบปีงบประมาณของสัญญาการให้บริการสาธารณสุข จะถูกเรียกคืนเงินตามสัดส่วนที่อยู่ไม่ครบปีงบประมาณ

๖๑.๕ การบริหารจัดการและการติดตามผลการดำเนินงาน ให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

ส่วนที่ ๘
เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ข้อ ๖๒ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการตามมาตรา ๔๑ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๖๓ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

/ส่วนที่...

ส่วนที่ ๙
การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ข้อ ๖๔ เป็นค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุขที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดยมีเป้าประสงค์ให้ประชาชนมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และหน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ข้อ ๖๕ บริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยจำนวนเงินแต่ละเขตมาจากข้อ ๘ (ประเภทบริการลำดับที่ ๙) ให้คำนวณตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ รวมกับวงเงินที่ได้รับตามข้อ ๑๒ และข้อ ๔๖

ข้อ ๖๖ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย มีดังนี้

๖๖.๑ ให้จ่ายตามเกณฑ์ตัวชี้วัดบริการสาธารณสุขประเภทต่างๆให้หน่วยบริการ โดยมีตัวชี้วัดกลางจำนวนไม่เกิน ๑๐ ตัว ซึ่งเป็นตัวชี้วัดบูรณาการระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสามารถเพิ่มเติมตัวชี้วัดระดับเขตได้ไม่เกิน ๕ ตัว โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.ทั้งนี้ ให้ใช้ระบบข้อมูลที่มีอยู่ได้แก่ OP/PP/IP individual record (ไม่ควรมีการจัดทำระบบข้อมูลใหม่)

๖๖.๒ แนวทางและรายละเอียดเกณฑ์การจ่ายให้หน่วยบริการ ให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเกินกว่าเป้าหมายตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้หากมีเงินเหลือจาก Global budget ระดับเขตของแต่ละเขต ให้จ่ายให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

ส่วนที่ ๑๐
การปรับลดค่าแรงหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๖๗ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ กำหนดให้ค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นค่าใช้จ่ายที่รวมเงินเดือนและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของบุคลากรที่ใช้ในการดำเนินการให้บริการ แต่ด้วยข้อกฎหมายตามพระราชบัญญัติเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่งของข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๓๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทำให้เงินที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับเฉพาะเงินส่วนที่ไม่รวมเงินเดือนและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรของหน่วยบริการของรัฐที่ได้รับจากเงินงบประมาณโดยตรง (ค่าแรงในระบบ) ดังนั้นจึงต้องมีการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐออกจากเงินที่จ่ายตามแนวทางที่กำหนดก่อนที่จะจ่ายจริงให้กับหน่วยบริการของรัฐต่างๆ โดยให้ภาพรวมจำนวนค่าแรงในระบบที่ต้องปรับลดเท่ากับจำนวนที่ระบุในพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี (ตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ)

ข้อ ๖๘ แนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐที่ให้บริการผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ มีดังนี้

/๖๘.๑...

๖๘.๑ แยกเพดานค่าแรงในระบบที่ต้องปรับลดจากหน่วยบริการของรัฐต่างๆ เป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มหน่วยบริการของรัฐสังกัด สป.สธ. และกลุ่มหน่วยบริการของรัฐอื่นๆ โดยการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐจะใช้วิธีการเฉพาะของแต่ละกลุ่ม

๖๘.๒ ให้ปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐจากงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับจากรายการค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ และให้มีการเกลี่ยระหว่างหน่วยบริการภายในกลุ่มเดียวกันได้

๖๘.๓ วิธีการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐในระบบ

๖๘.๓.๑ สำหรับหน่วยบริการของรัฐอื่นในระบบ (ยกเว้นสังกัด สป.สธ.) ในพื้นที่ สปสช.เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ ให้ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) โดยให้ปรับลดจากรายรับที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไปและการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานที่จ่ายแบบเหมาจ่าย และจากรายรับที่ได้จากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในซึ่งได้ตามจำนวน adjRW ที่ให้บริการเฉพาะการใช้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการที่ตั้งในเขตเดียวกับเขตของหน่วยบริการประจำ ไม่รวมกรณีการใช้บริการผู้ป่วยในข้ามเขต โดยให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ

๖๘.๓.๒ สำหรับหน่วยบริการของรัฐอื่นในระบบ (ยกเว้นสังกัด สป.สธ.) ในพื้นที่ สปสช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร สามารถกำหนดแนวทางการปรับลดค่าแรงในระบบสำหรับหน่วยบริการของรัฐได้ตามความเหมาะสม โดยต้องให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

๖๘.๓.๓ สำหรับหน่วยบริการของรัฐสังกัด สป.สธ. ให้ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) โดยปรับลดจากรายรับที่ได้จากบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการผู้ป่วยในทั่วไป ให้ได้จำนวนเงินค่าแรงในระบบรวมตามการคำนวณของสำนักงบประมาณ โดยใช้ตัวเลขการเบิกจ่ายงบบุคลากรจากระบบของกรมบัญชีกลางและระบบ GFMIS เป็นตัวเลขอ้างอิงระดับจังหวัด และกระจายเป็นราย CUP ด้วยข้อมูลงบบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงจากการสำรวจของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ. ซึ่ง สป.สธ.จะส่งให้ สปสช.ภายในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๑

ส่วนที่ ๑๑
การบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๖๙ ให้สามารถกันเงินไว้ปรับเกลี่ยจากรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ได้ดังนี้

/๖๙.๑...

๖๙.๑ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ (ไม่เกิน ๑๐,๐๔๕.๐๐๐๐ ล้านบาท) ของประมาณการรายรับที่หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. จะได้รับปี ๒๕๖๒ สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ/เขต/จังหวัด และสำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (กำหนดค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

๖๙.๒ หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเกลี่ย ต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการใช้บริการของประชาชน โดยเฉพาะหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย หน่วยบริการที่จำเป็นต้องติดตามสถานะทางการเงินอย่างใกล้ชิด ต้องใช้ข้อมูลรายรับรายจ่ายจากทุกแหล่งมาประกอบการพิจารณา และ สป.สธ.จะดำเนินการติดตามกำกับการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยบริการอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเกลี่ยต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ (คณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ.และ สปสช.) และให้เสนอคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๑

หมวด ๓

รายการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๗๐ เงินบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๓,๐๔๖.๓๑๕๐ ล้านบาท โดยจัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง	๒,๘๐๘.๓๑๕๐
๒. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	๒๐๐.๐๐๐๐
๓. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๓๘.๐๐๐๐
รวม	๓,๐๔๖.๓๑๕๐

ทั้งนี้ ให้ สปสช.สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ โดยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละประเภทบริการ ให้เป็นไปตามส่วนที่ ๑ – ๓ ดังนี้

/ส่วนที่...

ส่วนที่ ๑
บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๗๑ เป็นค่าใช้จ่าย สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือประชาชนกลุ่มเฉพาะตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยครอบคลุมบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ และการให้บริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาแนะนำ ถุงยางอนามัย และสำหรับผู้ที่สมัครใจเข้ารับบริการการบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Voluntary counseling and testing: VCT) การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อ ๗๒ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

๗๒.๑ กรณีบริการการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้แก่ ยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก และยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังสัมผัสโรค ในกรณีสัมผัสเชื้อเอชไอวีจากการทำงานให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ หรือเป็นทารกซึ่งคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๗๒.๒ กรณีบริการการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ จ่ายให้หน่วยบริการตามผลงานการให้บริการที่ส่งข้อมูลมาในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

๗๒.๓ กรณีให้บริการ การบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling and testing: VCT) จ่ายให้หน่วยบริการตามผลงานที่ส่งข้อมูลมาในปี สำหรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV antibody testing) และการให้บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มารับบริการการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling)

๗๒.๔ สนับสนุนค่าบริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการติดตามการรักษาที่หน่วยบริการ จ่ายตามผลงานการให้บริการที่ส่งข้อมูลมาในปี

๗๒.๕ สนับสนุนถุงยางอนามัยแก่ผู้ที่เข้ารับการบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจและผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

๗๒.๖ การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและ เงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

/ส่วนที่...

ส่วนที่ ๒
การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อ ๗๓ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค/ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๗๔ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

๗๔.๑ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๗๒.๐๐๐๐ ล้านบาท สำหรับการบริการเพื่อให้มีการเข้าถึงและชักนำประชากรที่มีความเสี่ยงให้เข้ารับบริการ การสร้างความต้องการในการรับบริการผ่านเครือข่ายสังคมและเครือข่ายสุขภาพ การขยายบริการเชิงรุกการตรวจเอชไอวี การดำเนินการให้ผู้ติดเชื้อรับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา และดำเนินการให้ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อยังคงภาวะการไม่ติดเชื้อ การตรวจการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และถุงยางอนามัยสำหรับใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการ เช่น ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย/สาวประเภทสอง พนักงานบริการหญิง/ชาย ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ผู้ต้องขัง หญิงตั้งครรภ์ เยาวชน พนักงานในสถานประกอบการ ประชาชนในชุมชนที่มีความเสี่ยง (พ่อบ้านแม่บ้าน) เป็นต้น การจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด และตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

๗๔.๒ จำนวนไม่เกิน ๒๘.๐๐๐๐ ล้านบาท สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีตามรายการ เช่น การให้คำปรึกษา การคัดกรอง การค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง การใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น โดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวมร่วมกับหน่วยบริการ การจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด และตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

ส่วนที่ ๓
สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๗๕ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่เข้ารับการบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

/ข้อ ๗๖ ...

ข้อ ๗๖ หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่เข้ารับการบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ที่ สปสช.กำหนด โดยจ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการ สำหรับการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยเป็นการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพแก่หน่วยบริการที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

หมวด ๔
รายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๗๗ เป็นค่าใช้จ่ายบริการทดแทนไตสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๘,๒๘๑,๗๙๖๐ ล้านบาท ครอบคลุมค่าใช้จ่าย ค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๗๘ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายทดแทนไต จ่ายตามผลงานการให้บริการตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ หรือจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายา ตามแนวทาง/เงื่อนไข/อัตรา ที่ สปสช. กำหนด สำหรับ

๗๘.๑ การบริการสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยตรงเฉพาะกรณีใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป)

๗๘.๒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่า ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้าง เม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยตรงเฉพาะกรณีใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป) การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการให้ยาที่จำเป็นตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

๗๘.๓ การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ เป็นต้นไป และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

๗๘.๔ การปลูกถ่ายไต ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและผ่าตัดนำไตมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึง ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไต ตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

/ข้อ ๗๙...

ข้อ ๗๙ สำหรับรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หลักเกณฑ์การจ่ายเป็นไปตามหมวด ๙

ข้อ ๘๐ ปี ๒๕๖๒ ให้มีการนำร่องโครงการความร่วมมือการจัดบริการการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis :APD) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้ให้มีการติดตามประเมินการนำร่องก่อนเริ่มขยายผลไประยะต่อไป

หมวด ๕
รายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ข้อ ๘๑ เงินบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๑,๑๓๕.๐๒๕๐ ล้านบาท จัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
๑. การบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)	๑,๐๖๓.๐๒๕๐
๒. การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	๗๒.๐๐๐๐
รวม	**๑,๑๓๕.๐๒๕๐**

ส่วนที่ ๑
บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ข้อ ๘๒ เงินบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง จำนวน ๑,๐๖๓.๐๒๕๐ ล้านบาท เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันและยกระดับการบริการให้ได้ตามมาตรฐานโดยในปี ๒๕๖๒ เน้นการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ซึ่งจะช่วยชะลอไม่ให้เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ข้อ ๘๓ บริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยให้คำนวณ Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ดังนี้

๘๓.๑ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ตามจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ที่คาดการณ์และอัตราเหมาจ่ายต่อราย เพื่อบริการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (SMBG), คัดกรองภาวะแทรกซ้อน ๕ รายการ, Diabetic self management support ๑๑ module เช่น การให้ความรู้ การปรับพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

๘๓.๒ ส่วนที่เหลือคำนวณร้อยละ ๖๐ ตามคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT และร้อยละ ๔๐ คำนวณตามจำนวนผู้ป่วย DM/HT

ทวีวงศ์ ศรีแก้ว/ข้อ ๘๔...

ข้อ ๘๔ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายจาก Global budget ระดับเขต ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายหรือตามผลงานบริการให้หน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ภายใต้เงื่อนไขอย่างน้อยต้องเป็นไปตามจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ และไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ให้เป็นไปตามคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT

ข้อ ๘๕ การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๘๖ ให้ สปสช.จัดระบบการกำกับติดตามให้เน้นการบริการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ตามแนวทางราชวิทยาลัย/สมาคมที่เกี่ยวข้อง และให้มีกลไกการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการและภาคประชาชน

ส่วนที่ ๒
การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ข้อ ๘๗ ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จำนวน ๗๒.๐๐ ล้านบาท เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังทุกกลุ่มที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดต่อเนื่อง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ข้อ ๘๘ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ให้จ่ายให้หน่วยบริการ ดังนี้

๘๘.๑ ไม่เกิน ๑๒.๐๐ ล้านบาท (ประมาณ ๑,๐๐๐ บาทต่อราย) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการพี่เลี้ยง ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น

๘๘.๒ ไม่น้อยกว่า ๖๐.๐๐ ล้านบาท (ประมาณ ๕,๐๐๐ บาทต่อราย) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ลงทะเบียน

หมวด ๖
ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ข้อ ๘๙ เงินค่าใช้จ่าย จำนวน ๑,๔๙๐.๒๘๘๐ ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กันดารและพื้นที่เสี่ยงภัย พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล) โดยเป็นหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.

หน่วยงาน กรมฯ /ข้อ ๙๐...

ข้อ ๙๐ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการและไม่กระทบต่อการใช้บริการของประชาชน โดยหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช. และให้เสนอคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๑

หมวด ๗
ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อ ๙๑ ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๙๑๖.๘๐๐๐ ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มีเป้าหมายจำนวน ๑๕๒,๘๐๐ คน มีแนวทางการบริหารจัดการ ดังนี้

ข้อ ๙๒ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้จ่ายให้หน่วยบริการและหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

๙๒.๑ จำนวน ๑๕๐.๐๐๐๐ ล้านบาท จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำในพื้นที่ (ยกเว้นพื้นที่ สปสช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร) ที่เข้าร่วมดำเนินการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและบริการสุขภาพชุมชน แห่งละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท โดยจ่ายตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป้าหมายและสามารถปรับจ่ายเพิ่มเติมแบบขั้นบันไดตามจำนวนเป้าหมายได้

๙๒.๒ จำนวน ๗๔๑.๘๐๐๐ ล้านบาท จ่ายแบบเหมาจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่เข้าร่วมดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในอัตรา ๕,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี ทั้งนี้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

๙๒.๓ จำนวน ๒๕.๐๐๐๐ ล้านบาท จัดสรรสำหรับ สปสช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร เพื่อสนับสนุนกรุงเทพมหานครในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้การดำเนินการเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

ข้อ ๙๓ ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ ๙๒.๑ ถึง ข้อ ๙๒.๓ ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

/หมวด ๘...

หมวด ๘
ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

ข้อ ๙๔ ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ข้อ ช. (๕) "ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม" ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มีงบประมาณจำนวน ๒๖๘.๖๔๐๐ ล้านบาท โดยจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นทั้งบริการในหน่วยบริการและบริการในชุมชน ในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๙๕ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

๙๕.๑ จ่ายให้หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งหน่วยบริการร่วมให้บริการ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (หน่วย PCC)

๙๕.๒ แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย

๙๕.๒.๑ รายการบริการแบบ PCC และหรือรายการผลงานบริการแบบ PCC ที่ใช้ในการจ่ายค่าใช้จ่ายในข้อ ๙๕.๒.๒ และข้อ ๙๕.๒.๓ ต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๙๕๒.๒ จำนวน ๒๑๔.๐๐๐๐ ล้านบาท จ่ายสำหรับเป้าหมายในพื้นที่นอกกรุงเทพมหานคร ดังนี้

(๑) ไม่เกินร้อยละ ๕๐ ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายตามจำนวนประชากร

(๒) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายตามรายการบริการแบบ PCC และหรือตามผลงานบริการแบบ PCC

๙๕.๒.๓ จำนวน ๕๔.๖๔๐๐ ล้านบาท จ่ายสำหรับเป้าหมายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยให้แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

(๑) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ จ่ายตามรายการบริการแบบ PCC และหรือตามผลงานบริการแบบ PCC

(๒) ไม่เกินร้อยละ ๓๐ จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

๙๕.๒.๔ ให้ สปสช.สามารถปรับเกลี่ยวงเงินระหว่างข้อ ๙๕.๒.๒ และข้อ ๙๕.๒.๓ ได้ตามผลการบริการที่เกิดขึ้นจริง

ข้อ ๙๖ ให้สปสช.เขตทุกเขต อาจจัดให้มีกลไกที่ให้หน่วย PCC มีการบูรณาการกลไกการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีอยู่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตของกรุงเทพมหานคร (พชข.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น รวมทั้งการบูรณาการงบประมาณประเภทบริการต่างๆ หรือจากหน่วยงานต่างๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยที่คำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

/หมวด ๙...

หมวด ๙
ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์
ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

ข้อ ๙๗ ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ เป็นไปตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ ได้แก่

๙๗.๑ บริการกรณีเฉพาะ ตามข้อ ๓๕.๑.๒ ข้อ ๓๖.๒ และข้อ ๓๗.๒

๙๗.๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามข้อ ๔๒.๑

๙๗.๓ บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตามข้อ ๗๒.๑ และข้อ ๗๒.๕

๙๗.๔ บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ตามข้อ ข้อ ๗๙ สำหรับน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ และยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๙๘ ให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน เพื่อดำเนินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ในภาพรวม และสนับสนุนให้แก่หน่วยบริการในเครือข่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๙๙ การจ่ายค่าใช้จ่ายที่เป็น ค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

๙๙.๑ จ่ายให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

๙๙.๒ จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เป็นค่าชดเชยค่ายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษตามอัตราจ่ายที่สปสช.กำหนด โดยต้องมีกลไกกำกับหน่วยบริการไม่ให้มีการเก็บเงินเพิ่มจากผู้ป่วย

ข้อ ๑๐๐ กรณีจำเป็นให้ สปสช.จ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙๙.๑ ล่วงหน้าได้ เพื่อให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ สามารถดำเนินการจัดหาได้ตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ

ข้อ ๑๐๑เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ดำเนินการจัดหาตามแผนและวงเงินการจัดหาฯ รวมทั้งบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อการให้บริการตลอดปี ทั้งนี้ ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้ถือเป็นทรัพย์สินของเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

ข้อ ๑๐๒ กรณีที่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ดำเนินการจัดหาแล้วเสร็จ

๑๐๒.๑ หากมีเงินเหลือให้ใช้สำหรับการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษครั้งถัดไป

๑๐๒.๒ หากไม่มีการจัดหาครั้งถัดไปให้ส่งเงินคืนกองทุนพร้อมดอกผล (ถ้ามี)

/๑๐๒.๓...

๑๐๒.๓ หากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้แจ้งต่อคณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย เพื่อให้ สปสช.รวบรวมข้อมูลเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

ข้อ ๑๐๓ ให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ รายงานผลการดำเนินการและบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ต่อคณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมายอย่างน้อยทุกไตรมาส

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

(นายปิยะสกล สกลสัตยาทร)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาคผนวก 2

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้

พ.ศ. ๒๕๖๑

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ และให้สอดคล้องกับประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๐

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับ ข้อ ๓๕ ข้อ ๓๕.๑ และข้อ ๓๕.๑.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ลงวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๑ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ พ.ศ. ๒๕๖๑”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค และข้อบ่งชี้ พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อ ๔ รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรคและข้อบ่งชี้ สำหรับให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๕ รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรคและข้อบ่งชี้ สำหรับให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้พิการที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ พ.ศ. ๒๕๖๑
ลงวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๑

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		หมวด ๑ ระบบประสาท			
	๑๐๐๐	**๑.๐ กระโหลกศีรษะเทียม เยื่อหุ้มสมองเทียม และวัสดุยึดกระโหลก**			
๑	๑๐๐๑	**๑.๐.๑ กระโหลกศีรษะเทียม (Cranioplastic Implant)** **ลักษณะ** แต่ละชุดประกอบด้วยผง Methyl methacrylate และ Solution **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีส่วนของกระดูกกระโหลกขาดหายไป	ชุดละ	๔,๐๐๐	
๒	๑๐๐๓	**๑.๐.๓ เยื่อหุ้มสมองเทียม (Dural Substitue)** **ลักษณะ** เป็นแผ่นบางๆ ทำจากสารสังเคราะห์ หรือเนื้อเยื่อ **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนส่วนที่หายไป หรือปกคลุมสมอง หรือไขสันหลัง ในส่วนที่บวม จนไม่สามารถเย็บปิดเยื่อหุ้มสมองได้	แผ่นละ	๙,๐๐๐	
	๑๑๐๐	**๑.๑ ท่อ/สายต่อจากช่องกระโหลก และวัสดุใช้ในช่องกระโหลก**			
๓	๑๑๐๑	**๑.๑.๑ ชุดท่อต่อช่องสมอง (External Ventricular Drainage System)** **ลักษณะ** เป็นชุดเพื่อใช้ระบายน้ำหล่อสมอง และไขสันหลังออกสู่ภายนอกร่างกาย ประกอบด้วย ท่อต่อเชื่อมสมอง และไขสันหลัง (Ventricular Catheter) อุปกรณ์กักเก็บน้ำ และท่อต่อเชื่อม **ข้อบ่งชี้** น้ำหล่อสมอง และไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus) หรือ มีเลือดออกในช่องสมอง	ชุดละ	๔,๕๐๐	
๔	๑๑๐๒	**๑.๑.๒ อุปกรณ์ช่วยระบายน้ำในช่องสมอง (Ventriculoperitoneal Shunt)** **ลักษณะ** เป็นชุดประกอบด้วยสายต่อช่องสมอง กระเปาะสำหรับกดทดสอบ และสายต่อภายในสู่ช่องท้อง หรือช่องหัวใจ รวมถึงอุปกรณ์ที่ใช้ต่อสาย (Connector) **ข้อบ่งชี้** น้ำหล่อเลี้ยงสมอง และไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus)	ชุดละ	๘,๑๐๐	
๕	๑๑๐๔	**๑.๑.๔ คีบหนีบหลอดเลือดโป่งพองในช่องกะโหลกศีรษะ (Aneurysm Clip for Intracranial Aneurysm)** **ลักษณะ** เป็นคีมหนีบหลอดเลือดแดงที่โป่งพองผิดปกติ โดยใส่ไว้ในร่างกายตลอดไป **ข้อบ่งชี้** เพื่อป้องกันเลือดออกในสมองจากหลอดเลือดแดงโป่งพอง	อันละ	๖,๗๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		หมวด ๒ ตา หู คอ จมูก			
	๒๐๐๐	**๒.๐ ลูกตา กระจกตา และเลนส์แก้วตาเทียม**			
๖	๒๐๐๑	**๒.๐.๑ ลูกตาเทียมทำด้วยพลาสติก** (Eye Prosthesis) **ลักษณะ** เป็นตาปลอม โดยมีลักษณะเป็นแผ่นสารสังเคราะห์ระบายสี ทำจากวัสดุได้หลายชนิด เช่น พลาสติก อคริลิก **ข้อบ่งชี้** ใช้ใส่ในผู้ป่วยที่ไม่มีลูกตาหรือตาฝ่อ	ข้างละ	๑,๐๐๐	
๗	๒๐๐๒	**๒.๐.๒ วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดไม่มีรูพรุน** **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์คล้ายพลาสติกแข็งๆ รูปร่างกลมเรียบ ใส่หลังจากผ่าตัดเอาลูกตาออก **ข้อบ่งชี้** ใช้หนุนรับลูกตาเทียมในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผ่าตัดเอาลูกตาออก	อันละ	๒๐๐	
๘	๒๐๐๓	**๒.๐.๓ วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดมีรูพรุน** (Integrated Orbital Implant) **ลักษณะ** รูปร่างกลม มีรูพรุน ทำด้วยวัสดุหลายชนิด เช่น Hydroxyapatite ใส่หลังจากผ่าตัดเอาลูกตาออก **ข้อบ่งชี้** ใช้หนุนรับลูกตาเทียม ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเอาลูกตาออก และต้องการให้ตาเทียมสามารถกรอกตาได้คล้ายของจริง	อันละ	๑๓,๕๐๐	
๙	๒๐๐๔	**๒.๐.๔ วัสดุเสริมกระดูกเบ้าตา** (Orbital Implant for Orbit) **ลักษณะ** เป็นแผ่นรองกระดูกเบ้าตาที่แตก สามารถทำได้จากวัสดุหลายชนิด **ข้อบ่งชี้** ใช้ในผู้ป่วยที่กระดูกเบ้าตาแตก เพื่อแทนที่กระดูกที่หัก	อันละ	๒,๐๐๐	
๑๐	๒๐๐๕	**๒.๐.๕ กระจกตาดำเทียม** (Corneal Prosthesis) **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์ มีความใส **ข้อบ่งชี้** ใช้ในผู้ป่วยที่กระจกตา (Cornea) ขุ่น	อันละ	๑๕,๐๐๐	
๑๑	๒๐๐๖	**๒.๐.๖ เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดพับได้** (Foldable Intraocular Lens) **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์ใส่แทนเลนส์แก้วตาเพื่อช่วยในการมองเห็น สามารถพับได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตา หรือไม่มีเลนส์แก้วตา	อันละ	๒,๘๐๐	
๑๒	๒๐๐๗	**๒.๐.๗ เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดแข็งพับไม่ได้** (Unfoldable Intraocular Lens) **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์ใส่แทนเลนส์แก้วตา เพื่อช่วยในการมองเห็น มีเนื้อแข็งไม่สามารถพับได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตา หรือไม่มีเลนส์แก้วตา	อันละ	๗๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
	๒๑๐๐	๒.๑ วัสดุ/เครื่องมือพิเศษที่ใช้ในการผ่าตัดตา			
๑๓	๒๑๐๑	**๒.๑.๑ วัสดุที่ใช้หนุนในลูกตาในการผ่าตัดซ่อมจอประสาทตา (Buckle)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์คล้ายฟองน้ำหรือแผ่นซิลิโคน **ข้อบ่งชี้** ใช้หนุนดันให้ผนังลูกตาสัมผัสจอประสาทตาในกรณีที่เป็นโรคจอประสาทตาลอก หรืออาจใช้ในการผ่าตัดอื่น เช่น โรคหนังตาตก	อันละ	๒,๗๐๐	
๑๔	๒๑๐๒	**๒.๑.๒ ของเหลวสำหรับกดจอประสาทตา (Perfluorocarbon liquid)** **ลักษณะ** เป็นของเหลวมีความหนาแน่นสูง **ข้อบ่งชี้** ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตา เพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตา และการผ่าตัดน้ำวุ้นตา	หลอดละ	๖,๔๐๐	
๑๕	๒๑๐๓	**๒.๑.๓ น้ำมันซิลิโคนสำหรับกดจอประสาทตา (Silicone Oil)** **ลักษณะ** มีลักษณะเป็นน้ำมันใส **ข้อบ่งชี้** ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตาและการผ่าตัดน้ำวุ้นตา	หลอดละ	๕,๔๐๐	
๑๖	๒๑๐๔	**๒.๑.๔ ก๊าซสำหรับฉีดกดจอประสาทตา (Intraocular Gas)** **ลักษณะ** เป็นก๊าซที่ขยายตัวได้ และอยู่ในลูกตาได้นาน **ข้อบ่งชี้** ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตา เพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตาและการผ่าตัดน้ำวุ้นตา	ครั้งละ	๕๐๐	
๑๗	๒๑๑๓	**๒.๑.๑๓ ชุดผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา (Vitrectomy Set)** **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์ ซึ่งประกอบด้วย เครื่องมือตัดน้ำวุ้นลูกตาและอุปกรณ์ช่วยหลายชนิด **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา	ชุดละ	๙,๐๐๐	
๑๘	๒๑๑๕	**๒.๑.๑๕ ใบมีดตัดกระจกตา (Corneal Trephine)** **ลักษณะ** เป็นใบมีดผ่าตัดรูปร่างทรงกระบอกใช้ตัดกระจกตา **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	ชุดละ	๕,๔๐๐	
	๒๒๐๐	**๒.๒ แว่นตา เลนส์สัมผัส ที่ใช้ใส่หลังจากการผ่าตัดเอาแก้วตาออกเพื่อรักษาต้อกระจก (กรณีไม่ใส่เลนส์แก้วตาเทียม)** **ข้อบ่งชี้** รายการ ๒.๒.๑ - ๒.๒.๕ ใช้ใส่หลังการผ่าตัดเอาเลนส์แก้วตาออก และไม่ได้ใส่เลนส์แก้วตาเทียม			
๑๙	๒๒๐๑	**๒.๒.๑ แว่นตาสำหรับมองไกล ๑ อัน** (Distance Eyeglasses)	อันละ	๑,๘๐๐	
๒๐	๒๒๐๒	**๒.๒.๒ แว่นตาสำหรับมองใกล้ ๑ อัน** (Near Eyeglasses)	อันละ	๑,๘๐๐	
		(สำหรับการผ่าตัด ครั้งที่ ๒ ในตาข้างเดิม ให้เปลี่ยนได้เฉพาะเลนส์)	ข้างละ	๙๐๐	
๒๑	๒๒๐๓	**๒.๒.๓ เลนส์สัมผัส ชนิดแข็ง (Hard Contact Lens)**	ข้างละ	๑,๓๐๐	
๒๒	๒๒๐๔	**๒.๒.๔ เลนส์สัมผัส ชนิดครึ่งนุ่มครึ่งแข็ง** (Rigid Gas Permeable Lens)	ข้างละ	๑,๘๐๐	
๒๓	๒๒๐๕	**๒.๒.๕ เลนส์สัมผัส ชนิดนิ่ม (Soft Contact Lens)**	ข้างละ	๑,๘๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
	๒๔๐๐	**๒.๔ อวัยวะเทียมเกี่ยวกับหู**			
๒๔	๒๔๐๑	**๒.๔.๑ กระดูกหูเทียม ชนิดแยกชิ้น** **ลักษณะ** เป็นท่อนเล็กๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลิมเมอร์ ไฮดรอกซีแอพาไทต์ ไทเทเนียม ทำหน้าที่เชื่อมการนำเสียง **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนกระดูกโกลน (Stapes)	ชิ้นละ	๒,๗๐๐	
๒๕	๒๔๐๒	**๒.๔.๒ กระดูกหูเทียม ทดแทนกระดูกหูทั้งหมด** (Total Ossicle Reconstruction Prosthesis) **ลักษณะ** เป็นท่อนเล็กๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลิมเมอร์ ลักษณะคล้ายร่ม **ข้อบ่งชี้** ใช้เชื่อมระหว่างกระดูกหู หรือเชื่อมกับหูชั้นใน	ชิ้นละ	๔,๕๐๐	
๒๖	๒๔๐๓	**๒.๔.๓ กระดูกหูเทียม ทดแทนกระดูกหูบางส่วน** (Partial Ossicle Reconstruction Prosthesis) **ลักษณะ** เป็นท่อนเล็กๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลิมเมอร์ **ข้อบ่งชี้** ใช้เชื่อมระหว่างกระดูกหูหรือเชื่อมกับหูชั้นใน	ชิ้นละ	๔,๕๐๐	
๒๗	๒๔๐๔	**๒.๔.๔ ใบหูเทียม** **ลักษณะ** ทำจาก Silicone ติดโดยใช้กาว **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ที่ใบหูขาดไม่สามารถตกแต่งกลับมาได้ หรือความผิดปกติของใบหูที่ไม่สามารถผ่าตัดได้	ข้างละ	๑๐,๘๐๐	
	๒๖๐๐	**๒.๖ อุปกรณ์เกี่ยวกับจมูก**			
๒๘	๒๖๐๑	**๒.๖.๑ จมูกเทียมชนิดติดกาว** **ลักษณะ** เป็นสารสังเคราะห์ที่มีรูปร่างภายนอกช่องจมูก **ข้อบ่งชี้** ใส่หลังผ่าตัดจมูกออก ซึ่งมักเป็นรายที่เป็นมะเร็ง ช่วยปกปิดอวัยวะภายในช่องจมูก และแก้ไขความพิการ ผิดรูป	ชิ้นละ	๙,๐๐๐	
	๒๗๐๐	**๒.๗ อุปกรณ์ช่วยการพูด และอุปกรณ์อื่น เกี่ยวกับคอ**			
๒๙	๒๗๐๑	**๒.๗.๑ ฝาครอบช่วยพูด** (Speaking Valve) **ลักษณะ** เป็นท่อกลวงทำจากซิลิโคน ภายในมีลิ้นให้ลมเข้าออกได้ทางเดียว **ข้อบ่งชี้** ใช้ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอากล่องเสียงออก เพื่อให้สามารถมีเสียงพูด	อันละ	๒,๔๐๐	
๓๐	๒๗๐๒	**๒.๗.๒ เครื่องช่วยพูด** **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์อิเลคโทรนิก เมื่อกดกับพื้นผิวจะเกิดเสียงจากการสั่นสะเทือน เพื่อช่วยในการสื่อสาร มีสวิทปิดเปิดใช้แบตเตอรี่ **ข้อบ่งชี้** ใช้ในกรณีที่ผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด	เครื่องละ	๓๖,๐๐๐	
๓๑	๒๗๐๔	**๔.๗.๔ เพดานเทียม** (Palatal Obturator)	ชิ้นละ	๘๐๐	
๓๒	๒๗๐๔A	**เพดานเทียม** (Obturator + Screw) **ข้อบ่งชี้** สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก ยื่นออกโดยใช้สกรู เพื่อช่วยในการดูดนม	ชุดละ	๑,๕๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๓๓	๒๗๐๔B	เพดานเทียม [Obturator + Nasoalveolar Molding (NAM)] **ข้อบ่งชี้** สำหรับจัดโครงสร้างจมูกและสันเหงือก ใช้หลังเย็บริมฝีปาก เพื่อช่วยดูดนมและคงสภาพโครงสร้างจมูก	ชุดละ	๑,๘๐๐	
๓๔	๒๗๐๔C	เพดานเทียม [Obturator + Screw + Nasoalveolar Molding (NAM)] **ข้อบ่งชี้** สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก ยื่นออก โดยใช้สกรู และสำหรับจัดโครงสร้างจมูก	ชุดละ	๒,๕๐๐	
๓๕	๒๗๐๔D	เพดานเทียม [Nasoalveolar Molding (NAM)] **ข้อบ่งชี้** เพื่อจัดโครงสร้างกระดูก และคงสภาพโครงสร้างจมูก	ชิ้นละ	๗๐๐	
		หมวด ๓ ระบบทางเดินหายใจ			
	๓๐๐๐	**๓.๐ ท่อ/หลอดคอ/อุปกรณ์ช่วยการหายใจ**			
๓๖	๓๐๐๓	**๓.๐.๓ หลอดคอช่วยการหายใจ (Tracheostomy Tube) ชนิดทำด้วยพลาสติก** **ลักษณะ** เป็นท่อพลาสติกกลวง โค้งงอเล็กน้อย มีปีกสองข้าง สำหรับคล้องเชือก **ข้อบ่งชี้** ใส่หลอดลมคอเพื่อช่วยในการหายใจ	อันละ	๑,๙๐๐	
		หมวด ๔ หัวใจและหลอดเลือด			
	๔๐๐๐	**๔.๐ ลิ้นหัวใจเทียม ผนังหัวใจเทียม และหลอดเลือดเทียม** **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ ๔.๐.๑ - ๔.๐.๑๐ เป็นอวัยวะเทียมชนิดต่างๆ สำหรับใส่ไปในตัวผู้ป่วย ในการผ่าตัดหัวใจ เพื่อแก้ไขความผิดปกติของลิ้นหัวใจ หรือผนังกั้นหัวใจ และหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม			
		รายการ ๔.๐.๑๒ - ๔.๐.๑๔ สำหรับใส่ทดแทนในผู้ป่วยที่หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง			
		รายการ ๔.๐.๑๖ สำหรับใส่ทดแทนในผู้ป่วยที่หลอดเลือดส่วนปลายตีบ หรืออุดตัน			
๓๗	๔๐๐๑	**๔.๐.๑ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดลูกบอลล์**	อันละ	๒๙,๐๐๐	
๓๘	๔๐๐๒	**๔.๐.๒ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน ๑ แผ่น ปิด – เปิด**	อันละ	๓๔,๐๐๐	
๓๙	๔๐๐๓	**๔.๐.๓ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน ๒ แผ่น ปิด – เปิด**	อันละ	๓๑,๐๐๐	
๔๐	๔๐๐๔	**๔.๐.๔ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ ทำจากหมู (ชนิดมีโครง)**	อันละ	๔๘,๐๐๐	
๔๑	๔๐๐๕	**๔.๐.๕ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ ทำจากหมู (ชนิดไม่มีโครง)**	อันละ	๕๕,๐๐๐	
๔๒	๔๐๐๖	**๔.๐.๖ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ ทำจากเยื่อบุหัวใจวัว**	อันละ	๖๕,๐๐๐	
๔๓	๔๐๐๗	**๔.๐.๗ ลิ้นหัวใจเทียมและหลอดเลือดเทียม**	อันละ	๕๗,๐๐๐	
๔๔	๔๐๐๘	**๔.๐.๘ ขอบลิ้นหัวใจเทียม (Valve Ring)**	อันละ	๑๘,๐๐๐	
๔๕	๔๐๐๙	**๔.๐.๙ ผนังหัวใจเทียม (PTFE Patch) ชนิดแผ่นสังเคราะห์**	แผ่นละ	๓,๔๐๐	
๔๖	๔๐๑๐	**๔.๐.๑๐ ผนังหัวใจเทียม (Dacron Patch)**	แผ่นละ	๓,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๔๗	๔๐๑๒	**๔.๐.๑๒ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นตรง**	เส้นละ	๑๒,๐๐๐	
๔๘	๔๐๑๓	**๔.๐.๑๓ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นแยก**	เส้นละ	๑๕,๐๐๐	
๔๙	๔๐๑๔	**๔.๐.๑๔ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่เออร์ต้าพร้อมแขนงบริเวณตรงกลางหลอดเลือดเทียม (Aortic with Branches)** **ลักษณะ** เป็นหลอดเลือดเทียมที่มีแขนงสำเร็จรูปสำหรับ Aortic arch และ Branch ของ Aortic ach	เส้นละ	๑๗,๐๐๐	
๕๐	๔๐๑๖	**๔.๐.๑๖ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลายชนิดมีวงแหวน PTFE Ring Vascular Graft (ตามความยาวที่ใช้)**	ซม.ละ	๖๐๐	
๕๑	๔๐๑๙	**๔.๐.๑๙ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดทำจากเนื้อเยื่อ (Homograft)** **ข้อบ่งชี้** ๑) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของลิ้นหัวใจ (Infective Endocarditis) ๒) ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ลิ้นหัวใจมีขนาดเล็ก ไม่สามารถใส่ลิ้นหัวใจเทียมชนิดอื่นได้ ๓) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจพัลโมนิก (Pulmonic Valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก ๔) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจเออร์ติก (Aortic Valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก ๕) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ต้องการสร้างเสริมเส้นเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจ (Aortic Reconstruction, Pulmonary Artery Reconstruction)	ชิ้นละ	๒๕,๐๐๐	
	๔๑๐๐	**๔.๑ วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดโดยใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม** **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ ๔.๑.๑ - ๔.๑.๙ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด			
๕๒	๔๑๐๑	**๔.๑.๑ ปอดเทียม (Membrane Oxygenator)**	ชุดละ	๙,๐๐๐	
๕๓	๔๑๐๒	**๔.๑.๒ ชุดสายยางประกอบการไหลเวียนนอกร่างกาย (Extracorporeal Complete Set)**	ชุดละ	๓,๔๐๐	
๕๔	๔๑๐๓	**๔.๑.๓ อุปกรณ์กักกรองเลือด (Reservoir)**	อันละ	๓,๐๐๐	
๕๕	๔๑๐๔	**๔.๑.๔ อุปกรณ์กรองฟองอากาศทางเดินเลือดแดง (Bubble Trap)**	อันละ	๑,๐๐๐	
๕๖	๔๑๐๗	**๔.๑.๗ ชุดสายยางประกอบการให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardioplegia Set)**	ชุดละ	๓,๔๐๐	
๕๗	๔๑๐๘	**๔.๑.๘ อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ ชนิดทางตรง (Antegrade Cardioplegia Set)**	อันละ	๑,๑๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๕๘	๔๑๐๙	๔.๑.๙ อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ ชนิดย้อนทาง (Retrograde Cardioplegia Set)	อันละ	๓,๔๐๐	
	๔๓๐๐	**๔.๓ อุปกรณ์ หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ตีบ (Coronary Intervention)** **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ ๔.๓.๑ -๔.๓.๑๔, ๔.๓.๑๖ สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ตีบ และมีความจำเป็นต้องขยาย (Coronary Intervention) ดังข้อ ๑-๓ ข้างล่างนี้ โดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม และข้อบ่งชี้เพิ่มเติมที่อาจมี ในรายการนั้นๆ รายการ ๔.๓.๑๓ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบได้ด้วย **๑. สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ชนิดเรื้อรังคงที่ (Chronic Stable CAD) จะมีหรือไม่มีอาการก็ตาม ที่มีข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้** ๑.๑ มีหลักฐานว่า มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างมากกว่า ๑๐% ของเวนตริเคิลซ้าย (Proven Large Area of Myocardial Ischemia) ๑.๒ หลอดเลือดตีบมากกว่า ๕๐% ร่วมกับยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาบรรเทาอาการแน่นหน้าอก (Anti-Anginal Agents) แล้ว **๒. สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Segment ไม่ยกสูงในคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Non ST Elevation Acute Coronary Syndrome) ที่มีข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้** ๒.๑ เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงจากการประเมินความเสี่ยงสูง (High-Risk Patients) ๒.๒ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกซ้ำ (Recurrent Angina/ Ischemia) ๒.๓ มีภาวะหัวใจล้มเหลว ความดันโลหิตต่ำ หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง (Heart Failure, Cardiogenic Shock หรือ Malignant Ventricular Arrhythmia) ๒.๔ มีหลักฐานว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จากการตรวจด้วยวิธี Non- Invasive Functional Tests (Stress Inducible Ischemia) **๓. สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูงในคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Acute ST Elevation Myocardial Infarction, STEMI) ดังนี้**			

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๓.๑ การขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน ชนิดปฐมภูมิ (Primary PCI) (๑) ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอกมาไม่นานเกิน ๑๒ ชั่วโมง และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีลักษณะ ST segment Elevation หรือ Undocumented LBBB (๒) ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอก มานานเกิน ๑๒ ชั่วโมง แต่ยังมีอาการแน่นหน้าอกอยู่ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment Elevation หรือ Undocumented LBBB ๓.๒ การขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน ตามหลังการให้ยาสลายลิ่มเลือด (PCI after Fibrinolysis) (๑) ในกรณีผู้ป่วย STEMI ที่มีความเสี่ยงสูง **หมายเหตุ** : ที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือดเป็นผลสำเร็จ อาจพิจารณาทำ PCI ได้ภายใน ๒๔ ชั่วโมง หลังให้ยาสลายลิ่มเลือด (Routine PCI after Successful Fibrinolysis in High-Risk STEMI) (๒) ในกรณีที่ผู้ป่วยที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือดแล้วไม่ได้ผล ไม่มีลักษณะที่บ่งชี้ว่าหลอดเลือดเปิด ได้แก่ ผู้ป่วยที่ยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอยู่ หรือ ST segment ในคลื่นไฟฟ้าหัวใจยังไม่ลดลง ควรได้รับการทำ PCI เร็วที่สุด (Rescue PCI) ทั้งนี้ ไม่รวมถึงการทำ PCI หลังจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายผ่านพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้ว ๓.๓ การขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวนในกรณีที่เกิดภาวะช็อคจากกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวไม่ไหว (Cardiogenic Shock) ตามหลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ๓.๔ การขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว (Elective PCI) ควรทำในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอกซ้ำหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Post MI Angina) หรือมีหลักฐานว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากการตรวจทาง Non-Invasive Functional Test) **หมายเหตุ** : ผู้ป่วย STEMI ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Anterior Infarct) หรือกล้ามเนื้อที่ตายมีบริมาณมาก (Large Infarct) หรือมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวา (Right Ventricular Infarct) หรือเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ (Cardiogenic Shock) หรือเกิดภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง (Malignant Ventricular Arrhythmia)			
๕๙	๔๓๐๑	**๔.๓.๑ สายสวนหลอดเลือดนำทางเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (Coronary Guiding Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายใช้สำหรับนำทางสายสวนที่ใช้ขยายหลอดเลือดชนิดต่างๆ เข้าไปในหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	๓,๕๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๖๐	๔๓๐๒	**๔.๓.๒ สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (PTCA Guide Wire)** **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้สำหรับใส่สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ชนิดต่างๆ ผ่านรอยตีบในหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	๓,๒๐๐	
๖๑	๔๓๐๓	**๔.๓.๓ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน (Coronary Balloon Dilatation catheter หรือ PTCA Balloon)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	๘,๐๐๐	
๖๒	๔๓๐๔	**๔.๓.๔ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวด (Coronary Stent) ชนิดทำจากโลหะ** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ ผลิตจากวัสดุที่ทำมาจากโลหะ (Stainless Steel) **ข้อบ่งชี้** เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง เกณฑ์การพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการรักษาโรค หลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สำนักงานประกาศกำหนด	ชุดละ	๖,๘๐๐	
	๔๓๐๕	**๔.๓.๕ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการใส่สายสวนหลอดเลือดโคโรนารี่ ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยันเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent : DES) ขดลวดค้ำยันชนิดเคลือบยา (Drug-eluting Stent) ใช้เพื่อป้องกันการตีบซ้ำของเส้นเลือดโคโรนารี่ ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเค้นอก (Angina) หรือมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีข้อบ่งชี้ ดังต่อไปนี้ (๑) รอยโรคบริเวณทางแยกของเส้นเลือด (Bifurcation Lesions) (๒) ขนาดหลอดเลือดโคโรนารี่เล็กกว่า ๒.๕ มิลลิเมตร (Small Vessel, Vessel Diameter < ๒.๕ mm) (๓) รอยโรคของหลอดเลือดมีขนาดยาวมากกว่า ๒๐ มิลลิเมตร (Long Lesion Length > ๒๐ mm) (๔) ผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes) (๕) มีเส้นเลือดอุดตันในระดับที่รุนแรงมากกว่า ๓ เดือน (Chronic Total Occlusion > ๓ months) (๖) เกิดเส้นเลือดตีบซ้ำหลังจากรักษาด้วยการใส่สายสวนหัวใจ (In-stent Restenotic Lesion) ซึ่งเกิดจากการเพิ่มจำนวน (Proliferation) อย่างผิดปกติของผนังหลอดเลือดชั้นใน เนื่องจากมี Injury ต่อผนังหลอดเลือดในขณะที่ทำการขยายหลอดเลือด เรียกว่า			

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		Neointimal Hyperplasia ซึ่งพบได้ประมาณ ๓๐% ของการที่หลอดเลือดตีบซ้ำ (Restenosis) (๗) Neointimal Hyperplasia ซึ่งพบได้ประมาณ ๓๐% ของการที่หลอดเลือดตีบซ้ำ (Restenosis) (๘) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) ที่มีการทำงานของไตบกพร่องอย่างรุนแรง (CKD ; CrCl < ๓๐ ml/min/๑.๗๓ m^2 body surface area) (๙) รอยโรคที่หลอดเลือดแดงใหญ่แขนงซ้าย (Left Main Coronary Artery : Ostium หรือ Mid portion) (๑๐)รอยโรคบริเวณหลอดเลือด Aorta (Aorto-Ostial Lesion) (๑๑) รอยโรคที่เคยทำ Bypass Correction/Surgery **<u>ข้อควรระวังในการใช้ขดลวดเคลือบยา (Drug-eluting Stent)</u>** (๑) ในกรณีที่ไม่สามารถซักประวัติผู้ป่วยได้อย่างละเอียดก่อนทำการรักษาผ่านสายสวน เช่น ในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติ (๒) ในกรณีที่ประเมินแล้วว่าผู้ป่วยอาจไม่สามารถรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ๒ ชนิดร่วมกันได้ เป็นระยะเวลานานพอ (อย่างน้อย ๑ ปี) (๓) ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นอาจต้องได้รับการผ่าตัดในอนาคตอันใกล้ (๑๒ เดือน) และจำเป็นต้องหยุดรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดทั้ง ๒ ชนิด (๔) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่าย (Increase Risk of Bleeding) (๕) ในกรณีผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาต้านเกล็ดเลือด (๖) ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ตลอดชีวิตจากภาวะอื่นๆ			
๖๓	๔๓๐๕A	**สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยันเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent) ชนิดโลหะอัลลอยด์**	ชุดละ	๑๒,๕๐๐	
๖๔	๔๓๐๕B	**สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยันเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent) ชนิดโลหะสแตนเลส**	ชุดละ	๙,๔๐๐	
๖๕	๔๓๐๖	**๔.๓.๖ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Coronary Stent Graft)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟต์ที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	๘๐,๐๐๐	
๖๖	๔๓๐๗	**๔.๓.๗ สายสวนหัวกรอกากเพชรเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (Rotational Atherectomy Burr Catheter)** **ลักษณะ** สายสวนที่มีหัวกรอกากเพชรที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	๓๐,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๖๗	๔๓๐๘	**๔.๓.๘ อุปกรณ์ขับเคลื่อนสายสวนหัวกรอกากเพชรเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (Rotational Atherectomy Burr Advancer) (รหัส ๔๓๐๗)** **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์สำหรับกรอด้วยความถี่สูงและขับเคลื่อนสายสวนที่มีหัวกรอกากเพชรที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	๓๐,๐๐๐	
๖๘	๔๓๐๙	**๔.๓.๙ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยบอลลูน ชนิดติดใบมีด (Cutting Balloon Catheter)** **ลักษณะ** สายสวนที่มีบอลลูนชนิดติดใบมีดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับทำการถ่างขยายรักษาการตีบตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ ในกรณีที่ไม่สามารถขยายได้ด้วยสายสวนบอลลูนปกติ	ชุดละ	๒๕,๐๐๐	
๖๙	๔๓๑๐	**๔.๓.๑๐ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ ด้วยการดูดลิ่มเลือด ด้วยวิธีเชิงกล (Thrombectomy Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีอุปกรณ์สำหรับดูดลิ่มเลือดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	๑๗,๐๐๐	
๗๐	๔๓๑๑	**๔.๓.๑๑ สายสวนเพื่อการขยายหรือตัดเซาะหลอดเลือดด้วยลำแสงเลเซอร์ (Laser Angioplasty Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่สามารถปล่อยลำแสงเลเซอร์จากปลายสายใช้เพื่อการขยาย หรือตัดเซาะหลอดเลือดโคโรนารี่ **ข้อบ่งชี้** เพื่อช่วยในการตัดขยายหลอดเลือดขณะทำการดึงสายเครื่องกระตุ้นหัวใจออกจากร่างกายผู้ป่วย ในกรณีที่ไม่สามารถดึงสายเครื่องกระตุ้นหัวใจออกได้ด้วยวิธีการดึงธรรมดา หรือด้วยอุปกรณ์ยึดเหนี่ยวสายเครื่องกระตุ้นหัวใจ (Lead Locking Stylet) **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด และ อายุรแพทย์โรคหัวใจ และกุมารแพทย์โรคหัวใจ ที่ได้รับการฝึกอบรมในห้องปฏิบัติการระบบไฟฟ้าหัวใจ (Electrophysiology Laboratory) ในสถาบันที่มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือได้รับการรับรองจากชมรมช่างไฟฟ้าหัวใจแห่งประเทศไทย และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	ชุดละ	๖๐,๐๐๐	
๗๑	๔๓๑๒	**๔.๓.๑๒ ชุดสายสวนและอุปกรณ์เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย (Distal Embolic Protection Device)** **ลักษณะ** เป็นชุดสายสวนและอุปกรณ์ใช้สำหรับป้องกันลิ่มเลือดที่บริเวณรอยตีบเคลื่อนไปอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย เพื่อความปลอดภัยในการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่และหลอดเลือดแดงส่วนปลายในกรณีที่ลิ่มเลือดมีปริมาณมาก	ชุดละ	๖๐,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ ๑) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาระบบประสาท (Interventional Neuroradiology) ๒) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ๓) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon)			
๗๒	๔๓๑๓	**๔.๓.๑๓ สายสวนเพื่อตรวจภายในหัวใจหรือหลอดเลือดด้วยการถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อน (Intravascular or Intracardiac Ultrasound)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนใช้สำหรับตรวจภายในหัวใจ หรือหลอดเลือดโคโรนารี่ หรือหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ด้วยการถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อน **ข้อบ่งชี้** ๑) คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon) ๒) หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน ระดับ ๑	ชุดละ	๓๔,๐๐๐	
๗๓	๔๓๑๔	**๔.๓.๑๔ สายลวดเพื่อวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนารี่ (Coronary Pressure Wire)** **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้สำหรับวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	๒๗,๐๐๐	
๗๔	๔๓๑๖	**๔.๓.๑๖ สายสวนหลอดเลือดอเนกประสงค์ (Multipurpose หรือ Transit Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดอเนกประสงค์ สำหรับใช้ในการขยายหลอดเลือด และการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ	ชุดละ	๑๕,๐๐๐	
	๔๔๐๐	**๔.๔ อุปกรณ์หรือสายสวนหัวใจสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาโรคหัวใจ อื่นๆ** **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ ๔.๔.๑ - ๔.๔.๗ ใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางกายวิภาคหรือการทำงานของ ลิ้นหัวใจ ผนังหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ หรือหลอดเลือดโคโรนารี่ ที่มีความจำเป็นต้องรับการตรวจโดยการสวนหัวใจ **รายการ ๔.๔.๑ และ ๔.๔.๖** **เพิ่มข้อบ่งชี้สำหรับใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ**			
๗๕	๔๔๐๑	**๔.๔.๑ สายสวนหัวใจและหลอดเลือดเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับวัดความดัน หรือฉีดสีเพื่อถ่ายภาพเอกซเรย์ เช่น NIH, Pigtail Catheter	ชุดละ	๔,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๗๖	๔๔๐๒	**๔.๔.๒ สายสวนหลอดเลือดสำหรับการเจาะผนังระหว่างห้องหัวใจ (Transeptal Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับนำเข็ม สายสวน หรืออุปกรณ์อื่นๆ แทงผ่านผนังห้องหัวใจ	ชุดละ	๔,๐๐๐	
๗๗	๔๔๐๓	**๔.๔.๓ เข็มสำหรับเจาะผนังระหว่างห้องหัวใจ (Needle)** **ลักษณะ** เป็นเข็มใช้สำหรับการเจาะผนังห้องหัวใจเพื่อนำอุปกรณ์หรือสายสวนต่าง ๆ แทงผ่านผนังกั้นห้องหัวใจ	ชุดละ	๘,๐๐๐	
๗๘	๔๔๐๔	**๔.๔.๔ สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอด ชนิดวัดปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Swan-Ganz Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดที่มีบอลลูนที่ปลายสาย และมีช่องสำหรับวัดความดันมากกว่า ๑ ช่อง	ชุดละ	๔,๐๐๐	
๗๙	๔๔๐๕	**๔.๔.๕ สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอด ชนิดมีบอลลูน (Balloon-tip Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดชนิดที่มีบอลลูนที่ปลายสายใช้สำหรับวัดความดันเลือดในปอด	ชุดละ	๓,๐๐๐	
๘๐	๔๔๐๖	**๔.๔.๖ สายลวดสำหรับนำสายสวนหลอดเลือด (Diagnostic Guide Wire)** **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้ใส่นำสายสวนหัวใจอื่นๆ เข้าในหลอดเลือด หรือใช้ในการสลับเปลี่ยนสายสวนหัวใจ (Exchange) มีหลายขนาดความยาว	ชุดละ	๕๐๐	
๘๑	๔๔๐๗	**๔.๔.๗ สายสวนหลอดเลือดสำหรับฉีดสีหลอดเลือดโคโรนารี่ (Diagnostic Coronary Angiography Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับการฉีดสีเพื่อถ่ายภาพเอกซเรย์หลอดเลือดโคโรนารี่ **คุณสมบัติแพทย์ผู้สั่งใช้** ๑) อายุรแพทย์โรคหัวใจ ๒) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจ	ชุดละ	๘๐๐	
๘๒	๔๔๐๘	**๔.๔.๘ สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยบอลลูนธรรมดา (Vulvuloplasty Balloon)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ	ชุดละ	๒๕,๐๐๐	
๘๓	๔๔๐๙	**๔.๔.๙ ชุดสายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจไมตรัล ด้วยบอลลูน** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนและชุดอุปกรณ์เสริม ใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจไมตรัล **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจไมตรัลตีบ	ชุดละ	๘๐,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๘๔	๔๔๑๐	**๔.๔.๑๐ สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยเครื่องขยายก้านโลหะ (Metallic Valvular Dilator)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนซึ่งเป็นเครื่องขยายก้านโลหะ และชุดอุปกรณ์เสริม ใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ และให้เบิกได้เฉพาะอุปกรณ์ใหม่ที่ถูกใช้เป็นครั้งแรกเท่านั้น และให้มีหลักฐานการใช้สำหรับการตรวจสอบด้วย	ชุดละ	๒๘๐,๐๐๐	
๘๕	๔๔๑๑	**๔.๔.๑๑ ขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว (Coil)** **ลักษณะ** เป็นขดลวด ใช้สำหรับปิดรูรั่ว (Coil Embolization) **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือผู้ป่วย PDA **หรือผู้ป่วยมะเร็งตับ**	ชุดละ	๕,๐๐๐	
๘๖	๔๔๑๒	**๔.๔.๑๒ สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว ชนิดปลดได้ (Detachable Coil Delivery System)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนและอุปกรณ์สำหรับใช้ปล่อยขดลวด ชนิดปลดได้ **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือผู้ป่วย PDA	ชุดละ	๖,๐๐๐	
๘๗	๔๔๑๓	**๔.๔.๑๓ สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว ชนิดปากคีบ (Biotome for Controlled Release of Coil)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนและอุปกรณ์สำหรับใช้ปล่อยขดลวดชนิดปากคีบ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือผู้ป่วย PDA	ชุดละ	๒๐,๐๐๐	
๘๘	๔๔๑๕	**๔.๔.๑๕ วัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ (Septal Occluder)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุปิดกั้นที่มี ๒ ด้าน รูปร่างเป็นร่ม เกลียว หรือแผ่น ใช้สำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มี ASD, VSD	ชุดละ	๕๐,๐๐๐	
๘๙	๔๔๑๖	**๔.๔.๑๖ สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ (Delivery System for Septal Occluder)** **ลักษณะ** ชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุใช้คู่กับรายการวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มี ASD, VSD	ชุดละ	๑๙,๐๐๐	
๙๐	๔๔๑๗	**๔.๔.๑๗ วัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด (Duct Occluder)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุปิดกั้นที่มี ๒ ด้าน รูปร่างเป็นร่ม เกลียว หรือแผ่น ใช้สำหรับปิดช่องต่อที่ผิดปกติระหว่างหลอดเลือดที่อยู่ติดกัน **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มี PDA	ชุดละ	๓๕,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๙๑	๔๔๑๘	**๔.๔.๑๘ สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด (Delivery System for Duct Occluder)** **ลักษณะ** ชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุ ใช้คู่กับรายการวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด (Duct Occluder) (รหัส ๔๔๑๗) **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มี PDA	ชุดละ	๑๙,๐๐๐	
๙๒	๔๔๑๙	**๔.๔.๑๙ ตะแกรงกรองลิ่มเลือดหลอดเลือดดำใหญ่ (IVC Interruption Device)** **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์ใช้สำหรับดักลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำใหญ่ **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดในปอด และ/หรือหลอดเลือดดำส่วนปลาย	ชุดละ	๔๐,๐๐๐	
๙๓	๔๔๒๐	**๔.๔.๒๐ สายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายรูผนังกั้นห้องหัวใจเอเตรียม (Balloon Atrial Septostomy Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายผนังกั้นห้องหัวใจเอเตรียม **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยเพื่อเปิดทางเดินระหว่างผนังกั้นห้องหัวใจห้องบน ในกรณีที่เลือดไม่สามารถไหลเวียนในทิศทางปกติได้	ชุดละ	๖,๐๐๐	
๙๔	๔๔๒๑	**๔.๔.๒๑ สายสวนสำหรับคล้องเกี่ยว (Snare Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนใช้สำหรับคล้องเกี่ยววัสดุอุปกรณ์อื่นในการสวนหัวใจในกรณีมีการหลุด เคลื่อนที่ หรือหักชำรุด เพื่อนำวัสดุอุปกรณ์นั้นๆ ออกจากร่างกาย **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจ และมีชิ้นส่วนของอุปกรณ์ค้างอยู่ในหลอดเลือด	ชุดละ	๒๐,๐๐๐	
๙๕	๔๔๒๒	**๔.๔.๒๒ สายสวนสำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจ (Endomyocardial Biopsy)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนใช้สำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจเพื่อการวินิจฉัยโรค **ข้อบ่งชี้** สำหรับวินิจฉัยและติดตามพยาธิสภาพ ๑) โรคของกล้ามเนื้อหัวใจ ๒) โรคเยื่อหุ้มภายในห้องหัวใจ	ชุดละ	๒๐,๐๐๐	
๙๖	๔๔๒๓	**๔.๔.๒๓ สายสวนและอุปกรณ์สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardiocentesis)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนและอุปกรณ์ใช้สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจเพื่อการวินิจฉัยและการรักษา **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีของเหลวที่ผิดปกติในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ	ชุดละ	๕,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๙๗	๔๔๒๔	**๔.๔.๒๔ สายสวนหลอดเลือดแดงเอออร์ต้าใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ (Intra Aortic Balloon Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้า ประกอบด้วย บอลลูนซึ่งต่อเชื่อมกับเครื่องปั๊มก๊าซใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลวที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล	ชุดละ	๒๘,๐๐๐	
	๔๕๐๐	**๔.๕ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร (Permanent Pacemaker Generator) เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ และสาย** **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ ๔.๕.๑ - ๔.๕.๔ สำหรับผู้ป่วยที่หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดช้า (Bradyarrhythmia) ที่มีอาการเป็นลมหมดสติหรืออัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า ๔๐ ครั้ง/นาทีโดยเฉลี่ย หรือมีอาการอื่นที่บ่งถึงการทำงานของหัวใจไม่เพียงพอ หรือร่วมกับการพยากรณ์โรคที่เลวในระยะยาวในผู้ป่วยแต่ละราย			
๙๘	๔๕๐๑	**๔.๕.๑ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียว (Single Chamber Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างห้องเดียว	ชุดละ	๔๐,๐๐๐	
๙๙	๔๕๐๒	**๔.๕.๒ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียวปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ (Rate Responsive Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นห้องเดียวสามารถปรับอัตราการเต้นขึ้นลงได้ตามความต้องการของร่างกายโดยอัตโนมัติ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่ การใส่ Fixed Rate Pacemaker ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของร่างกายได้ เช่น อายุน้อยมีกิจกรรมการทำงานมาก	ชุดละ	๕๔,๐๐๐	
๑๐๐	๔๕๐๓	**๔.๕.๓ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องต่อเนื่องกัน (Dual Chamber Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องบนและห้องล่างต่อเนื่องกันเหมือนในธรรมชาติ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการ AV Synchrony เช่น หัวใจห้องล่างบีบตัวอ่อน หรือ Hypertrophic Cardiomyopathy	ชุดละ	๗๒,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๑๐๑	๔๕๐๔	**๔.๕.๔ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องต่อเนื่องกันปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ (Dual Chamber Rate Responsive Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องบนและห้องล่างต่อเนื่องกัน และสามารถปรับอัตราการเต้นได้โดยอัตโนมัติ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ตามข้อ ๔.๕.๒ ร่วมกับ ๔.๕.๓	ชุดละ	๘๐,๐๐๐	
๑๐๒	๔๕๐๕	**๔.๕.๕ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Resynchronization Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยเพิ่มกำลังการบีบตัวของหัวใจโดยกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน **ข้อบ่งชี้** ใช้ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ที่มีอาการรุนแรง (NYHA class III/IV ดื้อต่อการรักษาด้วยยาอยู่ในกลุ่มโรค Dilated Cardiomyopathy หรือ Ischemic Cardiomyopathy)	ชุดละ	๑๘๐,๐๐๐	
๑๐๓	๔๕๐๖	**๔.๕.๖ เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable Cardioverter-Defibrillator Lead)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช็อคไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติฝังไว้ในร่างกายผู้ป่วย **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ๑) มีการเต้นของหัวใจเร็วผิดปกติชนิดร้ายแรง (Ventricular Tachycardia or Fibrillation) ซึ่งไม่พบสาเหตุ หรือไม่สามารถรักษาโรคพื้นฐานให้หายได้ ๒) เป็นผู้ที่รอดจากการเสียชีวิตกระทันหัน ที่น่าจะมีสาเหตุมาจากการเต้นผิดจังหวะของหัวใจชนิดร้ายแรง ๓) มีโรคหัวใจอยู่แล้ว และมีอัตราเสี่ยงสูงที่จะเกิดการเต้นผิดจังหวะชนิดร้ายแรง เช่น เคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน และมีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายอ่อน (LVEF< ๓๕%) หรือเป็น Long QT Syndrome **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** แพทย์ด้านช่างไฟฟ้าในหัวใจ (electrophysiologist)	ชุดละ	๑๘๐,๐๐๐	
๑๐๔	๔๕๐๗	**๔.๕.๗ สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร** **ลักษณะ** เป็นสายนำไฟฟ้า จากเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรเข้าสู่หัวใจ **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับรายการ ๔.๕.๑	ชุดละ	๑๕,๐๐๐	
๑๐๕	๔๕๐๘	**๔.๕.๘ สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราว** **ลักษณะ** เป็นสายนำไฟฟ้า จากเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจ เข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจ ชนิดใส่ไว้ชั่วคราว	ชุดละ	๔,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ ๔.๕.๑ แต่ใช้ในผู้ป่วยซึ่งมีทางเดินไฟฟ้าติดขัดชั่วคราว หรือใช้ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อรอการตัดสินใจที่จะใส่ชนิดถาวรต่อไป			
๑๐๖	๔๕๐๙	**๔.๕.๙ สายกระตุ้นหัวใจห้องล่างซ้ายพร้อมอุปกรณ์การใส่ (Coronary Sinus Pacing Lead)** **ลักษณะ** ใช้กับเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Resynchronization Pacemaker) **ข้อบ่งชี้** เหมือนรายการ ๔.๕.๕	ชุดละ	๗๐,๐๐๐	
๑๐๗	๔๕๑๐	**๔.๕.๑๐ สายเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable Cardioverter - Defibrillator Lead)** **ลักษณะ** เป็นสายต่อจากเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติเข้าไปภายในห้องหัวใจ **ข้อบ่งชี้** เหมือนรายการ ๔.๕.๖	ชุดละ	๙๐,๐๐๐	
๑๐๘	๔๕๑๑	**๔.๕.๑๑ แผ่นปิดหน้าอกเพื่อรับหรือปล่อยไฟฟ้าในการกระตุ้นหัวใจ (Disposable Defibrillation Electrode, Disposable Pacing Electrode)** **ลักษณะ** เป็นแผ่นเจลขนาดใหญ่ใช้ปิดที่หน้าอกผู้ป่วย ๒ แผ่น เพื่อรับไฟฟ้าจากผู้ป่วย หรือปล่อยไฟฟ้ากระตุ้นหรือกระตุกหัวใจ จากภายนอกร่างกาย **ข้อบ่งชี้** ๑) ใช้กระตุกหัวใจชั่วคราวโดยต่อกับเครื่องกระตุกหัวใจภายนอกร่างกายในกรณีฉุกเฉิน หรือ ๒) ใช้ monitor ในการตรวจระบบไฟฟ้าภายในหัวใจ (Cardiac Electrophysiologic Study) ๓) ถ้าใช้ monitor ระหว่างทำ PCI ต้องเป็นผู้ป่วยที่มี Cardiovascular Instability เท่านั้น	ชุดละ	๓,๐๐๐	
	๔๖๐๐	**๔.๖ สายสวนหัวใจชนิดขั้วโลหะรับสัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ** **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ ๔.๖.๒ - ๔.๖.๔ สำหรับผู้ป่วยที่มี หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็ว (Tachyarrhythmia) หรือเต้นสะดุด (Ectopic Beats) ที่มีอาการ หรืออาจเป็นอันตรายต่อชีวิต			
๑๐๙	๔๖๐๑	**๔.๖.๑ สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ (Multipolar electrode catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒-๑๐ ขั้ว ใช้ในการตรวจระบบไฟฟ้าภายในหัวใจ (Cardiac Electrophysiologic study) **ข้อบ่งชี้** ๑) Syncope or near syncope of unknown etiology ๒) Arrthymia induction	ชุดละ	๑๖,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๑๑๐	๔๖๐๒	**๔.๖.๒ สายสวนหัวใจเพื่อการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดธรรมดา (Deflectable ablation catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒ -๑๐ ขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วให้หายขาด ด้วยคลื่นวิทยุ (Radiofrequency Ablation)	ชุดละ	๒๘,๐๐๐	
๑๑๑	๔๖๐๓	**๔.๖.๓ ชุดสายสวนหัวใจเพื่อการตรวจรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยการสร้างภาพสามมิติ** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่ใช้ร่วมกับคอมพิวเตอร์ในการสร้างภาพหัวใจแบบสามมิติในสนามแม่เหล็ก เมื่อไม่สามารถใช้สายจี้หัวใจปกติในการตรวจรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วที่ไม่สามารถใช้สายจี้หัวใจปกติในการตรวจรักษาได้ เพราะวงจรการเต้นผิดจังหวะมีความซับซ้อน	ชุดละ	๑๐๐,๐๐๐	
๑๑๒	๔๖๐๔	**๔.๖.๔ สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจ ชนิดหลายขั้ว (Multi-Electrode Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒-๑๐ ขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillator	ชุดละ	๖๐,๐๐๐	
๑๑๓	๔๖๐๕	**๔.๖.๕ สายต่อสายสวนหัวใจเพื่อรับคลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจ (Connecting Cable for Multi-Electrode Catheter)** **ลักษณะ** ใช้ต่อสายสวนหัวใจชนิดขั้วโลหะเพื่อนำสัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจเข้ากับเครื่องแสดงผลบนจอภาพ **ข้อบ่งชี้** ๑) Syncope or near syncope of unknown etiology ๒) Arrthythmia induction	ชุดละ	๕,๐๐๐	
	๔๗๐๐	**๔.๗ อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับนำเข้าและซ่อมปิดหลอดเลือด ลวดนำสายสวน และสายสวนนำทาง**			
๑๑๔	๔๗๐๑	**๔.๗.๑ ท่อนำสายสวนเข้าหลอดเลือด** (Introducer Sheath) **ลักษณะ** เป็นท่อนำใส่เข้าทางหลอดเลือด (ใช้ได้ทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง) เพื่อเป็นช่องทางสำหรับใส่ และเปลี่ยนสายสวนเพื่อการวินิจฉัย หรือรักษาผู้ป่วย **ข้อบ่งชี้** ใช้เพื่อเป็นทางนำเพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคผ่านทางหลอดเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด **และผู้ป่วยมะเร็งตับที่ไม่สามารถผ่าตัดได้** **<u>คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้</u>** ๑) รังสีแพทย์ (Radiologist) ๒) อายุรแพทย์โรคหัวใจ	ชุดละ	๘๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๓) ศัลยแพทย์อนุสาขาวิชาศัลยแพทย์หลอดเลือดที่ได้รับวุฒิบัตรซึ่งรับรองจากแพทยสภาและสมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทย ๔) กุมารแพทย์โรคหัวใจ			
๑๑๕	๔๗๐๒	**๔.๗.๒ ชุดอุปกรณ์ที่สามารถเย็บปิดรอยเจาะผนังหลอดเลือด (Vascular Closure Device)** **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์ที่สามารถเย็บปิดรอยเจาะผนังหลอดเลือดแดงหรือฉีดสารสมานหลอดเลือดที่ผนังด้านนอกของหลอดเลือดแดง **ข้อบ่งชี้** ใช้เย็บปิดหลอดเลือดแดงหลังการทำหัตถการทุกชนิด (ที่ทำผ่านหลอดเลือดแดง) ในกรณีที่ ๑) ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะนอนนิ่งๆ นานเกิน ๖ ชั่วโมงได้ หลังการห้ามเลือดแบบธรรมดา ได้แก่ โรคทางระบบประสาท หรือกล้ามเนื้อกระตุก และโรคกระดูกสันหลัง ๒) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้ยากันเลือดแข็งตัว (Anticoagulant) ต่อเนื่องโดยไม่สามารถหยุดชั่วคราวเพื่อการห้ามเลือดได้ **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ๑) รังสีแพทย์ (Radiologist) ๒) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด และกุมารแพทย์โรคหัวใจที่มีประสบการณ์การทำงานด้านหัวใจมาอย่างน้อย ๑ ปี และได้รับการรับรองจากคณะอนุกรรมการด้านการรักษาผ่านสายสวนของชมรมกุมารแพทย์ ศัลยแพทย์อนุสาขาวิชาศัลยศาสตร์หลอดเลือด	ชุดละ	๖,๐๐๐	
๑๑๖	๔๗๐๔	**๔.๗.๔ สายสวนหลอดเลือดนำทางสำหรับการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral Guiding Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายชนิดต่างๆ เข้าในหลอดเลือด **ข้อบ่งชี้** ใช้กับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบหรือตัน	ชุดละ	๗,๐๐๐	
๑๑๗	๔๗๐๕	**๔.๗.๕ สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral Angioplasty Guide Wire)** **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้สำหรับนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายชนิดต่างๆ ผ่านรอยตีบในหลอดเลือด **ข้อบ่งชี้** ใช้กับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบ หรือตัน	ชุดละ	๔,๐๐๐	
	๔๘๐๐	**๔.๘ อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ ตีบหรือตัน** **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ ๔.๘.๑- ๔.๘.๔ สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลาย ตีบหรืออุดตัน **เฉพาะรายการ ๔.๘.๑ และ ๔.๘.๒ เพิ่มข้อบ่งชี้ให้ใช้สำหรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ**			

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๑๑๘	๔๘๐๑	**๔.๘.๑ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยบอลลูน (Peripheral Balloon Dilatation Catheter หรือ PTA Balloon)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย **ข้อบ่งชี้** ใช้รักษาโรคหลอดเลือดแดงตีบ **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ๑) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body Intervention Radiology) ๒) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมระบบประสาท (Intervention Neuroradiology) ๓) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ๔) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon)	ชุดละ	๑๓,๐๐๐	
๑๑๙	๔๘๐๒	**๔.๘.๒ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยขดลวด (Peripheral Stent)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย **ข้อบ่งชี้** ใช้รักษาโรคหลอดเลือดแดงตีบ ที่จำเป็นต้องใส่ขดลวดค้ำยัน **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ๑) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body Intervention Radiology) ๒) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมระบบประสาท (Intervention Neuroradiology) ๓) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ๔) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon)	ชุดละ	๔๒,๐๐๐	
๑๒๐	๔๘๐๓	**๔.๘.๓ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Peripheral Stent Graft)** **ลักษณะ** เป็นโครงลวดถ่างขยายที่มีขนาดและความยาวต่างๆกัน และมีกราฟต์หุ้มขดลวดโดยรอบ โดยใช้สายสวนหลอดเลือดเป็นตัวนำ **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีรูรั่วของหลอดเลือดแดง หรือโรคหลอดเลือด โป่งพอง **<u>คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้</u>** ๑) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body intervention radiology) ๒) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมระบบประสาท (Intervention Neuroradiology) ๓) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ๔) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon)	ชุดละ	๑๐๐,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๑๒๑	๔๘๐๔	๔.๘.๔ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เออร์ต้า ด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Aortic Stent Graft) **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟที่ปลายสายใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เออร์ต้า **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับขยายหลอดเลือดแดงใหญ่ในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน หรือใช้ค้ำยันหลอดเลือดแดงใหญ่เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโป่งพอง **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ๑) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ๒) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon)	ชุดละ	๒๒๐,๐๐๐	
		หมวด ๕ ทางเดินอาหาร			
	๕๑๐๐	**๕.๑ ท่อ/สาย/ถุงให้อาหาร**			
๑๒๒	๕๑๐๑	**๕.๑.๑ สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่กระเพาะอาหาร (Nasogastric Tube) ระยะยาว** **ลักษณะ** เป็นท่อซิลิโคนที่มีความอ่อนนุ่ม มีการระคายเคืองต่อจมูกน้อย **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่กินอาหารทางปากไม่ได้ มีความจำเป็นต้องคาสายไว้นานเกิน ๑ เดือน	เส้นละ	๓๐๐	
๑๒๓	๕๑๐๓	**๕.๑.๓ ชุดสายสวนกระเพาะอาหารแบบใส่ผ่านกล้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy : PEG Set)** **ลักษณะ** ประกอบด้วยสายสวนกระเพาะอาหาร และอุปกรณ์สำหรับช่วยในการใส่สายสวนนี้ จากผนังท้องเข้าสู่กระเพาะอาหารโดยตรงร่วมกับการส่องกล้อง โดยไม่ต้องผ่าตัด **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารเข้าทางกระเพาะอาหารโดยตรง จำเป็นต้องคาสายไว้นาน ๔ เดือนขึ้นไป	อันละ	๔,๔๐๐	
๑๒๔	๕๑๐๔	**๕.๑.๔ สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่ลำไส้เล็ก (Nasojejunostomy, NJ tube)** **ลักษณะ** เป็นท่อซิลิโคน มีความยาวพอสำหรับใส่ผ่านรูจมูกสู่ลำไส้เล็กมีการระคายเคืองต่อจมูกน้อย **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่กระเพาะอาหารไม่ทำงาน ต้องให้อาหารผ่านทางสายเป็นเวลานานเกิน ๑ เดือน	เส้นละ	๒,๗๐๐	
	๕๒๐๐	**๕.๒ วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้/ใส่ภายในทางเดินอาหารเพื่อห้ามเลือด**			
๑๒๕	๕๒๐๑	**๕.๒.๑ ชุดยางรัดเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร (Esophageal Variceal Band Ligator)** **ลักษณะ** ประกอบด้วยยางรัดไม่น้อยกว่า ๔ เส้น และอุปกรณ์สำหรับช่วยในการนำไปรัดเส้นเลือดขอดร่วมกับการใช้กล้องส่อง	ชุดละ	๔,๕๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร หรือกระเพาะอาหารที่อยู่ในภาวะเลือดออก เฉียบพลัน และที่ต้องได้รับการทำลายหลอดเลือดขอดเพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำ			
	๕๓๐๐	**๕.๓ วัสดุ/อุปกรณ์ใช้ถ่างขยายระบายท่อน้ำดี**			
๑๒๖	๕๓๐๑	**๕.๓.๑ อุปกรณ์ขยายท่อน้ำดี** (Biliary Dilator) **ข้อบ่งชี้** ใช้ขยายท่อน้ำดีที่อุดตันก่อนการใส่ท่อระบาย	เส้นละ	๒,๕๐๐	
๑๒๗	๕๓๐๒	**๕.๓.๒ ท่อระบายน้ำดี ชนิดพลาสติก** (Biliary and Pancreatic Duct Stent : Plastic type) **ลักษณะ** เป็นท่อใช้ใส่ในท่อน้ำดีเพื่อกันไม่ให้ตีบตัน ใส่ผ่านกล้องส่องทางเดินอาหาร **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีท่อน้ำดีและตับอ่อนอุดตัน	อันละ	๑,๓๐๐	
๑๒๘	๕๓๐๓	**๕.๓.๓ ท่อระบายน้ำดี ชนิดโลหะ** (Biliary Stent : Self Expandable Metal Stent) **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์โลหะใช้ใส่ในท่อน้ำดีเพื่อค้ำยันไม่ให้ตีบตัน ใส่โดยผ่านกล้องส่อง เมื่อใส่เข้าไปแล้วจะขยายขึ้นเป็นรูปร่างแบบท่อ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยท่อน้ำดีอุดตันจากเนื้องอกที่ไม่สามารถผ่าตัดรักษาได้	อันละ	๒๐,๐๐๐	
๑๒๙	๕๓๐๔	**๕.๓.๔ ท่อระบายน้ำดีชนิดมีปลายเปิดทางจมูก** (Naso Biliary Tube) **ข้อบ่งชี้** ใช้รักษาผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบรั่ว	อันละ	๒,๒๐๐	
	๕๕๐๐	**๕.๕ เครื่องมือช่วยการผ่าตัด(อวัยวะแบบอัตโนมัติ)** **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ ๕.๕.๑-๕.๕.๓ ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด ตัดต่ออวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ ที่ไม่สามารถผ่าตัดต่อด้วยวิธีปกติ โดยเลือกใช้ตามลักษณะของการผ่าตัดต่ออวัยวะ			
๑๓๐	๕๕๐๑	**๕.๕.๑ เครื่องมือตัดต่ออวัยวะอัตโนมัติแบบวงกลม** **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับตัดต่อหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้	อันละ	๑๓,๕๐๐	
๑๓๑	๕๕๐๒	**๕.๕.๒ เครื่องมือเย็บอวัยวะแบบอัตโนมัติ** **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับการตัดเย็บอวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้	อันละ	๗,๔๐๐	
๑๓๒	๕๕๐๓	**๕.๕.๓ เครื่องมือเย็บอวัยวะอัตโนมัติแบบปรับหัวได้** **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับการตัดเย็บอวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้	อันละ	๘,๐๐๐	
	๕๗๐๐	**๕.๗ วัสดุ/อุปกรณ์ใช้เก็บของเสียจากลำไส้** **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ ๕.๗.๑-๕.๗.๔ สำหรับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดที่หน้าท้อง			
๑๓๓	๕๗๐๑	**๕.๗.๑ ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ (Colostomy Bag) ชนิดใช้ระยะยาว แบบมีเข็มขัด**	ถุงละ	๕๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๑๓๔	๕๗๐๒	๕.๗.๒ ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ (Colostomy Bag) ชนิดใช้ระยะยาว ใช้ร่วมกับแป้นปิดรอบลำไส้	ถุงละ	๕๐	
๑๓๕	๕๗๐๓	๕.๗.๓ แป้นปิดรอบลำไส้ (Colostomy Flange)	อันละ	๑๔๐	
๑๓๖	๕๗๐๔	๕.๗.๔ แผ่นปิดรักษาแผลเปื่อย **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีแผลเปื่อยจากการที่มีลำไส้เปิดที่หน้าท้อง เนื่องจากสิ่งขับถ่ายทำให้ผิวหนังอักเสบ	ชิ้นละ	๔๖๐	
		หมวด ๗ กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น			
	๗๐๐๐	๗.๐ ข้อเทียม			
๑๓๗	๗๐๐๑	๗.๐.๑ ข้อนิ้ว **ลักษณะ** เป็นข้อเทียมสำหรับ Metacarpophalangeal Joint **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วยซึ่ง ๑) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์ (Conservative Treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ ๔) มีข้อมูลชัดเจนว่า ผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา	ข้อละ	๑๑,๐๐๐	
๑๓๘	๗๐๐๒**	๗.๐.๒ ข้อสอก **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑	ข้อละ	๒๒,๐๐๐	
๑๓๙	๗๐๐๓	๗.๐.๓ ข้อไหล่ **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑	ข้อละ	๖๕,๐๐๐	
๑๔๐	๗๐๐๔	๗.๐.๔ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้	ข้อละ	๔๙,๘๐๐	
๑๔๑	๗๐๐๔A	๗.๐.๔ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้ **ข้อบ่งชี้** ๑) สำหรับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty, TKA) เป็นไปตามข้อบ่งชี้ในประกาศแนวปฏิบัติสำหรับให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม ตามที่สำนักงานประกาศกำหนด ๒) สำหรับกรณีอื่นๆ ได้แก่ อุบัติเหตุ เนื้องอกของกระดูก และการเจ็บป่วยอื่น ซึ่งมีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น	ข้อละ	๔๙,๘๐๐	
๑๔๒	๗๐๐๔B	๗.๐.๔ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้ **ข้อบ่งชี้** ๑) สำหรับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน (Medial Unicompartmental Knee Arthroplasty, UKA) เป็นไปตามข้อบ่งชี้ในประกาศแนวปฏิบัติสำหรับให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม ตามที่สำนักงานประกาศกำหนด	ข้อละ	๔๙,๘๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๒) สำหรับกรณีอื่นๆ ได้แก่ อุบัติเหตุ เนื้องอกของกระดูก และการเจ็บป่วยอื่น ซึ่งมีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น			
	๗๐๐๕	**๗.๐.๕ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้**	ข้อละ	๔๙,๘๐๐	
๑๔๓	๗๐๐๕A	**๗.๐.๕ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ ๗๐๐๔A	ข้อละ	๔๙,๘๐๐	
๑๔๔	๗๐๐๕B	**๗.๐.๕ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ ๗๐๐๔B	ข้อละ	๔๙,๘๐๐	
๑๔๕	๗๐๐๖	**๗.๐.๖ ข้อตะโพกมีเบ้า (Total Hip Prosthesis) รวมทั้งอุปกรณ์เสริม ไม่รวมซีเมนต์กระดูก** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑	ข้อละ	๓๗,๐๐๐	
๑๔๖	๗๐๐๗	**๗.๐.๗ ข้อตะโพกไม่มีเบ้า (Unipolar prosthesis)** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑	ข้อละ	๑๐,๕๐๐	
๑๔๗	๗๐๐๘	**๗.๐.๘ ข้อตะโพกแบบมีเบ้าชนิดพิเศษเฉพาะบุคคล (Elmentlon)** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพในผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมมาแล้ว หรือข้อถูกทำลายจากเนื้องอก หรือการติดเชื้อ ซึ่ง ๑) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยมที่ ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ ๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลาหรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา	ข้อละ	๑๒๐,๐๐๐	
๑๔๘	๗๐๐๙	**๗.๐.๙ วัสดุรองเบ้าข้อตะโพก (Supporting Ring)** **ข้อบ่งชี้** เสริมเบ้าข้อสะโพกที่เสื่อมสภาพ ที่มีพยาธิสภาพมาก ไม่สามารถใช้ข้อเทียมชนิดที่ใช้กันทั่วไปได้ พิจารณาได้จากภาพถ่ายรังสี และลักษณะข้อที่ถูกทำลายที่ตรวจพบขณะผ่าตัด	ข้อละ	๙,๕๐๐	
๑๔๙	๗๐๑๐	**๗.๐.๑๐ ข้อตะโพกไม่มีเบ้าชนิด ๒ ชั้น (ไบโพล่า)** **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพ ซึ่ง ๑) ข้อเสื่อมสภาพ ชนิดที่เกิดการทำลายเฉพาะหัวกระดูกต้นขา หรือ ๒) กระดูกบริเวณข้อตะโพกหัก ชนิดที่ไม่สามารถดึงกระดูกให้เข้าที่และตามกระดูกภายในด้วยโลหะได้	ข้อละ	๓๕,๐๐๐	
๑๕๐	๗๐๑๑	**๗.๐.๑๑ ข้อสะโพกมีเบ้า (ชนิดไม่ใช้ซีเมนต์)** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วย ซึ่ง ๑) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์ (conservative treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ	ข้อละ	๖๐,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ ๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา ๕) เป็นการรักษาสำหรับผู้ที่อายุน้อยกว่า ๗๕ ปี หรือพิจารณาวินิจฉัยการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ			
๑๕๑	๗๐๑๙	**๗.๐.๑๙ ข้อตะโพกมีเบ้า (ชนิด hybrid)** **ลักษณะ** **๑. ก้านสะโพกเทียมแบบใช้สารยึดกระดูก** ๑.๑) ก้านสะโพกเป็นชนิดผิวเรียบเป็นมัน มีลักษณะเป็นรูปลิ่ม และผิวก้านสะโพกไม่ยึดติดกับสารยึดกระดูก (bone cement) ไม่มีส่วนคอของก้านสะโพก (collar) ๑.๒) ส่วนที่ต่อกับหัวข้อตะโพกมีลักษณะเป็น modular คือสามารถใช้กับหัวข้อตะโพกหลายๆขนาดได้ ๑.๓) เป็นก้านสะโพกเทียมลักษณะก้านตรงและก้านมี Taper เพื่อป้องกันการเกิด Stress Shielding ๑.๔) สามารถต่อกับ Centralizer ด้านปลายของก้านสะโพกเทียมได้ ๑.๕) ก้านสะโพกมีขนาดให้เลือกหลายขนาดให้เหมาะสมกับขนาดของโพรงกระดูกผู้ป่วย **๒. เบ้าสะโพกเทียมแบบไม่ใช้สารยึดกระดูก** ๒.๑) เป็นเบ้าสะโพกเทียมแบบไม่ใช้สารยึดกระดูก ๒.๒) พื้นผิวของเบ้าสะโพกเทียมทั้งหมดมีการทำพื้นผิวแบบ porous-coated เพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดมีกระดูกเข้าไปยึดติดกับเบ้าข้อเทียม ๒.๓) ผลิตจากโลหะ Titanium Alloy ๒.๔) เบ้าสะโพกเทียมมีขนาดให้เลือกหลายขนาด **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วย ซึ่ง ๑) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์ (conservative treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทาง ชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ ๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา	ข้อละ	๔๕,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
	๗๑๐๐	**๗.๑ กระดูกเทียม และเส้นเอ็นเทียม**			
๑๕๒	๗๑๐๑	**๗.๑.๑ หัวกระดูกเรเดียสเทียม** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนส่วนกระดูกเรเดียสที่ชำรุด เสียหายจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูกที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การดึงกระดูกให้เข้าที่และดามด้วยโลหะได้	ชิ้นละ	๔,๐๐๐	
๑๕๓	๗๑๐๒	**๗.๑.๒ สารทดแทนกระดูกเพื่อการสร้างกระดูก** **ลักษณะ** เป็นสารจำพวกเซรามิก เช่น Hydroxyapatite, Calcium phosphate, Tricalcium phosphate และ Calcium salphate **ข้อบ่งชี้** ทดแทนกระดูกที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูก หรือกระดูกของผู้ป่วยมีปริมาณไม่เพียงพอ โดยไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยม และการผ่าตัดบางวิธี เช่น การตรึงกระดูกให้เข้าที่ การเชื่อมกระดูกให้ติดกัน การดามกระดูกด้วยโลหะดามกระดูก **หมายเหตุ** ใช้ได้ไม่เกิน ๒๐ ซีซี ต่อการผ่าตัด ๑ ครั้ง	๕ ซีซี	๒,๐๐๐	
๑๕๔	๗๑๐๓	**๗.๑.๓ เส้นเอ็นเทียมใช้บริเวณมือ** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนเส้นเอ็นบริเวณมือและแขนส่วนล่างที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บหรือโรคของเอ็นที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การเย็บต่อเส้นเอ็นให้เข้าที่หรือใช้การปลูกเส้นเอ็นจากส่วนอื่นของร่างกายได้	เส้นละ	๓,๕๐๐	
	๗๒๐๐	**๗.๒ โลหะดามยึดกระดูก**			
๑๕๕	๗๒๐๑	**๗.๒.๑ โลหะใส่ในโพรงกระดูก (Nail) ชนิดไม่มีรูล็อก (K-nail)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณรยางค์ โดยเป็นการหักชนิดที่ ไม่รุนแรง และรูปแบบการหักไม่ซับซ้อน	ชิ้นละ	๑,๔๐๐	
๑๕๖	๗๒๐๒**	**๗.๒.๒ โลหะใส่ในโพรงกระดูก(Nail) ชนิดมีรูล็อก (รวมค่าสกรู)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณรยางค์ โดยเป็นการหักชนิดที่รุนแรง และรูปแบบการหักที่ซับซ้อนไม่สามารถใช้โลหะใส่ในโพรงกระดูกชนิดธรรมดาได้	ชุดละ	๙,๐๐๐	
๑๕๗	๗๒๐๓	**๗.๒.๓ โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดไม่มีเกลียว (Nail Plate) รวมสกรู** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อตะโพกและข้อเข่าจากการบาดเจ็บ หรือโรคโดยเป็นการหักชนิดที่ยังคงมีความมั่นคง เป็นการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง และรูปแบบการหักไม่ซับซ้อน	ชุดละ	๕,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๑๕๘	๗๒๐๔	**๗.๒.๔ โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกข้อตะโพก ชนิดมีเกลียว เช่น ชุด Dynamic Hip Screw** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อตะโพก จากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรง และรูปแบบการหักที่ซับซ้อน	ชุดละ	๑๑,๐๐๐	
๑๕๙	๗๒๐๕	**๗.๒.๕ โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกที่เข่า ชนิดมีเกลียว เช่น ชุด Dynamic Condylar Screw** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อเข่า จากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคงกระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อน	ชุดละ	๑๑,๐๐๐	
๑๖๐	๗๒๐๖	**๗.๒.๖ โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดแยกชิ้น เช่น Gamma Nail รวมสกรู** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อตะโพกจากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อน	ชุดละ	๒๔,๐๐๐	
๑๖๑	๗๒๐๗**	**๗.๒.๗ โลหะดามกระดูกสันหลัง ส่วนคอ (Cervical Locking Plate)** **ระดับแรก ไม่เกิน ๒๔,๐๐๐ บาท** **ระดับถัดไป ไม่เกิน ๑๒,๐๐๐ บาทต่อระดับ** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้ **ลักษณะ** มีแผ่นโลหะ ๑ ชิ้นและสกรูอย่างน้อย ๔ ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด)	ระดับละ	๒๔,๐๐๐	
๑๖๒	๗๒๐๘**	**๗.๒.๘ โลหะดามกระดูกสันหลัง ส่วนอก,เอว (PDS)** **ระดับแรก ไม่เกิน ๒๕,๐๐๐ บาท** **ระดับถัดไป ไม่เกิน ๑๒,๕๐๐ บาท ต่อระดับ** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนอก หรือเอว ที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้ **ลักษณะ** มีแท่งโลหะ ๒ ชิ้น และสกรูอย่างน้อย ๔ ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด)	ระดับละ	๒๕,๐๐๐	
๑๖๓	๗๒๐๙	**๗.๒.๙ แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดกว้าง (Broad Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกรยางค์ขนาดใหญ่ที่หักและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	๕,๒๐๐	
๑๖๔	๗๒๑๐	**๗.๒.๑๐ แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดแคบ (Narrow Plate)** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ ๗.๒.๙	ชิ้นละ	๒,๕๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๑๖๕	๗๒๑๑	**๗.๒.๑๑ แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดมีแผ่นพยุง (Buttress Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกรยางค์ขนาดใหญ่ที่หักบริเวณข้อและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	๓,๘๐๐	
๑๖๖	๗๒๑๒	**๗.๒.๑๒ แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดเล็ก (Small Fragment Plate, Mini Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกรยางค์ขนาดเล็กที่หัก และไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้ หรือการยึดตรึงกระดูกใบหน้าและกะโหลกศีรษะในกรณีกระดูกหัก หรือมีการตัดกระดูกเพื่อการรักษาโรค	ชิ้นละ	๑,๕๐๐	
๑๖๗	๗๒๑๓	**๗.๒.๑๓ แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดดัดได้ (Reconstruction Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หัก ที่มีลักษณะการหักซับซ้อน และไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	๒,๗๐๐	
๑๖๘	๗๒๑๔**	**๗.๒.๑๔ แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดมีหัวสกรูพยุง (Lock plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักที่ซับซ้อน และเนื้อกระดูกผิดปกติจากโรคทางเมตะโบลิซึม โรคเลือด หรือเนื้องอกบริเวณข้อไหล่ ข้อเข่า และข้อเท้า และสำหรับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการผ่าตัดจัดแนวกระดูกหน้าแข้งด้านบน (High Tibial Osteotomy) เป็นไปตามข้อบ่งชี้ในประกาศแนวปฏิบัติสำหรับให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม ตามที่สำนักงานประกาศกำหนด	ชิ้นละ	๒๐,๐๐๐	
๑๖๙	๗๒๑๕	**๗.๒.๑๕ แผ่นโลหะขนาดเล็กที่ใช้ดามกระดูก** **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นดามกระดูกหรือใช้ยึดกระดูกโดยตรงก็ได้	ชิ้นละ	๑,๕๐๐	
๑๗๐	๗๒๑๖	**๗.๒.๑๖ โลหะดามกระดูกภายนอก** **ลักษณะ** ๑ ชุด มีแท่งโลหะ ดามกระดูก ๒ แท่ง โลหะยึดกระดูก ๔-๖ แท่ง และคีมยึด ๔-๖ ตัว **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีการบาดเจ็บรุนแรง การติดเชื้อ และการผ่าตัดที่มีลักษณะจำเพาะ ได้แก่ การยืด เลื่อนและหดกระดูก	ชุดละ	๑๐,๐๐๐	
	๗๓๐๐	**๗.๓ โลหะยึดกระดูก/เอ็น**			
๑๗๑	๗๓๐๑**	**๗.๓.๑ สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw)** **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีปัญหา ไม่สามารถใช้สกรูธรรมดา และใช้ร่วมกับแผ่นโลหะดามกระดูกชนิดหัวล็อก และสำหรับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการผ่าตัดจัดแนวกระดูกหน้าแข้งด้านบน (High Tibial Osteotomy) เป็นไปตามข้อบ่งชี้ในประกาศแนวปฏิบัติสำหรับให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม ตามที่สำนักงานประกาศกำหนด	ตัวละ	๒,๔๐๐	
๑๗๒	๗๓๐๒	**๗.๓.๒ สกรูยึดแผ่นโลหะดามกระดูก** **ข้อบ่งชี้** ๑) ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีปัญหาไม่สามารถใช้สกรูธรรมดา หรือ ๒) ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นโลหะดามกระดูกชนิดหัวล็อก	ตัวละ	๓๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๑๗๓	๗๓๐๓	**๗.๓.๓ แท่งโลหะดามกระดูกขนาดต่างๆ (Schanz Screw)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักทั่วไป	อันละ	๙๐๐	
๑๗๔	๗๓๐๔	**๗.๓.๔ สกรูขนาดเล็กที่ใช้ดามกระดูก** **ลักษณะ** ใช้ยึดกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นดามกระดูกหรือใช้ยึดกระดูกโดยตรงก็ได้ **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หัก	ตัวละ	๘๐๐	
๑๗๕	๗๓๐๕	**๗.๓.๕ สกรูยึดเอ็นข้อเข่า** **ลักษณะ** เป็นสกรูหัวจมหกเหลี่ยมมีเกลียวหยาบที่สามารถยึดส่วนกระดูกของเอ็นที่นำไปปลูกกับโพรงในกระดูกข้อเข่า **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อเข่า	ตัวละ	๕,๗๐๐	
๑๗๖	๗๓๐๖	**๗.๓.๖ หมุดสมอยึดติดกับกระดูกชนิดมีวัสดุยึดเส้นเอ็น** **ลักษณะ** เป็นหมุดที่สามารถใช้ยึดเอ็นกับกระดูกได้โดยตรงและมีส่วนต่อกับวัสดุที่ใช้เย็บเอ็น **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อไหล่และมือ	ตัวละ	๕,๐๐๐	
๑๗๗	๗๓๐๗	**๗.๓.๗ สมอยึดกระดูกเข้ากับเนื้อเยื่อ (Suture Anchor)** **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับการเย็บซ่อมเอ็นบริเวณข้อต่างๆ ที่เอ็นถูกกระชากหลุดออกจากกระดูก	อันละ	๖,๐๐๐	
๑๗๘	๗๓๐๘	**๗.๓.๘ ชุดสมอสำหรับเย็บซ่อมหมอนรองกระดูกเข่า (Arthroscopic Meniscus Repair System)** **ลักษณะ** เป็นชุดประกอบด้วยเข็ม ๑ อันและด้ายสำหรับเย็บ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับเย็บซ่อมแซมหมอนรองกระดูกอ่อนในข้อเข่า	ชุดละ	๕,๐๐๐	
๑๗๙	๗๓๑๑	**๗.๓.๑๑ ตะขอตรึงกระดูก (Staple)** **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะจำเพาะและการตัดต่อกระดูก	ชิ้นละ	๑,๐๐๐	
๑๘๐	๗๓๑๓	**๗.๓.๑๓ K-wire** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกส่วนปลายและกระดูกที่หักมีขนาดเล็ก รวมทั้งใช้เพื่อการดึงรักษากระดูกหัก	ชิ้นละ	๓๐๐	
๑๘๑	๗๓๑๔	**๗.๓.๑๔ สกรูชนิดพิเศษสำหรับใส่ข้อมือ** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกข้อมือ	ชิ้นละ	๓,๐๐๐	
	๗๔๐๐	**๗.๔ วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้ยึดกระดูกอื่นๆ**			
๑๘๒	๗๔๐๑	**๗.๔.๑ สารยึดกระดูก (Bone Cement) ชนิดธรรมดา** **ลักษณะ** เป็นสารเมตทิลเมตาไคลเลต มีสองส่วนคือส่วนที่เป็นของเหลวและส่วนที่เป็นผง ใช้ผสมกันเพื่อให้เกิดการโพลิเมอไรเซชั่นและเป็นวัสดุปราศจากเชื้อ **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงข้อเทียมกับกระดูกและใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกของกระดูก	ชุดละ	๒,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๑๘๓	๗๕๐๒	**๗.๔.๒ สารยึดกระดูก (Bone Cement) ชนิดมียาปฏิชีวนะผสม** **ลักษณะ** เป็นสารเมตทิลเมตาไคลเลต มีสองส่วน คือ ส่วนที่เป็นของเหลว และส่วนที่เป็นผงใช้ผสมกัน เพื่อให้เกิดการโพลิเมอไรเซชั่นและเป็นวัสดุปราศจากเชื้อและมียาปฏิชีวนะผสม เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ และใช้ในรายที่เป็นการผ่าตัดแก้ไขข้อเทียมที่เคยติดเชื้อ **ข้อบ่งชี้** ๑) ใช้ในการยึดข้อเทียมติดกับกระดูก ๒)ใช้ปั้นเป็นรูปร่างเพื่อเติมเข้าไปในพื้นที่ว่างระหว่างกระดูกชั่วคราว เพื่อทำการรักษาการติดเชื้อในกระดูกและข้อ ๓) ใช้ในผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกของกระดูก	ชุดละ	๔,๓๐๐	
	๗๕๐๐	**๗.๕ กระดูกชีวภาพ**			
๑๘๔	๗๕๐๒	**๗.๕.๒ กระดูกแช่แข็งขนาดเล็ก** **ลักษณะ** เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า ๗๐ องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึกโดยระบบสูญญากาศ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บ หรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดเล็ก	ชิ้นละ	๕,๐๐๐	
๑๘๕	๗๕๐๓	**๗.๕.๓ กระดูกแช่แข็งขนาดกลาง** **ลักษณะ** เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า ๗๐ องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึกโดยระบบสูญญากาศ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่	ชิ้นละ	๑๕,๐๐๐	
๑๘๖	๗๕๐๔	**๗.๕.๔ กระดูกแช่แข็งขนาดใหญ่** **ลักษณะ** เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาดและการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า ๗๐ องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึก โดยระบบสูญญากาศ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่และบริเวณข้อและใช้ร่วมกับข้อเทียม	ชิ้นละ	๒๕,๐๐๐	
๑๘๗	๗๕๐๖	**๗.๕.๖ แคลเซี่ยมไฮดรอกซี เอพาไตต์ ขนาด ๑ ลูกบาศก์เซนติเมตร** **ลักษณะ** เป็นสารไฮดรอกซีเอพาไตต์ ที่สังเคราะห์ขึ้น หรือกึ่งสังเคราะห์ หรือผลิตจากวิธีทางธรรมชาติผ่านขบวนการทำให้ปราศจากเชื้อและผนึกด้วยวิธีที่ใช้ในการเก็บวัสดุทางการแพทย์	ชิ้นละ	๒,๕๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ เพื่อการปลูกกระดูกบริเวณใบหน้า กราม และกระดูกคอส่วนบนเท่านั้น			
	๗๖๐๐	๗.๖ อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดกระดูกและข้อ			
๑๘๘	๗๖๐๑	๗.๖.๑ ใบมีดตัดเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ (Blade for Arthroscopic Shaver) **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาของเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ ใช้ในกรณีส่องกล้อง Arthroscopy	อันละ	๔,๕๐๐	
		หมวด ๘ วัสดุ/อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู			
	๘๓๐๐	๘.๓ อุปกรณ์พยุงแกนลำตัว (Spinal orthosis)			
๑๘๙	๘๓๐๕	๘.๓.๕ เฝือกพยุงลำตัว	ชุดละ	๒,๐๐๐	
๑๙๐	๘๓๐๖	๘.๓.๖ โลหะหรือ พลาสติกดามหลังคด	ชุดละ	๘,๐๐๐	
๑๙๑	๘๓๐๗	๘.๓.๗ เฝือกพยุงระดับเอว (Lumbosacral support)	ชุดละ	๑,๐๐๐	
	๘๔๐๐	๘.๔ โลหะ/พลาสติกดามแขนภายนอก (Orthosis, upper extremity)			
๑๙๒	๘๔๐๑	๘.๔.๑ โลหะ/พลาสติกดามข้อไหล่ ข้อมือ และข้อศอกเด็ก	ข้างละ	๘๐๐	
๑๙๓	๘๔๐๒	๘.๔.๒ โลหะ/พลาสติกดามข้อไหล่ ข้อมือ และข้อศอกผู้ใหญ่	ข้างละ	๑,๐๐๐	
๑๙๔	๘๔๐๓	๘.๔.๓ โลหะ/พลาสติกดามข้อมือและข้อศอกพร้อมลวดสปริง	ชุดละ	๑,๐๐๐	
	๘๕๐๐	๘.๕ โลหะ/หรือพลาสติกดามขาภายนอกไม่รวมรองเท้า (Orthosis, Lower Extremity)			
๑๙๕	๘๕๐๑	๘.๕.๑ โลหะ/พลาสติกดามขาเด็กเล็ก ชนิดยาวไม่มีข้อเข่า	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๑๙๖	๘๕๐๒	๘.๕.๒ พลาสติกดามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๕,๕๐๐	
๑๙๗	๘๕๐๓	๘.๕.๓ โลหะดามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๑๑,๐๐๐	
๑๙๘	๘๕๐๔	๘.๕.๔ พลาสติกดามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๕,๕๐๐	
๑๙๙	๘๕๐๕	๘.๕.๕ โลหะดามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๑๑,๐๐๐	
๒๐๐	๘๕๐๖	๘.๕.๖ พลาสติกดามขาขนาดใหญ่มีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๕,๕๐๐	
๒๐๑	๘๕๐๗	๘.๕.๗ โลหะดามขาขนาดใหญ่มีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๑๒,๐๐๐	
๒๐๒	๘๕๐๙	๘.๕.๙ เบ้ารับน้ำหนักที่เอ็นสะบ้า (PTB)	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๒๐๓	๘๕๑๐	๘.๕.๑๐ พลาสติกดามขาเด็กเล็กชนิดสั้น (กันเท้าตก)	ข้างละ	๑,๒๐๐	
๒๐๔	๘๕๑๒	๘.๕.๑๒ พลาสติกดามขาขนาดกลาง (กันเท้าตก)	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๒๐๕	๘๕๑๔	๘.๕.๑๔ พลาสติกดามขาชนิดสั้นขนาดใหญ่ (กันเท้าตก)	ข้างละ	๑,๘๐๐	
๒๐๖	๘๕๑๙	๘.๕.๑๙ พลาสติกดามข้อเท้า (Ankle-Foot Orthosis) **ข้อบ่งชี้** ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อเท้าที่หลวม (Ankle Instability)	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๒๐๗	๘๕๒๐	๘.๕.๒๐ สายรัดกันเท้าตก	ข้างละ	๑๕๐	
	๘๖๐๐	๘.๖ อุปกรณ์พยุงข้อ (Single joint orthosis)			
๒๐๘	๘๖๐๑	๘.๖.๑ สายคล้องแขนกันไหล่หลุด	ข้างละ	๒๐๐	
๒๐๙	๘๖๐๒	๘.๖.๒ สายคล้องแขน (Arm sling)	อันละ	๑๕๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๒๑๐	๘๖๐๓	๘.๖.๓ อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) มีแกนด้านข้าง	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๒๑๑	๘๖๐๔	๘.๖.๔ อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) ไม่มีแกนด้านข้าง	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๒๑๒	๘๖๐๕	๘.๖.๕ แผ่นโลหะ/พลาสติกบังคับเชิงกรานเด็ก	ข้างละ	๕๐๐	
๒๑๓	๘๖๐๖	๘.๖.๖ แผ่นโลหะบังคับเชิงกรานผู้ใหญ่	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๒๑๔	๘๖๐๙	๘.๖.๙ อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าชนิดสำเร็จรูป **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อเท้า เอ็นข้อเท้า กระดูกฝ่าเท้าอักเสบ และใช้ในการบำบัดรักษาเอ็นฝ่าเท้าอักเสบที่เรื้อรังต่อเนื่อง	คู่ละ	๑,๒๐๐	
๒๑๕	๘๖๑๐	๘.๖.๑๐ อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ ๘.๖.๙	ข้างละ	๒,๐๐๐	
๒๑๖	๘๖๑๒	๘.๖.๑๒ อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis) **ลักษณะ** เป็นวัสดุที่เสริมรองรับเท้าชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis) มีคุณสมบัติ ๑) ทำจากวัสดุที่ชั้นบนมีความนุ่มและยืดหยุ่น (Cushion) ส่วนวัสดุชั้นล่างช่วยในการคงรูปของชั้นบน (Contour) ๒) ต้องหล่อพิเศษเฉพาะราย มีความหนาอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร และโค้งเข้ารูปตลอดความยาวของฝ่าเท้าผู้ป่วยแต่ละราย (Total Contact Insole/Orthosis) **ข้อบ่งชี้** ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยเกณฑ์ แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า* แล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง	คู่ละ	๑,๒๐๐	
	๘๗๐๐	๘.๗ เครื่องช่วยเดิน (Walking Aids)			
๒๑๗	๘๗๐๑	๘.๗.๑ เครื่องช่วยเดินชนิด ๔ ขา (Pick-Up-Walker)	อันละ	๗๐๐	
๒๑๘	๘๗๐๒	๘.๗.๒ เครื่องช่วยเดินชนิด ๔ ขา มีล้อ (จ่ายให้ครั้งเดียวไม่มีค่าซ่อมหรือซื้อใหม่)	อันละ	๓,๐๐๐	
๒๑๙	๘๗๐๓	๘.๗.๓ ไม้เท้า ๑ ปุ่ม	อันละ	๑๙๐	
๒๒๐	๘๗๐๔	๘.๗.๔ ไม้เท้าชนิด ๓ หรือ ๔ ปุ่ม	อันละ	๖๐๐	
๒๒๑	๘๗๐๕	๘.๗.๕ ไม้ค้ำยัน	คู่ละ	๒๕๐	
	๘๘๐๐	๘.๘ รองเท้า			
๒๒๒	๘๘๑๓	๘.๘.๑๓ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง และยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้ **ลักษณะ** ๑) รองเท้าทำจากหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่มีความยืดหยุ่น ระบายอากาศ บุ/หรือซับในด้วยหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่อ่อนนุ่ม (วัสดุสังเคราะห์ที่ใช้ห้ามเป็นยางพารา /ไวนิล / พลาสติก) ๒) ส่วนหัวรองเท้าเป็นชนิดปิดปลายนิ้วเท้าและต้องกว้างพอเพื่อไม่ให้บีบหรือกดนิ้วเท้า ไม่มีตะเข็บแข็ง เพื่อป้องกันการเกิดแผล และต้องมีสาย	คู่ละ	๑,๘๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		รัดส้น หรือ หุ้มส้นเท้า (Back strap / Heel counter) ส่วนหัวรองเท้าชนิดเปิดปลายนิ้วเท้า ใช้ได้เฉพาะกรณีที่มีแผลและอยู่ระหว่างการทำแผลเท่านั้น ๓) รองเท้าต้องปรับขนาดได้ด้วยเชือก หรือ Velcro เป็นต้น เพื่อสามารถกระชับเท้าให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่เกิดการเสียดสี ๔) เป็นรองเท้าที่มีความลึกมากกว่าปกติอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร (Deep Inlay) สามารถถอดพื้นรองเท้าด้านใน เพื่อใส่แผ่นเสริมได้ ๕) พื้นรองเท้าด้านใน ทำจากวัสดุที่มีความยืดหยุ่น นุ่ม มีความหนาอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร พื้นรองเท้าด้านนอก (Outsole) ทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ไม่ลื่น สามารถปรับแต่งพื้นได้ และมีความโค้ง ลักษณะ Toe Only Rocker Bottom Shoes **ข้อบ่งชี้** ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน โดยเกณฑ์แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน และดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าแล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง			
๒๒๓	๘๘๑๔	**๘.๘.๑๔ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้** **ลักษณะ** เหมือนรหัส ๘๘๑๓ แต่เป็นรองเท้าตัด ไม่ใช่รองเท้าสำเร็จรูป **ข้อบ่งชี้** เหมือนรหัส ๘๘๑๓ แต่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปชนิด Depth-Inlay Shoes ให้สวมใส่ได้ **หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานทั้ง ๓ รายการ** ให้มีสิทธิเบิกได้คนละไม่เกิน ๑ คู่ต่อรายภายในระยะเวลา ๑ ปี นับจากวันที่ได้รับอุปกรณ์ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า ตามที่สำนักงานประกาศกำหนด	คู่ละ	๒,๘๐๐	
		หมวด ๙ อื่นๆ			
		๙.๒ รายการฟันเทียมถอดได้และอุปกรณ์ **หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกฟันเทียม** ๑) ฟันเทียมถอดได้และอุปกรณ์ ให้มีสิทธิเบิกได้คนละไม่เกินชิ้นละ/ชุดละ ภายในระยะเวลา ๕ ปี (โดยให้ระบุตำแหน่งที่ทำแต่ละครั้ง) ๒) การเบิกฟันเทียมทั้งหมด ราคาที่ให้เบิกเป็นราคาที่เหมาจ่ายและได้รวมค่าวัสดุที่ใช้ในการพิมพ์ปากแล้ว ๓) สำหรับอุปกรณ์ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ รายการ ๙.๒.๐.๔ และ ๙.๒.๐.๕ ในกรณีที่จำเป็นต้องใช้ตะขอ ราคาตะขอจะรวมอยู่กับราคาฟันเทียมบางส่วนถอดได้แล้ว			

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๙.๒.๐ ฟันเทียมทั้งปากถอดได้			
๒๒๔	๙๒๐๒	๙.๒.๐.๒ ฟันเทียมทั้งปาก ถอดได้ ๑ ชิ้น บนหรือล่าง (Single Denture) **ลักษณะ** ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ฐานอะคริลิก ชิ้นเดียว **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปทั้งหมด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร	ชิ้นละ	๒,๔๐๐	
๒๒๕	๙๒๐๓	๙.๒.๐.๓ ฟันเทียมทั้งปาก ถอดได้ ๒ ชิ้น บนและล่าง (Complete Denture) **ลักษณะ** ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ฐานอะคริลิก สองชิ้น **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปทั้งหมด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร	ชุดละ	๔,๔๐๐	
๒๒๖	๙๒๐๔	๙.๒.๐.๔ ฟันเทียมบางส่วน ถอดได้ ๑-๕ ซี่ **ลักษณะ** ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานอะคริลิก **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติบางซี่ที่สูญเสียไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร	ชิ้นละ	๑,๓๐๐	
๒๒๗	๙๒๐๕	๙.๒.๐.๕ ฟันเทียมบางส่วน ถอดได้ มากกว่า ๕ ซี่ **ลักษณะ** ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานอะคริลิก **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติบางซี่ที่สูญเสียไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร	ชิ้นละ	๑,๕๐๐	

หมายเหตุ

๑. โปรแกรมส่งข้อมูลเบิก

๑.๑ รายการอุปกรณ์สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC ทั่วไป) ส่งข้อมูลเบิกในโปรแกรม e-Claim

๑.๒ รายการอุปกรณ์สำหรับคนพิการ (ท. ๗๔) ส่งข้อมูลเบิกในโปรแกรมการเบิกอุปกรณ์คนพิการ และการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

๒. การเบิกอุปกรณ์เลนส์แก้วตาเทียม กรณีให้บริการผ่าตัดต้อกระจก ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย และแนวทางการให้บริการผ่าตัดต้อกระจก ตามที่สำนักงานประกาศกำหนด

๓. ** เป็นรหัสอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาที่มีในบัญชีนวัตกรรมไทย สปสช.สนับสนุนให้มีการใช้ผลิตภัณฑ์/บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในบัญชีนวัตกรรม โดยหน่วยบริการบันทึกเบิกในรหัส และราคาตามประกาศนี้

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ พ.ศ. ๒๕๖๑
(รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)
ลงวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๑

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
	๒.๕	**เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการ**			
		ข้อบ่งชี้ทั่วไปของการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง ๑. ใช้กับคนพิการที่สูญเสียการได้ยิน ๒ หู และมีการได้ยินที่ยังคงเหลืออยู่ (Residual Hearing) ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด และมีลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๑.๑ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาหรือการผ่าตัด หรือมีข้อห้ามในการผ่าตัดหรือปฏิเสธการผ่าตัด ๑.๒ สูญเสียการได้ยินแบบประสาทหูเสื่อมอย่างเฉียบพลันหลังการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องมากกว่า ๑๐๐ วัน ๑.๓ การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการสื่อความหมายและการดำรงชีวิตประจำวัน หรือทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ๑.๔ การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาภาษาและการพูด หรือมีความพิการซ้อน ๒. ระดับการสูญเสียการได้ยิน มีการสูญเสียการได้ยินทั้งสองข้าง โดยข้างที่ดีกว่าจะต้องมีค่าเฉลี่ยของระดับการได้ยินทางอากาศ (Air Conduction Threshold) ของความถี่ ๕๐๐, ๑,๐๐๐ และ ๒,๐๐๐ เฮิรตซ์ เท่ากับหรือมากกว่า ๔๐ เดซิเบล จากการตรวจวัดการได้ยินตามมาตรฐานวิชาชีพ			หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๑	๒๕๐๕	**๒.๕.๕ เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบดิจิตอล** <u>ลักษณะ</u> : ๑. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) ๕๐-๙๐ เดซิเบล ๒. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) ๑๐๐-๓,๐๐๐ เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า ๓. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เดซิเบล <u>ข้อบ่งชี้</u> ๑. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการใช้มือ การควบคุมปรับปุ่มต่างๆ การเปลี่ยนแบตเตอรี่ การใส่เครื่อง เช่น ผู้สูงอายุ คนตาบอด ผู้ที่มีความพิการ ๒. ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคศาสตร์ของใบหน้า เช่น ผู้ที่ไม่มีใบหู ใบหูขนาดเล็ก หรือช่องหูผิดปกติที่ไม่สามารถเลือกใช้เครื่องช่วยฟังแบบอื่นได้ ๓. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (แบตเตอรี่สำหรับแบบกล่องราคาถูกกว่าแบบอื่นๆ)	เครื่องละ	๙,๐๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย ๓,๐๐๐ บาท

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๔. ผู้ที่มีความลำบากในการหาซื้อแบตเตอรี่ (แบตเตอรี่สำหรับเครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ถ่าน AA, AAA หาซื้อได้ง่าย) ๕. ผู้ต้องการเครื่องช่วยฟังที่มีความทนทานเป็นพิเศษ เช่น เด็กที่มีความพิการซ้ำซ้อน อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๓ ปี			
๒	๒๕๐๖	๒.๕.๖ เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบอนาล็อก ลักษณะ : ๑. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) ๕๐-๙๐ เดซิเบล ๒. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) ๑๐๐ - ๓,๐๐๐ เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า ๓. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เดซิเบล ข้อบ่งชี้ ๑. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการใช้มือ การควบคุมปรับปุ่มต่างๆ การเปลี่ยนแบตเตอรี่ การใส่เครื่อง เช่น ผู้สูงอายุ คนตาบอด ผู้ที่มีความพิการ ๒. ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคศาสตร์ของใบหน้า เช่น ผู้ที่ไม่มีใบหู ใบหูขนาดเล็ก หรือช่องหูผิดปกติที่ไม่สามารถเลือกใช้เครื่องช่วยฟังแบบอื่นได้ ๓. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (แบตเตอรี่สำหรับแบบกล่อง ราคาถูกกว่าแบบอื่นๆ) ๔. ผู้ที่มีความลำบากในการหาซื้อแบตเตอรี่ แบตเตอรี่สำหรับเครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ถ่าน AA, AAA หาซื้อได้ง่าย ๕. ผู้ต้องการเครื่องช่วยฟังที่มีความทนทานเป็นพิเศษ เช่น เด็กที่มีความพิการซ้ำซ้อน อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๓ ปี	เครื่องละ	๗,๐๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย ๓,๐๐๐ บาท
๓	๒๕๐๗	๒.๕.๗ เครื่องช่วยฟังแบบทัดหลังใบหู ระบบดิจิตอล ลักษณะ : ๑. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) ๔๐-๙๐ เดซิเบล ๒. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) ๑๐๐-๓,๙๐๐ เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า ๓. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า ๑๑๐ เดซิเบล ข้อบ่งชี้ ๑. เหมาะสำหรับเด็กและทุกวัย ๒. ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินระดับน้อยจนถึงรุนแรงมาก อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๓ ปี	ข้างละ	๑๒,๐๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย ๓,๐๐๐ บาท

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๔	๒๕๐๘	**๒.๕.๘ เครื่องช่วยฟังแบบใส่ในช่องหู ระบบดิจิตอล** ลักษณะ : ๑. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) ๓๐-๗๐ เดซิเบล ๒. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) ๑๐๐-๔,๙๐๐ เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า ๓. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ เดซิเบล ข้อบ่งชี้ ๑. ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินระดับน้อยจนถึงรุนแรง ๒. ผู้ใหญ่หรือผู้ที่มีกิจกรรมมาก ๓. เด็กที่อายุมากกว่า ๗ ปี หรือเด็กที่มีการพัฒนาใบหู ช่องหูเต็มที่แล้ว เด็กในวัยเรียน ๔. ผู้ที่ทำงานที่ต้องมีการรับโทรศัพท์บ่อย หรือต้องใช้เครื่องช่วยฟังร่วมกับที่ครอบหู ๕. ผู้ที่ไม่มีปัญหาในการใช้มือ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๓ ปี	ข้างละ	๑๒,๕๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย ๑,๕๐๐ บาท
๕	๒๕๐๙	**๒.๕.๙ เครื่องช่วยฟังแบบนำเสียงผ่านกระดูกแบบหูเดียว ระบบดิจิตอล** ลักษณะ : ๑. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) ไม่ต่ำกว่า ๖๐ เดซิเบล ๒. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) ๑๓๐-๓,๓๐๐ เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า ๓. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เดซิเบล ข้อบ่งชี้ ๑. ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินแบบทางนำเสียงบกพร่อง (Conductive Hearing Loss) ซึ่งไม่สามารถใช้เครื่องช่วยฟังแบบอื่นๆ ได้ เช่น มีการติดเชื้อที่หู เป็นหูน้ำหนวกเรื้อรัง มีน้ำไหลออกจากหู ๒. ผู้ที่ไม่มีใบหู ช่องหูผิดปกติ หรือไม่มีช่องหู อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๓ ปี	เครื่องละ	๑๒,๕๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย ๑,๕๐๐ บาท
		แขนเทียม (Prosthesis, upper extremity) ข้อบ่งชี้ทั่วไปของการใช้อุปกรณ์ส่วนปลายที่มีระบบการใช้งาน (มือ ๕ นิ้ว หรือมือตะขอ) หรือ Body-Powered Prosthesis คือ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ต้องมีการเคลื่อนไหวข้อต่อไหล่ (shoulder joint) รวมทั้ง scapulothoracic motion ที่ปกติ และกำลังกล้ามเนื้อรอบหัวไหล่ที่แข็งแรงสามารถออกแรงดึงหรือควบคุมสายบังคับของอุปกรณ์ส่วนปลายได้ (การเคลื่อนไหวที่สำคัญ คือ glenohumeral flexion และ scapular abduction) สำหรับการเลือกใช้ Body-Powered			

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		Prosthesis สิ่งที่จำเป็นต้องประเมินและฝึกให้ผู้ป่วย/คนพิการ คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ๑) Scapular Abduction ๒) Chest Expansion ๓) Shoulder Depression, Extension และ Abduction ๔) Humeral Flexion ๕) Elbow Flexion และ Extension ๖) Forearm Pronation และ Supination			
๖	๘๑๐๑	**๘.๑.๑ แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้ว มีระบบการใช้งาน** ลักษณะ : ๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว สามารถใช้งานได้ ระบบดึงแล้วอ้า ๒. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า ๓๐ ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC ๓. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๔. สายเคเบิลควบคุม เป็นชนิดสายเอ็น หรือสายโลหะปลอดสนิม พร้อมตัวยึดสาย ๕. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒.๕-๓.๕ ซม. พร้อมวงแหวน (O ring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลส พร้อมน็อต แป้นยึดสาย ๖. เบ้าแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติก ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) ๒. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อมือเทียม (Wrist Component) และมือเทียม (Terminal Device) ได้ ๓. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสม สำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) ๔. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดมือมีห้านิ้วมีระบบการใช้งานมือเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๓๖,๕๐๐	
๗	๘๑๐๒	**๘.๑.๒ แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้ว ไม่มีระบบการใช้งาน** ลักษณะ : ๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว ชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ ๒. ข้อมือใช้ต่อกับมือเทียม	ข้างละ	๑๗,๒๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๓. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า ๓๐ ซม. ทำจากยาง หรือวัสดุชนิด PVC ๔. เบ้าแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติก ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) ๒. ความยาวของตอแขน อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อมือเทียม (Wrist Component) และมือเทียม (Terminal Device) ได้ ๓. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการความสวยงามหรือในผู้ป่วย/คนพิการกลุ่มผู้สูงอายุ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๘	๘๑๐๓	**๘.๑.๓ แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะ** ลักษณะ : ๑. มือตะขอโลหะทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๒. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๓. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายโลหะปลอดสนิม พร้อมตัวยึดสาย ๔. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒.๕-๓.๕ ซม. พร้อมวงแหวน (O ring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลส พร้อมน็อตแป้นยึดสาย ๕. เบ้าแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) ๒. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อมือเทียม (Wrist Component) และมือเทียม ชนิดตะขอโลหะ (Terminal Device) ได้ ๓. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) ๔. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดตะขอโลหะมีระบบการใช้งานที่ต้องการใช้หยิบจับสิ่งของขนาดเล็กหรืองานที่ต้องการความละเอียดสูง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒๘,๕๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๙	๘๑๐๔	**๘.๑.๔ แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วไม่มีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ** ลักษณะ : ๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้วชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ ๒. ข้อมือใช้ต่อกับมือเทียม ๓. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า ๓๐ ซม. ทำจากยาง หรือวัสดุชนิด PVC ๔. ข้อศอกปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock) ๕. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติก ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับผู้ป่วย/คนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) หรือระดับศอก (Elbow disarticulation amputation level) ๒. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อศอกเทียม (Elbow joint unit) ได้ ๓. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดมือมีห้านิ้ว ไม่มีระบบการใช้งานมือเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๓๗,๐๐๐	
๑๐	๘๑๐๕	**๘.๑.๕ แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลาย ชนิดตะขอโลหะข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ** ลักษณะ : ๑. มือตะขอโลหะทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๒. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๓. ข้อศอกปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock) ๔. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายโลหะปลอดสนิม พร้อมตัวยึดสาย ๕. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒.๕–๓.๕ ซม. พร้อมวงแหวน (Oring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลส พร้อมน็อตแป้นยึดสาย ๖. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับผู้ป่วย/คนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) หรือระดับศอก (Elbow disarticulation amputation level) ๒. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อศอกเทียม (Elbow joint unit) ได้	ข้างละ	๔๘,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๓. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) ๔. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดตะขอโลหะ มีระบบการใช้งานที่ต้องการใช้หยิบจับสิ่งของขนาดเล็ก หรืองานที่ต้องการความละเอียดสูง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๑๑	๘๑๐๖	**๘.๑.๖ แขนเทียมชิดไหล่หรือแนบไหล่ส่วนปลายชนิดห้านิ้วไม่มีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ (ระบบแกนนอก)** ลักษณะ : ๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว ชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ ๒. ข้อมือใช้ต่อกับมือเทียม ๓. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า ๓๐ ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC ๔. ข้อศอกปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock) ๕. เบ้าแขนเทียมระดับชิดไหล่หรือแนบไหล่ ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับไหล่ (Shoulder disarticulation level) ๒. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดมือมีห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งานมือเทียม ๓. การตัดระดับนี้ความยาวตอแขนและกล้ามเนื้อที่เหลืออยู่มีไม่เพียงพอต่อการควบคุมการทำงานของแขนเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๓๘,๐๐๐	
๑๒	๘๑๐๗	**๘.๑.๗ แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วมีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ** ลักษณะ : ๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว สามารถใช้งานได้ระบบดึงแล้วอ้า ๒. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า ๓๐ ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC ๓. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๔. ข้อศอกปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock)	ข้างละ	๕๖,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๕. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายเอ็นหรือสายโลหะปลอดสนิม พร้อมตัวยึดสาย ๖. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒.๕-๓.๕ ซม. พร้อมวงแหวน (O ring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลส พร้อมน็อตแป้นยึดสาย ๗. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) ๒. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อศอกเทียม (Elbow joint unit) ได้ ๓. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
		ส่วนประกอบแขนเทียมสำหรับกรณีซ่อม			
๑๓	๘๑๐๘	**๘.๑.๘ เบ้าแขนเทียมใต้ศอก** ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก แบบขอบเบ้า ขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับผู้ป่วย/คนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒,๐๐๐	
๑๔	๘๑๐๙	**๘.๑.๙ เบ้าแขนเทียมระดับศอก** ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมระดับศอก แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับระดับศอก (Elbow disarticulation amputation level) อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๑๕	๘๑๑๐	**๘.๑.๑๐ เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก** ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมระดับเหนือศอก แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level)	ข้างละ	๓,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ปี			
๑๖	๘๑๑๑	**๘.๑.๑๑ เบ้าแขนเทียมระดับไหล่** ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมระดับไหล่ แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนเหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับไหล่ (Shoulder disarticulation level) อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๔,๐๐๐	
๑๗	๘๑๑๒	**๘.๑.๑๒ สายบังคับแขนเทียม/มือเทียม** ลักษณะ : ทำหน้าที่ยึดแขนเทียมกับตอแขนที่เหลืออยู่ ควบคุมการล็อคและปลดล็อคของข้อศอกและการทำงานหุบอ้าของมือเทียมหรือการเคลื่อนไหวของอุปกรณ์ส่วนปลาย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่ใช้แขนเทียมระดับต่างๆ ที่มีระบบการใช้งาน อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	เส้นละ	๓,๒๐๐	
๑๘	๘๑๑๔	**๘.๑.๑๔ มือเทียมห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งาน** ลักษณะ : มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว ขนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ ทำจากโฟมนุ่มมีหลายขนาดให้เลือก รูปร่างเหมือนมือและใช้ร่วมกับถุงมือเทียมสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะมือเทียมชนิดห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งาน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๘,๐๐๐	
๑๙	๘๑๑๕	**๘.๑.๑๕ มือตะขอโลหะ** ลักษณะ : ๑. มือตะขอโลหะทำด้วยโลหะบ่ลอดสนิม หุ้มด้วยพลาสติก ๒. เป็นตะขอสำหรับถือ จับ หิ้วอุปกรณ์/เครื่องมือ สามารถอ้าหรือหุบได้ตามความต้องการของคนพิการ ควบคุมการใช้งานด้วยลำตัว ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะมือเทียมตะขอโลหะ กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒๐,๐๐๐	
๒๐	๘๑๑๖	**๘.๑.๑๖ มือเทียมห้านิ้วมีระบบการใช้งาน** ลักษณะ : สามารถอ้าหรือหุบได้ตามความต้องการของผู้พิการ ควบคุมการใช้งานด้วยลำตัว ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะมือเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๒๑,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๒๑	๘๑๑๗	**๘.๑.๑๗ ข้อมือเทียมชนิดโลหะ** ลักษณะ : เป็นส่วนประกอบที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และมือเทียม/มือตะขอโลหะ โดยข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อมือเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๕,๐๐๐	
๒๒	๘๑๑๘	**๘.๑.๑๘ ข้อมือเทียมชนิดไม้** ลักษณะ : เป็นส่วนประกอบที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และมือเทียม/มือตะขอโลหะ โดยข้อมือทำจากไม้ เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อมือเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๑,๙๐๐	
๒๓	๘๑๑๙	**๘.๑.๑๙ ข้อศอกล็อคได้ด้วยมือ** ลักษณะ : ๑. เป็นส่วนประกอบของข้อศอกเทียมที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และแขน/เบ้าท่อนบน (Arm) เพื่อประกอบเป็นแขนเทียม ๒. ข้อศอกเทียมเป็นชนิดปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock) ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อศอกเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๑๙,๐๐๐	
๒๔	๘๑๒๐	**๘.๑.๒๐ ข้อศอกเทียมล็อกได้แบบอัตโนมัติ** ลักษณะ : ๑. เป็นส่วนประกอบของข้อศอกเทียมที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และแขน/เบ้าท่อนบน (Arm)เพื่อประกอบเป็นแขนเทียม ๒. ข้อศอกเทียมเป็นชนิดปรับล็อคได้แบบอัตโนมัติ ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อศอกเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๔๐,๐๐๐	
๒๕	๘๑๒๑	**๘.๑.๒๑ ข้อศอกเทียมล็อกได้ด้วยสายบังคับ** ลักษณะ : ๑. เป็นส่วนประกอบของข้อศอกเทียมที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง(Forearm) และแขน/เบ้าท่อนบน (Arm) เพื่อประกอบเป็นแขนเทียม ๒. ข้อศอกเทียมเป็นชนิดปรับล็อคได้ด้วยสายบังคับ	ชิ้นละ	๔๕,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อศอกเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๒๖	๘๑๒๒	**๘.๑.๒๒ สายรัดแขนเทียม** ลักษณะ : สายคล้องรัดพยุงแขนเทียมกับลำตัว เป็นชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) ทำจากสายไนล่อนเป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒.๕-๓.๕ ซม. พร้อมวงแหวน (Oring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลสพร้อมน็อตแป้นยึดสาย ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะสายรัดแขนเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	เส้นละ	๒๕๐	
		ขาเทียม (Prosthesis, lower extremity) ข้อบ่งชี้ทั่วไป : ใช้ในผู้ที่ขาขาดเพื่อทดแทนขาที่หายไปเพื่อประโยชน์ในการยืนเดิน			
๒๗	๘๒๐๑	**๘.๒.๑ ขาเทียมระดับข้อเท้า (Symes)** ลักษณะ : ขาเทียมระดับข้อเท้าที่มีเบ้าขาเทียมติดกับเท้าเทียมโดยตรง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมระดับข้อเท้า ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. เท้าเทียม ชนิดไม่มีข้อ หรือเท้าเทียมแบบเฉพาะสำหรับขาเทียมระดับข้อเท้า ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับข้อเท้า (Syme/Ankle disarticulation amputation level) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑๑,๐๐๐	
๒๘	๘๒๐๒	**๘.๒.๒ ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนนอก** ลักษณะ : ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนนอก ใช้ไม้หรือโฟมสังเคราะห์เชื่อมระหว่างเบ้าขาเทียม ข้อเท้าเทียมและเท้าเทียม ภายหลังจัดแนวขาเทียมจะใช้วิธีตกแต่งรูปร่างของไม้หรือโฟมสังเคราะห์ให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง แล้วเคลือบด้วยเรซิ่นอีกครั้งเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมใต้เข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot ๓. ข้อเท้าไม้ โดยมีหัวผังหกเหลี่ยมพร้อมแป้นดาวกระจายและแหวนสปริง เพื่อใช้ยึดกับน็อต ยึดฝ่าเท้า ๔. น็อตยึดฝ่าเท้า	ข้างละ	๖,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๕. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๖. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มีก็ได้) ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า (Trans tibial amputation level) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี			
๒๙	๘๒๐๓	**๘.๒.๓ ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน** ลักษณะ : ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน มีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียม และเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียม จะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็งในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมใต้เข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ตัวยึดเบ้าขาเทียม ๓. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง ๔. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ ๕. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ ตัวยึดเท้าเทียม ๖. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot ๗. น็อตยึดฝ่าเท้า ๘. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๙. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๑๐. โฟมขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า (Trans tibial amputation level) ๒. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือคนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	ข้างละ	๑๒,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๓๐	๘๒๐๔	**๘.๒.๔ ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนนอก** ลักษณะ : ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนนอก ใช้ไม้หรือโฟมสังเคราะห์เชื่อมระหว่างข้อเข่าขาเทียมข้อเท้าเทียม และเท้าเทียม ภายหลังจัดแนวขาเทียมจะใช้วิธีตกแต่งรูปร่างของไม้หรือโฟมสังเคราะห์ให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่งแล้วเคลือบด้วยเรซิ่นอีกครั้งเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมระดับเข่า ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อน หรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ข้อเข่าแบบประกบข้างนอกและข้างในข้อ ชนิด Outside hinge joint ทำจากสแตนเลส หรือโลหะอย่างดี ๓. หน้าแข้งขาเทียม ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ๔. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot ๕. ข้อเท้าไม้ โดยมีหัวฝังหกเหลี่ยม พร้อมแป้นดาวกระจายและแหวนสปริง เพื่อใช้ยึดกับน็อตยึดฝ่าเท้า ๖. น็อตยึดฝ่าเท้า ๗. สายเข็มขัดขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๘. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด(ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับข้อเข่า (Knee Disarticulation level) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒๑,๐๐๐	
๓๑	๘๒๐๕	**๘.๒.๕ ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนนอก** ลักษณะ : ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนนอก ใช้ไม้หรือโฟมสังเคราะห์เชื่อมระหว่างเบ้าขาเทียมต่อกับข้อเข่าเทียม และระหว่างข้อเข่าเทียมกับข้อเท้าเทียมและเท้าเทียม ภายหลังจัดแนวขาเทียมจะใช้วิธีตกแต่งรูปร่างของไม้หรือโฟมสังเคราะห์ให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง แล้วเคลือบด้วยเรซิ่นอีกครั้งเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมระดับเหนือเข่า ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อน หรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ข้อเข่าชนิดแกนเดี่ยวพร้อมระบบเบรกอัตโนมัติ มีตัวช่วยเหยียดข้อเข่าและปรับความฝืดข้อเข่าได้ ๓. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot ๔. ข้อเท้าไม้ โดยมีหัวฝังหกเหลี่ยมพร้อมแป้นดาวกระจายและแหวนสปริงเพื่อใช้ยึดกับน็อตยึดฝ่าเท้า ๕. น็อตยึดฝ่าเท้า	ข้างละ	๒๖,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๖. สายเข็มขัดขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) ๗. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเหนือเข่า (Trans femoral amputation level) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๓๒	๘๒๐๖	**๘.๒.๖ ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน** ลักษณะ : ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน มีตัวต่อเบ้าเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียมกับข้อเข่าเทียมและมีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างข้อเข่าและเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็ง ในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมเหนือเข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ตัวยึดเบ้าขาเทียม ๓. ข้อเข่าเทียม ชนิดแกนเดี่ยว หรือหลายแกน ตามความแข็งแรงและเหมาะสมกับกิจกรรมของคนพิการ ๔. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง ๕. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ ๖. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ ตัวยึดเท้าเทียม ๗. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot หรือแกนเดี่ยว หรือหลายแกน ๘. น็อตยึดฝ่าเท้า ๙. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) ๑๐. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมี หรือไม่มี) ๑๑. โฟมขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเหนือเข่า (Transfemoral amputation level) ๒. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือคนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒๘,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๓๓	๘๒๒๔	**๘.๒.๒๔ ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนในเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis)** ลักษณะ : ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน มีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียม และเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็ง ในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมใต้เข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ตัวยึดเบ้าขาเทียม ๓. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง ๔. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ ๕. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ ตัวยึดเท้าเทียม ๖. เท้าเทียมชนิด Single axis ๗. น็อตยึดฝ่าเท้า ๘. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๙. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) ๑๐. โฟมขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า (Trans tibial amputation level) ๒. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ ผู้สูงอายุ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือ คนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม มีกำลังกล้ามเนื้อไม่เพียงพอในการควบคุมข้อเข่าในช่วงการเดินได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๓๐,๐๐๐	
๓๔	๘๒๒๕	**๘.๒.๒๕ ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนใน** ลักษณะ : ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนใน มีตัวต่อเบ้าเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียมกับข้อเข่าเทียมและมีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างข้อเข่าและเท้าเทียม โดยส่วน ประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็ง ในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมระดับข้อเข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ตัวยึดเบ้าขาเทียม	ข้างละ	๒๘,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		๓. ข้อเข่าเทียมชนิดแกนเดี่ยวหรือหลายแกนตามความแข็งแรงและเหมาะสมกับกิจกรรมของคนพิการ ๔. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง ๕. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ ๖. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ตัวยึดเท้าเทียม ๗. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot หรือแกนเดี่ยวหรือหลายแกน ๘. น็อตยึดฝ่าเท้า ๙. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๑๐. แป้นและน็อตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๑๑. โฟมขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับข้อเข่า (Knee Disarticulation level) ๒. คนพิการสามารถลงน้ำหนักที่ปลายตอขาได้ ๓. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือคนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
		ส่วนประกอบขาเทียมสำหรับกรณีซ่อม			
๓๕	๘๒๐๙	**๘.๒.๙ เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ** ลักษณะ : เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ แบ่งออกเป็นหลายๆ แบบ ตัวอย่าง เช่น Solid Ankle Cushion Heel (SACH), Single-axis, Multiaxial, Flexible keel และ Dynamic response เป็นต้น ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเท้าเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๓๖	๘๒๑๘	**๘.๒.๑๘ เบ้าขาเทียมใต้เข่า/ข้อเท้า** ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับใต้เข่า/ข้อเท้า แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ๑. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้าขาเทียม ๒. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า/ข้อเท้า	ข้างละ	๓,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๓๗	๘๒๑๙	**๘.๒.๑๙ เบ้าขาเทียมระดับเข่า** ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับเข่าแบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ๑. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้าขาเทียม ๒. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเข่า อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ปี	ข้างละ	๔,๐๐๐	
๓๘	๘๒๒๐	**๘.๒.๒๐ เบ้าขาเทียมเหนือเข่า** ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับเหนือเข่า แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ๑. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า ๒. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเหนือเข่า อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ปี	ข้างละ	๔,๐๐๐	
๓๙	๘๒๒๑	**๘.๒.๒๑ เบ้าขาเทียมระดับสะโพก** ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับเหนือเข่า แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ๑. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า ๒. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับสะโพก อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ปี	ข้างละ	๖,๐๐๐	
๔๐	๘๒๒๒	**๘.๒.๒๒ สายเข็มขัดเทียม/สายยึดเบ้าขาเทียม** ลักษณะ : เป็นสายเข็มขัดหนังหรือไนลอน เพื่อยึดเบ้าขาเทียมกับลำตัวของคนพิการ ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับยึดขาเทียมระดับใต้เข่า (Supracondylar cuff suspension) ๒. ใช้สำหรับยึดขาเทียมระดับเหนือเข่า/ระดับเข่า (Silesian band) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒๕๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๔๑	๘๒๒๓	**๘.๒.๒๓ แป้นสายเข็มขัด** ข้อบ่งชี้ : ๑.ใช้สำหรับยึดสายเข็มขัดขาเทียมระดับใต้เข่า/เหนือเข่า/ระดับเข่า ๒. ใช้ควบคู่กับสายเข็มขัดขาเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	คู่ละ	๑๐๐	
๔๒	๘๒๒๖	**๘.๒.๒๖ ข้อเข่าเทียมแบบแกนใน** ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนข้อเข่าเทียมเพื่อประกอบขาเทียมแบบแกนในระดับข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพก ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะข้อเข่าเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑๓,๐๐๐	
๔๓	๘๒๒๗	**๘.๒.๒๗ ข้อเท้าสำหรับเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis ankle joint)** ลักษณะ : ข้อเท้าโลหะอย่างดีชนิดแกนเดี่ยวสามารถขยับกระดกขึ้นลงได้ในแนวหน้าหลัง มีลูกยางด้านหลังสำหรับประคองขณะกระดกข้อเท้าลง ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะข้อเท้าสำหรับเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	ข้างละ	๒,๕๐๐	
๔๔	๘๒๒๘	**๘.๒.๒๘ เท้าหลุมสำหรับข้อเท้าโยกได้** ลักษณะ : เป็นเท้าเทียมชนิดพิเศษที่ใช้ประกอบกับข้อเท้าโยก (Single Axis Ankle Joint) ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับเปลี่ยนเท้าเทียมกับขาเทียมแกนในที่มีข้อเท้าโยกได้ อายุการใช้งาน : ๑ ปี	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๔๕	๘๒๒๙	**๘.๒.๒๙ แป้นยึดฝ่าเท้าเทียมระบบแกนใน / ตัวยึดเท้าเทียม** ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดเท้าเทียมกับตัวยึดแกนขาเทียม เพื่อประกอบขาเทียมระดับใต้เข่า/ข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพก แบบแกนใน ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะแป้นยึดฝ่าเท้าเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑,๐๐๐	
๔๖	๘๒๓๐	**๘.๒.๓๐ แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง** ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดระหว่างเบ้าขาเทียมหรือข้อเข่าเทียมกับเท้าเทียม เพื่อประกอบขาเทียมให้มีความยาวที่เหมาะสมใช้ได้กับขาเทียมระดับใต้เข่า/ข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพกแบบแกนใน ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะแกน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑,๐๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๔๗	๘๒๓๑	**๘.๒.๓๑ ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ** ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดระหว่างแป้นยึดฝ่าเท้าเทียมกับเบ้าขาเทียม/ข้อเข่า เพื่อประกอบขาเทียมระดับใต้เข่า/ ข้อเข่า/ เหนือเข่า/ สะโพก แบบแกนใน ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะตัวยึด/ปลอกกรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันละ	๑,๐๐๐	
๔๘	๘๒๓๒	**๘.๒.๓๒ ตัวยึดเบ้าเทียม** ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดระหว่างแกนขาเทียมกับเบ้าขาเทียมหรือข้อเข่าเทียม เพื่อประกอบขาเทียมระดับใต้เข่า/ข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพกแบบแกนใน ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะตัวยึดเบ้าเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑,๐๐๐	
๔๙	๘๒๓๓	**๘.๒.๓๓ โฟมขาเทียมเหนือเข่า** ลักษณะ : เป็นฟองน้ำหุ้มขาเทียมแกนในเพื่อความสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะโฟมขาเทียมเหนือเข่าระบบแกนใน อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันละ	๓,๕๐๐	
๕๐	๘๒๓๔	**๘.๒.๓๔ โฟมขาเทียมใต้เข่า** ลักษณะ : เป็นฟองน้ำหุ้มขาเทียมแกนในเพื่อความสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะโฟมขาเทียมใต้เข่าระบบแกนใน อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันละ	๑,๕๐๐	
๕๑	๘๒๓๕	**๘.๒.๓๕ ถุงน่องขาเทียมเหนือเข่า** ลักษณะ : เป็นถุงน่องสำหรับหุ้มบนฟองน้ำหุ้มขาเทียมเหนือเข่าแกนในเพื่อความสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนถุงน่องหุ้มโฟมขาเทียมเหนือเข่าระบบแกนใน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๒๐๐	
๕๒	๘๒๓๖	**๘.๒.๓๖ ถุงน่องขาเทียมใต้เข่า** ลักษณะ : เป็นถุงน่องสำหรับหุ้มบนฟองน้ำหุ้มขาเทียมใต้เข่าแกนในเพื่อความสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนถุงน่องหุ้มโฟมขาเทียมใต้เข่าระบบแกนใน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๒๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		โลหะ/หรือพลาสติกดามขาภายนอก			
๕๓	๘๕๐๘	**๘.๕.๘ เบ้ารับน้ำหนักที่กระดูกก้นกบ (Ischium tuberosity)** ลักษณะ : วัสดุโครงสร้างทำจากพลาสติกหรือเรซิ่นใช้ประกอบกับส่วนขาท่อนบน ข้อบ่งชี้ : ใช้ร่วมกับอุปกรณ์โลหะหรือพลาสติกดามขาชนิดยาว เพื่อให้กระดูกก้นกบเป็นส่วนที่รับน้ำหนักตัวผู้ป่วยแทนการลงน้ำหนักที่ขาหรือเท้าโดยตรง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๔,๒๐๐	
๕๔	๘๕๒๔	**๘.๕.๒๔ PTB brace ชนิดโลหะแบบมีข้อเท้า** ลักษณะ : วัสดุโครงสร้างที่รองรับขาท่อนล่างและเท้าทำจากโลหะหรือพลาสติกมีผ้าประกบด้านหน้าและด้านหลังทำจากพลาสติกหรือเรซิ่น เพื่อเป็นพื้นที่รับน้ำหนักที่ Patella tendon มีแกนโลหะพร้อมข้อเท้าขนาบด้านข้างใน-นอก ข้อบ่งชี้ : สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บที่เท้าบริเวณเท้าหรือกระดูกขาท่อนล่างขณะลงน้ำหนัก และมีปัญหาการควบคุมการเคลื่อนไหวข้อเท้า อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๖,๕๐๐	
๕๕	๘๕๒๖	**๘.๕.๒๖ ที่คลุมเข่า Knee pad** ลักษณะ : ทำจากหนังหรือวัสดุที่นิ่ม มีสายเข็มขัดยึด ระหว่างแผ่นรองคลุมเข่ากับอุปกรณ์ ข้อบ่งชี้ : สำหรับใช้ร่วมกับพลาสติก/โลหะดามขามีข้อเข่า มีข้อเท้าหรือไม่มีข้อเท้า อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	ชิ้นละ	๓๕๐	
๕๖	๘๕๒๗	**๘.๕.๒๗ โลหะดามขาชนิดสั้น** ลักษณะ : วัสดุโครงสร้างที่รองรับขาท่อนล่างและเท้าทำจากโลหะประกอบกันเป็นข้อเท้าโลหะ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีอาการเกร็งมาก (severe spasticity) ต้องการความแข็งแรง ทนทานของอุปกรณ์สูง ใช้ดัดแก้ข้อเท้าผิดรูป varus /valgus ได้ดี เนื่องจากสามารถเพิ่ม T- straps ได้ เช่น ผู้ป่วย Stroke, Hemiplegia and Hemiparesis, CP, Polio late effect ,Muscular dystrophy, ankle contracture, Equinovarus/valgus อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๕,๕๐๐	ยุบรายการโลหะดามขา รหัส ๘๕๑๑, ๘๕๑๓, ๘๕๑๕

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๕๗	๘๕๒๘	**๘.๕.๒๘ PTB brace ชนิดพลาสติกไม่มีข้อเท้า** ลักษณะ : วัสดุโครงสร้างที่รองรับขาท่อนล่างและเท้าทำจากพลาสติก มีฝาประกบด้านหน้าและด้านหลังทำจากพลาสติกหรือเรซิ่น เพื่อเป็นพื้นที่รับน้ำหนักที่ Patella tendon ข้อบ่งชี้ : สำหรับผู้ป่วย fracture ที่กระดูกขาท่อนล่าง หรือเจ็บที่เท้าขณะลงน้ำหนักโดยให้เอ็นสะบ้าเป็นบริเวณรับน้ำหนัก และใช้หลักการ circumferencial pressure ในการกระจายน้ำหนัก อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๔,๐๐๐	
๕๘	๘๗๐๖	**๘.๗.๖ ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม** ลักษณะ : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากอลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียมไม่ต่ำกว่า ๑.๒ มม. มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๖๕๐	
๕๙	๘๗๐๗	**๘.๗.๗ ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา** ลักษณะ : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากอลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียมไม่ต่ำกว่า ๑.๒ มม. มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๖๐๐	
๖๐	๘๗๐๘	**๘.๗.๘ ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้** ลักษณะ : ไม้เท้าก้านยาว ทำจากวัสดุโลหะ อลูมิเนียม หรือสแตนเลส สามารถพับเก็บได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการทางการเห็น อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๕๐๐	
๖๑	๘๗๐๙	**๘.๗.๙ ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง (Anterior Wheel Walker)** ลักษณะ : คอกเดินทำจากอลูมิเนียม มีขา ๒ ข้างพร้อมลูกยางกันลื่น และมีล้อ ๒ ข้างขนาดเล็ก ข้อบ่งชี้ : สำหรับเด็กพิการที่สามารถเดินได้แต่มีอาการอ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง หรือเดินได้แต่ไม่มั่นคง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันละ	๑,๒๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๖๒	๘๗๑๐	**๘.๗.๑๐ ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก (Anterior Wheel Walker)** ลักษณะ : คอกเดินทำจากอลูมิเนียม มีขา ๒ ข้างพร้อมลูกยางกันลื่น และมีล้อ ๒ ข้างขนาดเล็ก ข้อบ่งชี้ : สำหรับเด็กพิการที่สามารถเดินได้แต่มีอาการอ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง หรือเดินได้แต่ไม่มั่นคง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันละ	๑,๐๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
๖๓	๘๗๑๑	**๘.๗.๑๑ ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้** ลักษณะ : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากไม้ มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลางมีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้ แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่งหรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๓๕๐	
		รองเท้าคนพิการ			
๖๔	๘๘๐๑	**๘.๘.๑ รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก ชนิดตัดเฉพาะราย** ลักษณะ : วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่งขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติกตามขา โดยมีความยาวเท้าต่ำกว่า ๑๕ ซม. อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี ยกเว้นกรณีเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี อายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๖ เดือน	คู่ละ	๘๐๐	
๖๕	๘๘๐๒	**๘.๘.๒ รองเท้าคนพิการขนาดกลาง ชนิดตัดเฉพาะราย** ลักษณะ : วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่งขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติกตามขา โดยมีความยาวเท้า ๑๕-๒๒ ซม. อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๑,๐๐๐	
๖๖	๘๘๐๓	**๘.๘.๓ รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่ ชนิดตัดเฉพาะราย** ลักษณะ : วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่งขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติกตามขา โดยมีความยาวเท้า ๒๒-๒๗ ซม. อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๑,๒๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๖๗	๘๘๐๔	**๘.๘.๔ รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่พิเศษ ชนิดตัดเฉพาะราย** ลักษณะ : วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่ง ขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติก ต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติก อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๑,๔๐๐	
๖๘	๘๘๐๕	**๘.๘.๕ ค่าดัดแปลงรองเท้าคนพิการ** ลักษณะ : การเสริมอุ้งเท้าภายใน ขนาดใหญ่/เล็ก เสริมลิ่มเท้าภายใน/นอก เสริมความสูงรองเท้า เปลี่ยนส้นรองเท้า ด้วยการใช้วัสดุสำหรับทำรองเท้า เช่น โฟมชนิดต่างๆ ยาง ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่ง ขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี ต่อหนึ่งข้าง	ข้างละ	๔๐๐	
๖๙	๘๘๐๙	**๘.๘.๙ เสริมฝ่าเท้าส่วนหน้า** ลักษณะ : วัสดุที่นำมาเสริมเท้าส่วนหน้าทำจากโฟมนิ่ม หรือโฟมแข็ง หรือวัสดุที่สามารถต่อความยาวเท้าร่วมกับอุปกรณ์ได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับผู้ป่วยที่เท้าบางส่วนถูกตัด อายุการใช้งาน : ๑ ปี	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๗๐	๘๘๑๐	**๘.๘.๑๐ T-strap** ลักษณะ : ทำจากหนังหรือวัสดุที่นิ่ม มีสายเข็มขัดคลุมข้อเท้ายึดกับอุปกรณ์ ข้อบ่งชี้ : สำหรับใช้ร่วมกับพลาสติก/โลหะดามขา มีข้อเข่า มีข้อเท้า หรือไม่มีข้อเท้า ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อเท้าบิด อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	เส้นละ	๓๐๐	
		อุปกรณ์อื่น ๆ			
๗๑	๖๐๐๖	**๖.๐.๖ สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตนเอง** ลักษณะ : เป็นสายซิลิโคนสำหรับสวนปัสสาวะ มีปลอกพลาสติกสำหรับใส่สายสวนปัสสาวะ และสายสวนสามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้ โดยนำมาแช่น้ำยาฆ่าเชื้อโรคในหลอดพลาสติก ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีความบกพร่องของระบบทางเดินปัสสาวะ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	เส้นละ	๘๐๐	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
๗๒	๘๙๐๑	**๘.๙.๑ รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้** ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียม อัลลอยด์หรือโลหะอื่นที่ผ่านกระบวนการชุบหรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้และสามารถปรับส่วนต่างๆ ให้เข้ากับขนาดร่างกายของผู้ใช้งานได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการ โดยรถนั่งคนพิการที่ได้ต้องปรับให้เหมาะสมกับความพิการนั้น อายุการใช้งาน : ๓ ปี	คันละ	๖,๖๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
๗๓	๘๙๐๒	**๘.๙.๒ รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้** ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียม อัลลอยด์หรือโลหะอื่นที่ผ่านกระบวนการชุบหรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่ไม่สามารถเดินได้ อายุการใช้งาน : ๓ ปี	คันละ	๔,๔๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
๗๔	๘๙๐๓	**๘.๙.๓ เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ** ลักษณะ : ทำจากวัสดุนิ่มที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า polyurethane foam, gel cushion, water cushion, หรือชนิด air cushion ที่มีลักษณะนิ่มสามารถกระจายน้ำหนัก ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ต้องนั่งรถนั่งคนพิการแต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง อายุการใช้งาน : ๑ ปี	อันละ	๘๐๐	
๗๕	๘๙๐๔	**๘.๙.๔ รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ** ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ในระยะไกล โครงสร้างหลักทำด้วยเหล็กชุบสี หรือโลหะอื่นที่มีความแข็งแรงมั่นคง ขับเคลื่อนโดยการควบคุมก้านโยก ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่ทรงตัวในท่านั่งได้ดีแขน ๒ ข้างปกติ และสามารถออกนอกบ้านเพื่อการเข้าสู่สังคมหรือประกอบอาชีพ อายุการใช้งาน : ๓ ปี	คันละ	๖,๐๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
๗๖	๙๐๐๑	**๙.๐.๑ แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม** ลักษณะ : เป็นแผ่นสำหรับรองบนที่นอน ทำจากวัสดุนิ่มที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า polyurethane foam, gel, water, air สามารถกระจายแรงกดทับได้ดี และสามารถรองรับร่างกายผู้ใช้งานได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการระดับรุนแรง หรือนอนติดเตียงไม่สามารถพลิกตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอนเองได้และมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๑,๐๐๐	ชื่อรายการเดิม "ฟองน้ำรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาต"

ภาคผนวก 3

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

พ.ศ. ๒๕๖๑

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับข้อ ๕ วรรคสอง แห่งข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๕๘ และข้อ ๑๘ ของเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๐ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน พ.ศ. ๒๕๖๑”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๕๙

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงานสาขา” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขา เขต

ข้อ ๕ ให้สำนักงานหรือสำนักงานสาขา ใช้เกณฑ์การตรวจประเมินตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ ตรวจประเมินสถานบริการที่ประสงค์ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

ข้อ ๖ สถานบริการของเอกชนหรือหน่วยงานภายในสถานบริการของเอกชนที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ที่ประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ให้ยื่นคำขอต่อสำนักงานหรือสำนักงานสาขา เพื่อรับการตรวจประเมินและขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามเกณฑ์การตรวจประเมินตามข้อ ๕

/สถานบริการ...

สถานบริการของรัฐหรือสภากาชาดไทย หรือส่วนงานภายในสถานบริการของรัฐหรือสภากาชาดไทย ซึ่งประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ให้สำนักงานหรือสำนักงานสาขา ตรวจประเมินและจัดประเภทหน่วยบริการตามเกณฑ์การตรวจประเมินตามข้อ ๕

สถานบริการที่ได้รับการตรวจประเมิน หากไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจประเมิน มีสิทธิอุทธรณ์ผลการตรวจประเมิน โดยยื่นอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อสำนักงานภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่ทราบผลการตรวจประเมิน

ข้อ ๗ แบบคำขอขึ้นทะเบียน แบบวิธีการตรวจประเมิน กำหนดระยะเวลาการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ แบบสัญญาหรือข้อตกลงให้บริการสาธารณสุข และหลักประกันการเป็นหน่วยบริการให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ให้สถานบริการ ส่งข้อมูลพื้นฐานและแสดงผลการดำเนินงานตามที่สำนักงานกำหนดเพื่อประกอบการพิจารณาตรวจประเมิน

ข้อ ๘ สถานบริการที่ผ่านการตรวจประเมิน จะได้รับการประกาศขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๙ ให้หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้แล้ว ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนตามประกาศนี้

ข้อ ๑๐ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน
การทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน พ.ศ. ๒๕๖๑
ลงวันที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ศักยภาพของสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

๑. ศักยภาพด้านบริการ

แบ่งตามศักยภาพของการให้บริการ เป็น ๒ ประเภท ดังนี้

๑.๑ หน่วยบริการหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ระดับที่ ๑ หมายถึง หน่วยบริการที่ให้บริการเต็มรูปแบบ คือสามารถทำการตรวจสวนหัวใจเพื่อการวินิจฉัยและทำหัตถการเพื่อการรักษาโดยมีการบริการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด เพื่อรองรับการผ่าตัดฉุกเฉินในกรณีที่เกิดผลแทรกซ้อนจากการทำหัตถการสวนหัวใจอยู่ในหน่วยบริการ โดยหน่วยบริการในระดับที่ ๑ จะต้องมีบริการ ดังนี้

๑.๑.๑ ต้องมีบริการตรวจวินิจฉัยทางรังสีหรือภาพทางการแพทย์สำหรับวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น การทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลัง (exercise stress test) การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียง (echocardiogram) การตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Cardiac CT scan) การตรวจภาพทางการแพทย์ด้วยคลื่นแม่เหล็ก (Cardiac MRI) การตรวจหัวใจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ในกรณีที่ไม่มีการตรวจพิเศษที่มีต้นทุนสูงบางรายการ ต้องแสดงหลักฐานบันทึกความตกลงร่วมกันในการให้บริการกับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

๑.๑.๒ ต้องมีห้องผู้ป่วยวิกฤติทางโรคหัวใจที่ทันสมัยให้บริการได้

๑.๑.๓ ต้องมีบริการรับปรึกษาด้านโลหิตวิทยา และมีบริการธนาคารเลือด

๑.๑.๔ ต้องมีบริการรับปรึกษาโรคทางไต และบริการล้างไต

๑.๑.๕ ต้องมีบริการรับปรึกษาด้านประสาทวิทยา

๑.๑.๖ ต้องมีการเตรียมห้องผ่าตัดหัวใจเพื่อรองรับกรณีฉุกเฉินตลอดเวลาที่ทำหัตถการเพื่อการรักษา

๑.๑.๗ ต้องมีศัลยแพทย์หัวใจและทีมเตรียมพร้อมให้บริการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดเพื่อรองรับกรณีฉุกเฉินตลอดเวลาที่ทำหัตถการเพื่อการรักษา หรือเข้ามาให้บริการในเวลาฉุกเฉินได้ตลอดเวลา

๑.๑.๘ ต้องมีบริการวิสัญญีวิทยาด้านหัวใจและหลอดเลือด เพื่อรองรับกรณีฉุกเฉินตลอดเวลาที่ทำหัตถการเพื่อการรักษา

๑.๑.๙ ต้องมีการทบทวนภาพถ่ายรังสีหลอดเลือดหัวใจระหว่างศัลยแพทย์หัวใจและอายุรแพทย์โรคหัวใจผู้ทำหัตถการ เพื่อวางแผนการรักษาก่อนการทำหัตถการ

๑.๒ หน่วยบริการหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ระดับที่ ๒ หมายถึง หน่วยบริการที่สามารถทำการตรวจสวนหัวใจเพื่อการวินิจฉัย และมากกว่า ๔๘๐ รายต่อปี และทำหัตถการเพื่อการรักษามากกว่า ๒๐๐ รายต่อปี และบริการ Primary PCI มากกว่า ๓๖ รายต่อปี และมีผลการรักษาที่ดี แต่ไม่มีบริการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด เพื่อรองรับการผ่าตัดฉุกเฉินในกรณีที่เกิดผลแทรกซ้อนจากการทำหัตถการสวนหัวใจอยู่ในหน่วยบริการนั้น โดยหน่วยบริการในระดับที่ ๒ จะต้องมีบริการ ดังนี้

๑.๒.๑ ต้องมีบริการตรวจวินิจฉัยทางรังสีหรือภาพทางการแพทย์สำหรับวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น การทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลัง (exercise stress test) การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียง (echocardiogram)

๑.๒.๒ ต้องมีห้องผู้ป่วยวิกฤติทางโรคหัวใจที่ทันสมัยให้บริการได้

๑.๒.๓ ต้องมีบริการธนาคารเลือด

๑.๒.๔ ต้องมีบริการรับปรึกษาโรคทางไต และบริการล้างไต

๑.๒.๕ มีหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดรองรับการผ่าตัดฉุกเฉินในกรณีที่เกิดผลแทรกซ้อนจากการทำหัตถการสวนหัวใจเป็นลายลักษณ์อักษรว่าจะร่วมกันดูแลโดยศัลยแพทย์หัวใจและทีมพร้อมปฏิบัติงานตลอดเวลาที่ทำหัตถการเพื่อการรักษา และสามารถเริ่มทำการผ่าตัดได้ภายใน ๙๐ นาที นับตั้งแต่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการเพื่อรักษา

๑.๒.๖ ต้องสามารถให้มีการทบทวนภาพถ่ายรังสีหลอดเลือดหัวใจระหว่างศัลยแพทย์หัวใจและอายุรแพทย์ผู้ทำหัตถการ เพื่อวางแผนการรักษาก่อนการทำหัตถการ

๒. ศักยภาพด้านอุปกรณ์

๒.๑ ต้องมีเครื่องเอกซเรย์ฟลูโอโรสโคปี้ระบบดิจิตัล หรือเครื่องเอกซเรย์หลอดเลือดระบบดิจิตัลที่สามารถปรับขยายภาพได้หลายระดับ และมีระบบเก็บภาพแบบออนไลน์ และสามารถเรียกดูได้จากระบบจัดเก็บภาพ (archiving system)

๒.๒ มีเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจแบบหลายช่อง (อย่างน้อย ๒ ช่อง สำหรับวัดความดัน และ ๓ ช่อง สำหรับคลื่นไฟฟ้าหัวใจ) ที่มีการทำงานแบบเรียลไทม์ และสามารถวัด cardiac output ได้โดยวิธีการของ Fick หรือวิธี Thermodilution

๒.๓ ต้องมีความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำหัตถการเพื่อการรักษา ได้แก่ สายสวนหลอดเลือดนำทาง เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (coronary guiding catheter) สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (coronary guide wire) สายสวนเพื่อการขยายหลอเลือดโคโรนารี่ ด้วยบอลลูน (coronary balloons dilatation catheter) สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวด (coronary stent) ตลอดจนอุปกรณ์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น coronary stent graft

๒.๔ ต้องมีอุปกรณ์สำหรับช่วยฟื้นคืนชีพตลอดจนอุปกรณ์เพื่อพยุงการทำงานของหัวใจที่ใช้งานได้ทันทีภายในห้องทำหัตถการเพื่อการรักษา ประกอบด้วย อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ตลอดจนยาต่างๆ ที่ใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพ เครื่องกระตุกหัวใจชนิดไบเฟสิก (biphasic defibrillator) เครื่องกระตุ้นหัวใจสำรองชั่วคราว (temporary transvenous pacemakers) เครื่องพยุงหัวใจและระบบไหลเวียนด้วยบอลลูนในหลอดเลือดแดงใหญ่ (intra-aortic balloon pump) อุปกรณ์สำหรับเจาะระบายช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardiocentesis)

๓. ศักยภาพด้านความปลอดภัยจากรังสี

๓.๑ ต้องผ่านการตรวจสภาพการทำงานของเครื่องกำเนิดรังสี และเครื่องหรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับรังสีในสภาพการทำงานที่ปลอดภัยและขออนุญาตผลิตมีไว้ครอบครองหรือใช้ซึ่งพลังงานปรมาณูตามกฎหมายว่าด้วยพลังงานนิวเคลียร์เพื่อสันติ

๓.๒ ต้องมีการตรวจประเมินปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับโดยใช้เครื่องบันทึกปริมาณรังสีประจำบุคคล (X-Ray badge, OSL) อย่างน้อย ๓ เดือนต่อครั้ง จากหน่วยงานที่มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของสำนักปรมาณูเพื่อสันติ

๓.๓ ต้องมีเครื่องใช้อันจำเป็นเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี อาทิเช่น ชุดตะกั่ว วัสดุกำบังรังสี มีการตรวจสอบให้อยู่ในสภาพใช้งานได้ดีอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๓.๔ มีการตรวจสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานทางรังสีเป็นประจำทุกปี

๓.๕ สำหรับแพทย์ผู้ทำหัตถการควรมีเครื่องบันทึกปริมาณรังสีบุคคลอย่างน้อย ๒ ชิ้น สำหรับวัดปริมาณ รังสีที่ร่างกายได้รับภายในกับภายนอกเสื้อตะกั่ว

๔. ศักยภาพด้านการจัดการ

๔.๑ คุณสมบัติของผู้รับผิดชอบการดำเนินการของห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ (Cath lab Director)

๔.๑.๑ หน่วยบริการหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนระดับที่ ๑ ผู้รับผิดชอบการดำเนินการของห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ ต้องได้รับประกาศนียบัตรผ่านการฝึกอบรมอย่างน้อย ๑๒ เดือน ด้านหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด จากสถาบันที่ฝึกอบรมอายุรแพทย์โรคหัวใจต่อยอดอนุสาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง หรือสถาบันอื่นๆ ที่ผ่านการพิจารณาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกรณีเฉพาะ และต้องมีประสบการณ์ในการทำหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า ๕ ปี และไม่น้อยกว่า ๕๐๐ ราย

๔.๑.๒ หน่วยบริการหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนระดับที่ ๒ ผู้รับผิดชอบการดำเนินการของห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจต้องได้รับประกาศนียบัตรผ่านการฝึกอบรมอย่างน้อย ๑๒ เดือน ด้านหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด จากสถาบันที่ฝึกอบรมอายุรแพทย์โรคหัวใจต่อยอดอนุสาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง หรือสถาบันอื่นๆ ที่ผ่านการพิจารณาของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกรณีเฉพาะ และต้องมีประสบการณ์ในการทำหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า ๒๐๐ ราย

๔.๒ บทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบการดำเนินการของห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ (Cath lab Director)

๔.๒.๑ รับผิดชอบในการควบคุมคุณภาพการบริการ ให้มีการทำหัตถการตามข้อบ่งชี้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ตลอดจนผลลัพธ์การทำหัตถการ อัตราตาย และอัตราการเกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการทำหัตถการ

๔.๒.๒ เป็นที่ปรึกษาและผู้ควบคุมการทำหัตถการของแพทย์ผู้ทำหัตถการ ในกรณีที่คุณสมบัติ และประสบการณ์ยังไม่ครบตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๔.๒.๓ เป็นผู้วางแผนพัฒนาคุณภาพบริการ พัฒนาบุคลากร ตลอดจนครุภัณฑ์อุปกรณ์ต่างๆ ให้ใช้งานได้เหมาะสมกับการบริการ

๔.๒.๔ รวบรวมและรายงานอุบัติการณ์ (Occurrence report) วิเคราะห์ และหาแนวทางแก้ไขอย่างสม่ำเสมอ

๔.๒.๕ เป็นผู้ควบคุมให้มีการจัดทำการทบทวน morbidity-mortality conference หรือ interesting case conference อย่างสม่ำเสมอ

๔.๒.๖ การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการทำหัตถการตามมาตรฐานแนวทางการบันทึก และตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline)

๔.๓ หน่วยบริการ

๔.๓.๑ ไม่ปฏิเสธผู้ป่วยในทุกกรณี เช่น กรณี ST Elevation Acute Coronary Syndrome

๔.๓.๒ ในกรณีเตียงเต็ม จะต้องควบคุมการปฏิเสธรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเครือที่มีการทำความตกลงไว้ ไม่เกินร้อยละ ๑๐

๕. ศักยภาพด้านแพทย์ผู้ทำหัตถการ

ต้องมีแพทย์ผู้ทำหัตถการ อย่างน้อย ๒ คน เพื่อให้บริการ วันละ ๒๔ ชั่วโมง ทุกวัน โดยไม่มีวันหยุด โดยแพทย์ผู้ทำหัตถการต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

๕.๑ ต้องได้รับประกาศนียบัตรผ่านการฝึกอบรมอย่างน้อย ๑๒ เดือน ด้านหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด จากสถาบันที่ฝึกอบรมอายุรแพทย์โรคหัวใจต่อยอดอนุสาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง หรือสถาบันอื่นๆ ที่ผ่านการพิจารณาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกรณีเฉพาะ

๕.๒ ต้องมีประสบการณ์ในการทำหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดผ่านสายสวน ณ หน่วยบริการที่ขอขึ้นทะเบียนมากกว่า ๗๕ รายต่อปี หากมีประสบการณ์น้อยกว่า ๗๕ รายต่อปี ต้องมีระบบปรึกษาแพทย์ผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำหัตถการเพื่อการรักษามากกว่า ๑๕๐ รายต่อปี เพื่อให้คำแนะนำหรือกำกับการทำหัตถการการรักษาอย่างเป็นรูปธรรม

๖. ศักยภาพด้านผู้ช่วยแพทย์ผู้ทำหัตถการ

๖.๑ เป็นแพทย์ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพจากแพทยสภา หรือ เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพจากสภาพยาบาล และผ่านการอบรมด้านพยาบาลตรวจสวนหัวใจ

๖.๒ บุคลากรในห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ ต้องผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงที่พร้อมปฏิบัติงานทันที และต้องทบทวนการฝึกอบรม (renewal ทุก ๒ ปี)

๗. ศักยภาพด้านการรักษาพยาบาล

ต้องให้บริการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีตามแนวเวชปฏิบัติบริการสาธารณสุขหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และชมรมมัณฑนากรหัวใจและหลอดเลือดแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๑ หรือตามแนวทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ดังนี้

๗.๑ หน่วยบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนระดับที่ ๑ สามารถให้การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันทุกประเภท ทั้ง Complex and High risk Intervention Patient (CHIP) และ High Risk patients

๗.๒ หน่วยบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนระดับที่ ๒ สามารถให้การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่ไม่ใช่ Complex and High risk Intervention Patient (CHIP) และ High Risk patients

หมายเหตุ : กรณีวิกฤตฉุกเฉิน หน่วยบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนระดับที่ ๒ สามารถให้การรักษา Complex and High risk Intervention Patient (CHIP) และ High Risk patients โดยการทำหัตถการครั้งนั้นจะต้องทำหัตถการโดยแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า ๕ ปี และไม่น้อยกว่า ๕๐๐ ราย

คำจำกัดความ : Complex and High risk Intervention Patient (CHIP) ประกอบด้วย

(๑) Left Main lesion
(๒) Bifurcation with large side branch lesion
(๓) Chronic total occlusion(CTO) intervention
(๔) Heavy calcified lesion
(๕) Degenerative Saphenous venous grafts (SVG)

คำจำกัดความ : High Risk patients ประกอบด้วย

(๑) Decompensated CHF (Killip Class 3-4)
(๒) Recent (<8 weeks) cerebrovascular accident
(๓) Known bleeding disorder
(๔) Left ventricular ejection fraction $\leq$ 30%
(๕) Glomerular Filtration Rate (GFR) < 30 ml/min
(๖) Serious ongoing ventricular arrhythmias

๘. ศักยภาพด้านข้อมูล

๘.๑ ต้องมีการจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย

๘.๒ ต้องมีการจัดเก็บข้อมูลการทำหัตถการของแพทย์แต่ละคน

๘.๓ ต้องมีการจัดเก็บสถิติผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของหน่วยบริการอย่างเป็นระบบ

๘.๔ ต้องส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยเพื่อการเบิกจ่ายที่เป็นไปตามแนวทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๘.๕ ต้องจัดเก็บข้อมูลทั้งหมดเพื่อการตรวจสอบย้อนหลังเป็นระยะเวลา ๕ ปี

ภาคผนวก 4

หน้า ๒๘
เล่ม ๑๓๔ ตอนพิเศษ ๑๔๖ ง ราชกิจจานุเบกษา ๑ มิถุนายน ๒๕๖๐

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖ (๑๔) มาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับข้อ ๕ วรรคสองของข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๕๘ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อระดับตติยภูมิเฉพาะทางศัลยกรรมหัวใจ ลงวันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๗

ข้อ ๒ ให้สำนักงานหรือสำนักงานสาขาใช้เกณฑ์การตรวจประเมินตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ ตรวจประเมินสถานบริการที่ประสงค์ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๓ สถานบริการของเอกชนหรือหน่วยงานภายในสถานบริการของเอกชนที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ที่ประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ยื่นคำขอต่อสำนักงานหรือสำนักงานสาขา เพื่อตรวจประเมินและขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

สถานบริการของรัฐ หรือสภากาชาดไทย หรือส่วนงานภายในสถานบริการของรัฐ หรือสภากาชาดไทย ซึ่งประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้แจ้งสำนักงานหรือสำนักงานสาขาเพื่อตรวจประเมินและขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

สถานบริการที่ได้รับการตรวจประเมิน หากไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจประเมิน ให้มีสิทธิอุทธรณ์ผลการตรวจประเมิน โดยยื่นอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อสำนักงานภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งผลการตรวจประเมิน

ข้อ ๔ กำหนดระยะเวลาการขึ้นทะเบียน แบบคำขอขึ้นทะเบียน แบบสัญญา หรือข้อตกลงให้บริการสาธารณสุข หลักประกันการเป็นหน่วยบริการ และแบบการตรวจประเมินให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สถานบริการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อระดับตติยภูมิเฉพาะทางศัลยกรรมหัวใจ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อระดับตติยภูมิเฉพาะทางศัลยกรรมหัวใจ พ.ศ. ๒๕๔๗ ให้สิ้นสุดการเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อระดับตติยภูมิเฉพาะทางศัลยกรรมหัวใจ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ เป็นต้นไป และหากประสงค์เป็นหน่วยบริการตามประกาศนี้ ให้ดำเนินการตามข้อ ๓

ข้อ ๖ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๐
ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน
การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๐
ลงวันที่ ๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

คุณสมบัติของหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยบริการต้องผ่านการรับรองคุณภาพทั้งระบบ (Hospital Accreditation, ISO ๙๐๐๑:๒๐๐๐ หรือมาตรฐานอื่น ๆ) และมีความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมด้านหัวใจตลอดเวลา ทั้งภาวะปกติและภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑. มาตรฐานด้านสถานที่และอุปกรณ์

๑.๑ ต้องมีห้องผ่าตัดที่สามารถทำการผ่าตัดหัวใจได้อย่างปลอดภัย อุปกรณ์ครบถ้วนสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปห้อง ICU ได้อย่างปลอดภัย

๑.๒ มีเตียงรับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจอย่างน้อย ๒ เตียง ในหอผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive care unit: ICU) หรือหอผู้ป่วยวิกฤติหัวใจและหลอดเลือด (CCU) พร้อมอุปกรณ์มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจครบถ้วน

๑.๓ มีเครื่องหัวใจและปอดเทียม (Heart-Lung Machine) ประจำห้องผ่าตัดและสามารถใช้งานได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๑.๔ หน่วยบริการที่ทำผ่าตัดหัวใจผู้ใหญ่ ต้องมีเครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ (Intra-Aortic Balloon Pump : IABP) อย่างน้อย ๑ เครื่อง

๑.๕ มีเครื่องตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงชนิดเคลื่อนที่ได้ (Echo) อย่างน้อย ๑ เครื่อง

๑.๖ กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีห้องสวนหัวใจ ต้องมีหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน ที่รองรับสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้

๑.๗ มีเครื่องติดตามตรวจสอบสัญญาณชีพ (Monitoring) ตลอดเวลาการผ่าตัด

๑.๘ มีเครื่องติดตามตรวจสอบสัญญาณชีพ ขณะขนย้ายผู้ป่วย (Transfer Monitoring)

๑.๙ มีเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrillator) แบบ Internal ประจำห้องผ่าตัดขณะผ่าตัดหัวใจ และแบบ External ประจำใน ICU

๑.๑๐ มีเครื่องวัดความแข็งตัวของเลือด Activated Clotting Time (ACT)

๑.๑๑ มีชุดเครื่องมือผ่าตัดที่สามารถเปิดผ่าตัดหัวใจ (Open Heart Surgery) อย่างน้อย ๒ ชุด

๑.๑๒ มีเครื่องตรวจ Blood Gas Analysis (ABG) และสามารถส่งตรวจได้ตลอด ๒๔ ชม.

๑.๑๓ มีคลังเลือดที่สำรอง Blood component อย่างเพียงพอสำหรับการทำผ่าตัดหัวใจ

๑.๑๔ มีระบบบริการบำบัดทดแทนไต

๒. มาตรฐานด้านบุคลากร

๒.๑ แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมเฉพาะทางศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือด และทรวงอก (Cardiovascular and Thoracic Surgeon : CVT)

๒.๑.๑ ปฏิบัติงานประจำ (Full time : ปฏิบัติงานในเวลาราชการ) อย่างน้อย ๑ คน

๒.๑.๒ ให้มีแพทย์พร้อมปฏิบัติงานได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๒.๑.๓ ได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก จากแพทยสภา

๒.๑.๔ กรณีแพทย์ผู้ได้รับวุฒิบัตรฯ จากสถาบันต่างประเทศ แพทย์จะต้องได้รับการรับรองจากสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย

๒.๒ อายุรแพทย์โรคหัวใจ (Cardiologist)

๒.๒.๑ ปฏิบัติงานประจำ (Full time : ปฏิบัติงานในเวลาราชการ) อย่างน้อย ๑ คน

๒.๒.๒ ให้มีแพทย์พร้อมปฏิบัติงานได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๒.๒.๓ ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ

๒.๓ วิสัญญีแพทย์ (General Anesthesiologist)

๒.๓.๑ ปฏิบัติงานประจำ (Full time : ปฏิบัติงานในเวลาราชการ) อย่างน้อย ๑ คน

๒.๓.๒ สามารถให้บริการร่วมทีมผ่าตัดหัวใจได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๒.๓.๓ ได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับการผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่ และทรวงอก หรือได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตร สาขาวิสัญญีวิทยา ที่ผ่านการอบรมด้านวิสัญญีวิทยา สำหรับการผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่ และทรวงอก จากสถาบันที่รับรองโดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

๒.๔ กุมารแพทย์โรคหัวใจ (Pediatric cardiologist) (ในกรณีที่มีการผ่าตัดหัวใจในเด็ก)

๒.๔.๑ ปฏิบัติงานประจำ (Full time : ปฏิบัติงานในเวลาราชการ) อย่างน้อย ๑ คน

๒.๔.๒ ให้มีแพทย์พร้อมปฏิบัติงานได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๒.๔.๓ ได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ

๒.๕ นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก (Perfusionist)

๒.๕.๑ ปฏิบัติงานประจำ (Full time : ปฏิบัติงานในเวลาราชการ) อย่างน้อย ๑ คน

๒.๕.๒ สามารถให้บริการร่วมทีมผ่าตัดหัวใจได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๒.๕.๓ มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก

๒.๖ วิสัญญีพยาบาล (Nurse Anesthetist)

๒.๖.๑ ปฏิบัติงานประจำ (Full time : ปฏิบัติงานในเวลาราชการ) หรือกึ่งเวลา (Part time) อย่างน้อย ๒ คน

๒.๖.๒ มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง

๒.๖.๓ ผ่านการฝึกอบรมวิสัญญีวิทยาสำหรับวิสัญญีพยาบาล จากสถาบันที่รับรองโดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย (หลักสูตร ๑ ปี)

๒.๗ พยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ (ICU Nurse)

๒.๗.๑ มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง

๒.๗.๒ มีพยาบาลดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจหลังผ่าตัดใน ICU ตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยพยาบาล ๑ คน ต่อผู้ป่วย ๑ คน ในระยะวิกฤติ

๓. มาตรฐานด้านการจัดการ

๓.๑ ต้องมีที่ปรึกษาการดำเนินการด้านการผ่าตัดหัวใจ (Cardiac Surgery Supervisor)

๓.๑.๑ คุณสมบัติของที่ปรึกษาการดำเนินการด้านการผ่าตัดหัวใจ (Cardiac Surgery Supervisor)

๓.๑.๑.๑ ได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก จากแพทยสภา

๓.๑.๑.๒ มีประสบการณ์ทำผ่าตัดมาแล้วไม่น้อยกว่า ๕๐๐ ราย

๓.๑.๒ บทบาทหน้าที่ของที่ปรึกษาการดำเนินการด้านการผ่าตัดหัวใจ (Cardiac Surgery Supervisor)

๓.๑.๒.๑ รับผิดชอบในการควบคุมกำกับคุณภาพบริการ ให้มีการทำหัตถการตามข้อบ่งชี้ที่ สปสช.กำหนด ตลอดจนผลลัพธ์การทำหัตถการ อัตราป่วย (Mobidity rate) และอัตราตาย (Mortality rate)

๓.๑.๒.๒ ตรวจสอบและรับรองรายงานอุบัติการณ์ (Occurrence report) อย่างสม่ำเสมอ

๓.๑.๒.๓ เป็นที่ปรึกษาและผู้ควบคุมการทำหัตถการของแพทย์ผู้ทำหัตถการ ในกรณีที่คุณสมบัติและประสบการณ์ยังไม่ครบตามที่ สปสช.กำหนด

๔. มาตรฐานด้านการให้บริการ

๔.๑ ในกรณีที่สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทยมีการกำหนดแนวเวชปฏิบัติด้านการรักษาโรคหัวใจโดยวิธีผ่าตัด ให้ยึดถือเป็นมาตรฐานในการให้บริการ

๔.๒ มีการบันทึก ทบทวน และรายงาน Mortality/ Morbidity/ Occurrence report ที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และมีหลักฐานเพื่อการตรวจสอบด้านคุณภาพการให้บริการ

๔.๓ หน่วยบริการจะต้องให้บริการผู้ป่วยตามศักยภาพของหน่วยบริการในทุกกรณี ห้ามปฏิเสธผู้ป่วย ในกรณีที่เกินศักยภาพของหน่วยบริการ ให้ปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อและดำเนินงานตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

๔.๔ หน่วยบริการจะต้องดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจนปลอดภัยและสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้

๔.๕ กรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หน่วยบริการต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจนปลอดภัย และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ หรือส่งต่อตามแนวทางการส่งต่อ

๕. มาตรฐานด้านการจัดการข้อมูล

๕.๑ มีการจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย

๕.๒ มีการจัดเก็บและรายงานสถิติผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของหน่วยบริการอย่างเป็นระบบ ตามที่ สปสช.กำหนด

ภาคผนวก 5

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

พ.ศ. ๒๕๖๑

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เพื่อเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๓ วรรคสอง ข้อ ๓๓ และข้อ ๓๓.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า "ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. ๒๕๖๑"

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป เว้นแต่ข้อ ๖ (๑) และข้อ ๖ (๒) (ก) ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

ข้อ ๔ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการด้านเคมีบำบัด ตามที่สำนักงานกำหนด ตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้เป็นไปตามคู่มือว่าด้วยแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขประจำปีงบประมาณนั้น ๆ

/ข้อ ๖...

ข้อ ๖ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในคุณภาพบริการในการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้หน่วยบริการถือปฏิบัติตามแนวทางการรักษา เพื่อเป็นเงื่อนไขในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ดังนี้

(๑) ผู้ป่วยโรคมะเร็งในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี ให้เป็นไปตามคู่มือว่าด้วยแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก ที่จัดทำโดยสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย

(๒) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุระหว่าง ๑๕ – ๑๘ ปี ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษา ดังนี้

(ก) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก ที่จัดทำโดยสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย หรือ

(ข) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ ตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

(๓) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุมากกว่า ๑๘ ปี ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ ตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๗ รายการและราคายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ
การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. ๒๕๖๑
ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๑

คุณสมบัติของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่ให้บริการด้านเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

๑. ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA หรือ ISO 9001:2000 ทั้งระบบ หรือมาตรฐานอื่นๆ ที่เทียบเท่า

๒. ต้องมีศักยภาพในการให้บริการเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งประกอบด้วย ๓ กิจกรรม คือ การสั่งการรักษา การผสมยา และการบริหารยาเคมีบำบัด ในรูปแบบใด รูปแบบหนึ่ง ดังนี้

<u>ระดับที่ ๑ มีศักยภาพในการสั่งการรักษา การผสมยา และการบริหารยาด้วยยาเคมีบำบัด</u>

๑. ความพร้อมด้านสถานที่ ประกอบด้วย

๑.๑ มีห้องตรวจผู้ป่วยนอก เป็นไปตามมาตรฐาน

๑.๒ มีความพร้อมด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินผู้ป่วยก่อนการสั่งยาเคมีบำบัดตามมาตรฐาน

๑.๓ มีความพร้อมของธนาคารเลือดที่สามารถจ่ายส่วนประกอบของเลือดได้อย่างเพียงพอภายในระยะเวลาไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง (ในกรณีให้บริการรักษามะเร็งโลหิตวิทยา)

๑.๔ มีห้องผสมยาเคมีบำบัดเป็น Clean room หรือ Separated room ตามมาตรฐาน

๑.๕ มีห้องบริหารยาสำหรับผู้ป่วยแยกเป็นสัดส่วน

๒. ความพร้อมด้านบุคลากร ประกอบด้วย

๒.๑ มีแพทย์เฉพาะทางที่สามารถให้บริการและคำปรึกษาด้านเคมีบำบัด ปฏิบัติงานประจำอย่างน้อยด้านละ ๑ คน ต่อหน่วยบริการ

๒.๑.๑. อายุรแพทย์เฉพาะทางสาขามะเร็งวิทยา (Medical oncologist)

๒.๑.๒. อายุรแพทย์เฉพาะทางสาขาโลหิตวิทยา (Hematologist)

๒.๑.๓. กุมารเวชศาสตร์โรคเลือด (Pediatric Hematology)

๒.๑.๔. สูตินรีแพทย์เฉพาะทางสาขามะเร็ง (Gynecologic oncologist)

๒.๑.๕. ศัลยแพทย์เฉพาะทางสาขามะเร็ง (Surgical oncologist)

๒.๑.๖. แพทย์รังสีรักษา (Radiation oncologist)

๒.๒ ในกรณีที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางในข้อ ๒.๑ อนุโลมให้มีศัลยแพทย์หรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้ยาเคมีบำบัดที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมวิชาชีพ และ/หรือ มีประสบการณ์ในการสั่งยาเคมีบำบัดและสามารถให้บริการและคำปรึกษาด้านเคมีบำบัด ในโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้มาอย่างน้อย ๓ ปี ปฏิบัติงานประจำ อย่างน้อย ๑ คน ต่อหน่วยบริการ และในกรณีอื่น ๆ ต้องได้รับการมอบหมายจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

๒.๓ มีเภสัชกรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเภสัชกรรมผสมยาเคมีบำบัด ที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย ๑ คน ต่อหน่วยบริการ

๒.๔ มีเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ขนส่งยาเคมีบำบัดทุกคน ที่ผ่านการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับอันตรายของยาเคมีบำบัด รวมทั้งต้องฝึกปฏิบัติการจัดการการขนส่งและเมื่อเกิดอุบัติเหตุยา หก ตก แตก โดยเภสัชกรตามข้อ ๒.๓

๒.๕ มีพยาบาลเคมีบำบัด ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง หรือหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัด อย่างน้อย ๒ คน ต่อหน่วยบริการ

๓. ความพร้อมด้านเครื่องมือ ประกอบด้วย

๓.๑ มีตู้เตรียมยาเคมีบำบัดปลอดเชื้อระบบปิด แบบ Isolator หรือ Biosafety Cabinet

๓.๒ มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เพื่อป้องกันยาเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกายบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ

๓.๓ มีภาชนะที่ปิดมิดชิดสำหรับการขนส่งยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพ

๓.๔ มีชุด Spill Kit ประจำห้องผสมยาเคมีบำบัด ห้องคลังยาเคมีบำบัด ห้องให้ยาเคมีบำบัด

๓.๕ มีเตียงหรือเก้าอี้ให้บริการผู้ป่วยเคมีบำบัด ที่เพียงพอในการบริการผู้ป่วย

๓.๖ มีตู้หรือภาชนะการจัดเก็บยาที่ผสมแล้ว ที่ปลอดภัย ติดป้ายให้ชัดเจน แยกเก็บจากยาตัวอื่นและแยกสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

๔. ความพร้อมด้านบริการ ประกอบด้วย

๔.๑ มีกระบวนการผสมยา และกระบวนการ label/packaging ที่ได้มาตรฐาน

๔.๒ มี Inventory control ที่ได้มาตรฐาน

๔.๓ มีกระบวนการส่งต่อยาและเก็บยาที่ได้รับการผสมแล้วที่ได้มาตรฐาน

๔.๔ มีกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาเคมีบำบัด

๔.๕ มีมาตรฐานด้าน double checking procedure ของยาเคมีบำบัด

๔.๖ มีกระบวนการบริหารจัดการเมื่อเกิด Hypersensitivity reaction

๔.๗ มีกระบวนการจัดการและทำความสะอาดเมื่อเกิดอุบัติเหตุยา หก ตก แตก

๔.๘ มีกระบวนการกำจัดขยะปนเปื้อนยาเคมีบำบัดที่ได้มาตรฐาน

<u>ระดับที่ ๒ มีศักยภาพในการผสมยา และการบริหารยาเคมีบำบัด</u>

๑. ความพร้อมด้านสถานที่ ประกอบด้วย

๑.๑ มีห้องผสมยาเคมีบำบัดเป็น Clean room หรือ Separated room ตามมาตรฐาน

๑.๒ มีห้องบริหารยาสำหรับผู้ป่วยแยกเป็นสัดส่วน

๒. ความพร้อมด้านบุคลากร ประกอบด้วย

๒.๑ มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัดที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมวิชาชีพ /หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือ ที่มีประสบการณ์ในการสั่งยาเคมีบำบัดมาอย่างน้อย ๓ ปี ปฏิบัติงานประจำ อย่างน้อย ๑ คน ต่อหน่วยบริการ โดยมีแม่ข่ายสั่งการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยาเคมีบำบัด

๒.๒ มีเภสัชกรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเภสัชกรรมผสมยาเคมีบำบัด ที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย ๑ คน ต่อหน่วยบริการ

๒.๓ มีเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ขนส่งยาเคมีบำบัดทุกคน ที่ผ่านการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับอันตรายของยาเคมีบำบัด รวมทั้งต้องฝึกปฏิบัติการจัดการการขนส่งและเมื่อเกิดอุบัติเหตุยา หก ตก แตก โดยเภสัชกรตามข้อ ๒.๒

๒.๔ มีพยาบาลเคมีบำบัด ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง หรือหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัด อย่างน้อย ๒ คน ต่อหน่วยบริการ

๓. ความพร้อมด้านเครื่องมือ ประกอบด้วย

๓.๑ มีตู้เตรียมยาเคมีบำบัดปลอดเชื้อระบบปิด แบบ Isolator หรือ Biosafety Cabinet

๓.๒ มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเพื่อป้องกันยาเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกายบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ

๓.๓ มีภาชนะที่ปิดมิดชิดสำหรับการขนส่งยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพ

๓.๔ มีชุด Spill Kit ประจำห้องผสมยาเคมีบำบัด ห้องคลังยาเคมีบำบัด ห้องให้ยาเคมีบำบัด

๓.๕ มีเตียงหรือเก้าอี้ให้บริการผู้ป่วยเคมีบำบัด ที่เพียงพอในการบริการผู้ป่วย

๓.๖ มีตู้หรือภาชนะการจัดเก็บยาที่ผสมแล้วที่ปลอดภัย ติดป้ายให้ชัดเจน แยกเก็บจากยาตัวอื่นและแยกสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

๔. ความพร้อมด้านบริการ ประกอบด้วย

๔.๑ มีคำสั่งการรักษายาเคมีบำบัดจากหน่วยบริการในรูปแบบที่ ๑

๔.๒ มีกระบวนการผสมยา และกระบวนการ label/packaging ที่ได้มาตรฐาน

๔.๓ มี Inventory control ที่ได้มาตรฐาน

๔.๔ มีกระบวนการส่งต่อยาและเก็บยาที่ได้รับการผสมแล้วที่ได้มาตรฐาน

๔.๕ มีกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาเคมีบำบัด

๔.๖ มีกระบวนการบริหารจัดการเมื่อเกิด Hypersensitivity reaction

๔.๗ มีมาตรฐานด้าน double checking procedure ของยาเคมีบำบัด

๔.๘ มีกระบวนการจัดการและทำความสะอาดเมื่อเกิดอุบัติเหตุยา หก ตก แตก

๔.๙ มีกระบวนการกำจัดขยะปนเปื้อนยาเคมีบำบัดที่ได้มาตรฐาน

<u>ระดับที่ ๓ มีศักยภาพในการบริหารยาด้วยยาเคมีบำบัด</u>

๑. ความพร้อมด้านสถานที่ โดยมีบริเวณสำหรับการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยแยกเป็นสัดส่วน

๒. ความพร้อมด้านบุคลากร ประกอบด้วย

๒.๑ มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัดที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมวิชาชีพ หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีเครือข่ายที่ปรึกษาในการส่งต่อผู้ป่วยมาเพื่อรับยาเคมีบำบัด อย่างน้อย ๑ คน ต่อหน่วยบริการ

๒.๒ มีเภสัชกร ทำหน้าที่ในการติดตาม ดูแลผู้ป่วยด้านการบริบาลทางเภสัชกรรม อย่างน้อย ๑ คน ต่อหน่วยบริการ

๒.๓ มีพยาบาลเคมีบำบัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัดที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมวิชาชีพ อย่างน้อย ๑ คน ต่อหน่วยบริการ

๓. ความพร้อมด้านเครื่องมือ ประกอบด้วย

๓.๑ มีเตียงหรือเก้าอี้ให้บริการผู้ป่วยเคมีบำบัด ที่เพียงพอในการบริการผู้ป่วย

๓.๒ มีตู้หรือภาชนะการจัดเก็บยาที่ผสมแล้วที่ปลอดภัย ไม่มีการปนเปื้อนเชื้อ อุณหภูมิความชื้นและแสงสว่างเหมาะสม ติดป้ายให้ชัดเจน แยกสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย และแยกเก็บจากยาตัวอื่น

๓.๓ มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเพื่อป้องกันยาเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกายบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ

๓.๔ มีชุด Spill Kit ประจำห้องให้ยาเคมีบำบัด

๔. ความพร้อมด้านบริการ ประกอบด้วย

๔.๑ มีคำสั่งการรักษายาเคมีบำบัดจากหน่วยบริการในรูปแบบที่ ๑

๔.๒ มีกระบวนการส่งยาที่ผสมแล้วจากหน่วยบริการรูปแบบที่ ๑ หรือ ๒ และเก็บยาที่ได้รับการผสมรอบริหารแล้วที่ได้มาตรฐาน

๔.๓ มีกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาเคมีบำบัด

๔.๔ มีมาตรฐานด้าน double checking procedure ของยาเคมีบำบัด

๔.๕ มีกระบวนการบริหารจัดการเมื่อเกิด Hypersensitivity reaction

๔.๖ มีกระบวนการจัดการและทำความสะอาดเมื่อเกิดอุบัติเหตุยา หก ตก แตก

๔.๗ มีกระบวนการกำจัดขยะปนเปื้อนยาเคมีบำบัดที่ได้มาตรฐาน

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ
การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. ๒๕๖๑
ลงวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๑

แนวทางการรักษาโรคมะเร็ง

๑. มะเร็งเต้านม (Breast cancer)
๒. มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer)
๓. มะเร็งรังไข่ (Ovarian cancer)
๔. มะเร็งมดลูก (Uterine cancer)
๕. มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharyngeal cancer)
๖. มะเร็งปอด (Lung cancer)
๗. มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colo-Rectal cancer)
๘. มะเร็งหลอดอาหาร (Esophageal cancer)
๙. มะเร็งตับและท่อน้ำดี (Liver & Cholangiocarcinoma)
๑๐. มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Cancer)
๑๑. มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate cancer)
๑๒. มะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach Cancer)
๑๓. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมฟอยด์ในผู้ใหญ่ (Adult Acute Lymphoblastic Leukemia: ALL)
๑๔. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่ (Lymphoma)
๑๕. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Acute Myeloid Leukemia: AML)
๑๖. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่แบบ Acute Promyelocytic Leukemia (APL)
๑๗. มะเร็งโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Chronic Myeloid Leukemia: CML)
๑๘. มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมาในผู้ใหญ่ (Myeloma)
๑๙. มะเร็งกระดูกชนิด osteosarcoma ในผู้ใหญ่
๒๐. มะเร็งเด็ก (Pediatric cancer)

เอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ
การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. ๒๕๖๑
ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๑

รายการของราตายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
สำหรับการรักษาโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

การกำหนดราคายาเคมีบำบัด

๑. ราคาที่กำหนด เป็นราคาอ้างอิงจากหน่วยบริการ (ข้อมูลจากการสำรวจราคาซื้อยามะเร็ง : อ้างอิงราคา ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยา กระทรวงสาธารณสุข และประกาศราคากลาง ณ วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๐) บวกค่าบริหารจัดการ ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด แต่หักค่าผสมยาเคมีบำบัด ๑๖๐ บาททุกรายการ ยกเว้นยาชนิดรับประทาน ซึ่ง สปสช. ใช้ราคานี้เป็นราคากลางในการจ่ายชดเชย

๒. กรณียา จ๒ จะได้รับการจ่ายชดเชยคืนเป็นยา และหน่วยบริการจะได้การจ่ายชดเชยจาก สปสช.เป็นค่าผสมยาเคมีบำบัด (ชนิดให้ทางเส้นเลือด) ๑๖๐ บาทต่อวัน

๓. กรณีการรักษาที่มีการสั่งยาไม่เต็มจำนวนขนาดบรรจุ และสามารถเก็บยานั้นไว้ใช้กับผู้ป่วยรายอื่น หรือใช้ในครั้งต่อไปได้ ให้หน่วยบริการบันทึกเบิกโดยเลือกรายการยาตามขนาดบรรจุนั้นๆ แต่ให้ปรับลดราคาตามราคาจริงของปริมาณยาที่ใช้

๔. กรณีการรักษาที่มีการสั่งใช้ยาไม่เต็มจำนวนขนาดบรรจุ และไม่สามารถเก็บยานั้นไว้ใช้กับผู้ป่วยรายอื่นได้ หรือไม่สามารถใช้ในครั้งต่อไปได้ ให้หน่วยบริการบันทึกเบิก โดยเลือกรายการยาตามขนาดบรรจุนั้นรายละเอียดตามตารางรายการและราคายาเคมีบำบัดฯ ด้านล่าง

รายการยาและยาเคมีบำบัดสำหรับการจ่ายชดเชยกรณีการรักษาโรคมะเร็ง

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาดความแรง	หน่วย	ราคา (บาท)
1	5-Fluorouracil (ค)	250 mg	vial	67.50
2	5-Fluorouracil (ค)	500 mg	vial	135.00
3	5-Fluorouracil (ค)	1,000 mg	vial	270.00
4	All- transretinoic Acid (ATRA) (จ) (Tretinoin)	10 mg	cap	105.00
5	Allopurinol	100 mg	tab	1.00
6	Arsenic trioxide (ATO) (ก)	100 mg	vial	1,335.00
7	Asparaginase (ค)	10,000 U	vial	1,725.00
8	ATG (จ2)	25 mg	vial	(จ2)
9	BCG (จ)	81 mg	vial	5,885.00

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาดความแรง	หน่วย	ราคา (บาท)
10	Bleomycin (ค)	15 iu	amp	1,500.00
11	Capecitabine (ง)	150 mg	tab	46.00
12	Capecitabine (ง)	500 mg	tab	153.00
13	Carboplatin (ง)	150 mg	vial	500.00
14	Carboplatin (ง)	450 mg	vial	1,500.00
15	Cisplatin (ค)	10mg	vial	134.00
16	Cisplatin (ค)	50 mg	vial	670.00
17	Cyclophosphamide (ค)	50 mg	tab	10.00
18	Cyclophosphamide (ค)	200 mg	vial	126.00
19	Cyclophosphamide (ค)	1 gm	vial	630.00
20	Cytarabine (ค)	20 mg	vial	56.00
21	Cytarabine (ค)	100 mg	vial	279.00
22	Cytarabine (ค)	1 g	vial	2,790.00
23	Dacarbazine (ง)	100 mg	vial	1,542.80
24	Dacarbazine (ง)	200 mg	vial	3,085.60
25	Dacarbazine (ง)	500 mg	vial	7,714.00
26	Dactinomycin GPO (ง)	500 mcg	vial	1,200.00
27	Dasatinib (จ2)	50 mg	tab	(จ2)
28	Dasatinib (จ2)	70 mg	tab	(จ2)
29	Docetaxel (จ2)	20 mg	vial	(จ2)
30	Docetaxel (จ2)	80 mg	vial	(จ2)
31	Doxorubicin (ค)	10 mg	vial	220.00
32	Doxorubicin (ค)	50 mg	vial	1,100.00
33	Etoposide	25 mg	tab	225.00
34	Etoposide	50 mg	tab	450.00
35	Etoposide (ค)	100 mg	vial	480.00
36	Filgrastim	300 mcg	syringe/vial	1,020.00

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาดความแรง	หน่วย	ราคา (บาท)
37	Fludarabine	50 mg	vial	4711.00
38	Flutamide	250 mg	tab	60.00
39	Gemcitabine (ง)	200 mg	vial	361.00
40	Gemcitabine (ง)	1,000 mg	vial	1,806.00
41	Hydrocortisone	100 mg	vial	90.00
42	Hydroxyurea	1 mg	tab	40.00
43	Idarubicin hydrochloride (ง)	5 mg	vial	3,030.00
44	Idarubicin hydrochloride (ง)	10 mg	vial	6,060.00
45	Ifosfamide C (ง)	500 mg	vial	630.00
46	Ifosfamide C (ง)	1,000 mg	vial	1,260.00
47	Imatinib (จ2)	100 mg	tab	(จ2)
48	Imatinib (จ2)	400 mg	tab	(จ2)
49	Ketoconazole	200 mg	tab	4.00
50	Letrozole (จ2)	2.5 mg	tab	(จ2)
51	Leucovorin (ง)	15 mg	tab,cap	13.00
52	Leucovorin (ง) (Folinic acid , calcium folinate)	50 mg	vial	528.00
53	Leucovorin (ง) (Folinic acid, calcium folinate)	100 mg	vial	1,056.00
54	Leucovorin (ง) (Folinic acid, calcium folinate)	300 mg	vial	3,168.00
55	Leuprorelin acetate	11.25mg/22.5 mg	syringe/vial	8,035.00
56	Megestrol acetate (ง)	160 mg	tab	113.00
57	Melphalan (ค)	2 mg	tab	93.00
58	Mercaptopurine (6MP) (ค)	50 mg	tab	36.00
59	Mesna (ง)	400 mg	amp	111.00
60	Methotrexate (ค)	2.5 mg	tab	12.00
61	Methotrexate (ค)	25 mg	vial	62.50

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาดความแรง	หน่วย	ราคา (บาท)
62	Methotrexate (ค)	50 mg	vial	125.00
63	Methotrexate (ค)	1,000 mg	vial	2,500.00
64	Mitomycin C (ง)	2 mg	vial	440.00
65	Mitomycin C (ง)	10 mg	vial	2,200.00
66	Mitoxantrone (ง)	10 mg	vial	4,232.00
67	Nilotinib (จ2)	200 mg	cap	(จ2)
68	Oxaliplatin (ง)	50 mg	vial	1,186.00
69	Oxaliplatin (ง)	100 mg	vial	2,372.00
70	Paclitaxel (ง)	30 mg	vial	163.00
71	Paclitaxel (ง)	300 mg	vial	1,630.00
72	Prednisolone	5 mg	tab	1.00
73	Rituximab (จ2)	100 mg	vial	(จ2)
74	Rituximab (จ2)	500 mg	vial	(จ2)
75	Tamoxifen (ค)	10 mg	tab	3.00
76	Tamoxifen (ค)	20 mg	tab	6.00
77	Thioguanine (ง)	40 mg	tab	140.00
78	Trastuzumab (จ2)	150 mg	vial	(จ2)
79	Trastuzumab (จ2)	440 mg	vial	(จ2)
80	Triptorelin	11.25 mg	vial	8,035.00
81	UFT (ง) (Tegafur-uracil)	100 mg+224 mg	tab	98.00
82	Vinblastine (ค)	10 mg	vial	585.00
83	Vincristine (ค)	1 mg	vial	210.00
84	Vinorelbine tartrate (ง)	10 mg	vial	1624.42
85	Vinorelbine tartrate (ง)	50 mg	vial	8121.00

หมายเหตุ

**** กรณีที่ใช้นอกเหนือจากประกาศให้คำนวณตามสัดส่วนเนื้อยาโดยอ้างอิงตามราคาในประกาศ****

ภาคผนวก 6

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. ๒๕๖๑

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๓ และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับข้อ ๕ วรรคสอง แห่งข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๕๘ และข้อ ๓๗ ของเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๐สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า "ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. ๒๕๖๑"

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อระดับตติยภูมิเฉพาะด้านรังสีรักษา ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๘

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

"สำนักงาน" หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"สำนักงานเขต" หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต

"สถานบริการ" หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

ข้อ ๕ สถานบริการซึ่งประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ต้องมีศักยภาพ ดังนี้

๕.๑ เป็นสถานบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพสถานบริการ ทั้งระบบ จากมาตรฐาน HA หรือ ISO 9001:2015 หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่ได้รับรองจาก ISQua และมีความสามารถในการให้บริการรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

/๕.๒ มีความพร้อม...

๕.๒ มีความพร้อมด้านสถานที่ ประกอบด้วย

(๑) มีห้องจำลองการฉายรังสีและห้องควบคุม ที่ผ่านการประเมินความปลอดภัยทางรังสีจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ จำนวนอย่างน้อยหนึ่งห้อง

(๒) มีห้องฉายรังสีระยะใกล้และห้องควบคุม ที่ผ่านการประเมินความปลอดภัยทางรังสีจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ จำนวนอย่างน้อยหนึ่งห้อง

(๓) มีห้องให้รังสีระยะใกล้ และมีห้องใส่เครื่องมือรังสีระยะใกล้ ที่ผ่านการประเมินความปลอดภัยทางรังสีจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ จำนวนอย่างน้อยหนึ่งห้อง ทั้งนี้ หากสถานบริการใดไม่มีห้องดังกล่าว ต้องมีระบบการประสานส่งต่อกรณีที่มีผู้ป่วยต้องรับการรักษาด้วยรังสีระยะใกล้

(๔) มีห้องวางแผนทางฟิสิกส์รังสีรักษา จำนวนอย่างน้อยหนึ่งห้อง

(๕) มีห้องคอมพิวเตอร์ควบคุมระบบและห้องเก็บเครื่องมือ จำนวนอย่างน้อยหนึ่งห้อง

(๖) มีห้องตรวจผู้ป่วยนอก เป็นไปตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๕.๓ มีความพร้อมด้านเครื่องมือ ประกอบด้วย

(๑) มี CT simulator หรือเทียบเท่า หรือมี conventional simulator จำนวนอย่างน้อยหนึ่งเครื่อง

(๒) มีเครื่อง LINAC with MLC (photon และอาจมี electron beam) จำนวนอย่างน้อยหนึ่งเครื่อง

(๓) มีเครื่อง High dose rate brachytherapy system (หากมีบริการ)

(๔) มีชุดอุปกรณ์เครื่องวัดและควบคุมคุณภาพรังสี QA verification ตามเทคนิคการฉายรังสี

(๕) มีระบบคอมพิวเตอร์ฐานข้อมูลทางฟิสิกส์รังสีรักษา

๕.๔ มีความพร้อมด้านบุคลากร ประกอบด้วย

(๑) มีแพทย์รังสีรักษาที่สามารถให้บริการและทำปรึกษา ปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการ จำนวนอย่างน้อยหนึ่งคน ต่อหน่วยบริการ

(๒) มีนักรังสีการแพทย์ ซึ่งได้รับวุฒิการศึกษาเป็นวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาฟิสิกส์การแพทย์ ที่สามารถให้บริการ ปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการ จำนวนอย่างน้อยหนึ่งคน

(๓) มีนักรังสีการแพทย์ ซึ่งได้รับวุฒิการศึกษาเป็นวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขารังสีเทคนิค ปฏิบัติงานทางรังสีรักษา ปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการ ดังนี้

(ก) จำนวนอย่างน้อยสองคนต่อการจำลองการฉายรังสี (conventional/CT /MRI- simulator และ C-Arm)

(ข) จำนวนอย่างน้อยสองคนต่อการฉายรังสีเทคนิค 2D, 3D-CRT

(ค) จำนวนอย่างน้อยสามคน ต่อการฉายรังสีเทคนิค IMRT, VMAT, SRS/SRT/SBRT

(๔) มีพยาบาลรังสีรักษาผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลรังสีวิทยา หรือหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวนอย่างน้อยสองคนต่อหน่วยบริการ

/กรณีที่...

กรณีที่หน่วยบริการมีบุคลากรตาม (๒) และ (๓) ซึ่งไม่อาจปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการได้ครบตามจำนวน หน่วยบริการนั้นต้องจัดให้มีบุคลากรปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาทดแทนบุคลากรปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการ โดยให้นับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาจำนวนสองคนที่ปฏิบัติงานจริงรวมจำนวนชั่วโมงทั้งหมดหนึ่งร้อยหกสิบชั่วโมงต่อเดือนเท่ากับบุคลากรปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการจำนวนหนึ่งคน

ข้อ ๖ สถานบริการซึ่งประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียน และยื่นแบบประเมินศักยภาพตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ ต่อสำนักงานหรือสำนักงานเขต เพื่อตรวจประเมินและขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

ข้อ ๗ สถานบริการที่ได้รับการตรวจประเมิน หากไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจประเมิน มีสิทธิอุทธรณ์ผลการตรวจประเมิน โดยให้ยื่นอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อสำนักงานภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ทราบผลการตรวจประเมิน

ข้อ ๘ สถานบริการที่ผ่านการตรวจประเมิน จะได้รับการประกาศขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง และมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๙ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาคผนวก 7

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายและแนวทางการให้บริการผ่าตัดต้อกระจก

พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายและแนวทางการให้บริการผ่าตัดต้อกระจก ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๓ และข้อ ๓๓ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายและแนวทางการให้บริการผ่าตัดต้อกระจก พ.ศ. ๒๕๖๐”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการให้บริการผ่าตัดต้อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการให้บริการผ่าตัดต้อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงาน เขต” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต

ข้อ ๕ คุณสมบัติของหน่วยบริการ แนวทางการให้บริการและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีให้บริการผ่าตัดต้อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

/ข้อ ๖ เกณฑ์การพิจารณา...

ข้อ ๖ เกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติเลนส์แก้วตาเทียม ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๗ รายการเลนส์แก้วตาเทียมให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ และเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศนี้

การกำหนดรายการบัญชีเลนส์ตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามคณะทำงานกำหนดคุณสมบัติและพิจารณาคัดเลือกเลนส์แก้วตาเทียม สำหรับการจัดบริการผ่าตัดต้อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๘ เฉพาะรายการเลนส์แก้วตาเทียมตามเอกสารหมายเลข ๔ ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ให้ใช้บังคับตั้งแต่ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายและแนวทางการให้บริการผ่าตัดต้อกระจก พ.ศ. ๒๕๖๐
ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๐

การให้บริการผ่าตัดต้อกระจก มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจกกลุ่มผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) และชนิดสายตาเลือนรางระดับรุนแรง (Severe low vision) ให้ได้รับการเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมที่มีคุณภาพ ลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วย หน่วยบริการได้รับการสนับสนุนค่าบริการที่รวดเร็ว เป็นธรรม มีการค้นหาและตรวจคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด และเกิดการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคต้อกระจกในพื้นที่ได้อย่างครบวงจร โดยมีข้อกำหนด ดังนี้

ข้อ ๑ ผู้รับบริการ

ผู้มีสิทธิรับบริการตามประกาศนี้ ต้องมีคุณสมบัติ ๓ ประการ ดังนี้

(๑) เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile cataract)

(๓) มีข้อบ่งชี้ ตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย

ข้อ ๒ หน่วยบริการ

หน่วยบริการที่ให้บริการตามประกาศนี้ ต้องเป็นหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีคุณสมบัติและศักยภาพการให้บริการตามที่สำนักงานกำหนด โดยมีแนวทางการให้บริการ ๒ ประเภท คือ

(๑) หน่วยบริการรับการส่งต่อที่ให้บริการผ่าตัดต้อกระจก

(๒) หน่วยบริการรับการส่งต่อที่จัดให้มีบริการผ่าตัดต้อกระจก โดยมีคู่สัญญาเป็นสถานบริการหรือหน่วยงานภาคเอกชน ที่มีคุณสมบัติและศักยภาพตามเกณฑ์ศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนด

ทั้งนี้ หน่วยบริการตามวรรคหนึ่ง ที่ประสงค์จะให้บริการนอกจังหวัด และนอกเขตพื้นที่ให้ดำเนินการดังนี้

(๑) การให้บริการนอกจังหวัด แต่อยู่ภายในเขตพื้นที่เดียวกัน ให้เป็นไปตามระบบการส่งต่อผู้ป่วยภายในเขต และให้แสดงความจำนงและขอความเห็นชอบ จากสำนักงานเขต

(๒) การให้บริการนอกจังหวัด และนอกเขตพื้นที่ ให้เป็นไปตามระบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามเขต โดยให้แสดงความจำนงและขอความเห็นชอบจากสำนักงาน หรือสำนักงานเขตก่อน

/ข้อ ๓ คุณสมบัติ...

ข้อ ๓ คุณสมบัติและศักยภาพหน่วยบริการตามข้อ ๒ (๑) และสถานบริการตามข้อ ๒ (๒) ที่จะให้บริการผ่าตัดต้อกระจก ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีรายละเอียดดังนี้

(๑) มีแพทย์ที่ผ่านการสอบเพื่อวุฒิบัตรและหนังสืออนุมัติเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจักษุวิทยา ปฏิบัติงานประจำ (Full time) หรือปฏิบัติงานบางเวลา (Part time) ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด และการติดตามการรักษาหลังผ่าตัด

(๒) มีพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา หรือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางตา อย่างน้อย ๑ ปี จำนวน ๑ คน ประจำตลอดเวลาของการให้บริการ

(๓) บุคลากรอื่นที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการต้องผ่านการอบรมการทำงานด้านสุขภาพ หรือมีประสบการณ์ทางด้านสุขภาพ อย่างน้อย ๒ ปี จำนวน ๒ คน ประจำตลอดเวลาของการให้บริการ

(๔) มีสถานที่ที่เอื้อต่อการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยต้อกระจก ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน สามารถให้การดูแลทั้งการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การผ่าตัดและการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง

(๕) มีห้องผ่าตัดที่มีมาตรฐาน มีความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ และบุคลากร ที่พร้อมให้การผ่าตัด รวมทั้งมีบริการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

(๖) มีความพร้อมด้านอุปกรณ์ รายละเอียดดังนี้

(ก) มีหรือจัดเตรียมให้มีเครื่องมือในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัด ดังนี้ Pin Hole , Snellen's chart หรือ E chart , เครื่องวัดความดันลูกตา

(ข) มีหรือจัดให้มีเครื่องมือในห้องผ่าตัดดังนี้ เครื่องสลายต้อกระจก (Phacoemulsification machine) พร้อมอุปกรณ์ คือ หัวสลายต้อ,หัวดูดเศษเลนส์ที่เหลือค้าง, Disposables Cassette, น้ำยา Balance Salt Solution, สารหนืด (Viscoelastic), ใบมีด Slit Knife , กล้องผ่าตัด และ Steri-drape

(๗) มีแผนการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดตามมาตรฐานราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ โดยมีการติดตามผลหลังผ่าตัดโดยจักษุแพทย์ ๓ ครั้ง ในวันที่ ๑ วันที่ ๗ และวันที่ ๓๐ หลังการผ่าตัด

(๘) มีแนวทางการควบคุมการติดเชื้อ โดยจัดโครงสร้างการบริหารงานและมีการจัดการทรัพยากรบุคคลในการดำเนินงานเพื่อกำหนดแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีระบบรายงานหรือการสำรวจข้อมูลการติดเชื้อหรือมีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้ใช้บริการ

ข้อ ๔ แนวทางและเงื่อนไขการให้บริการ

หน่วยบริการจะต้องให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์ มาตรฐานวิชาชีพจักษุแพทย์ที่ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยกำหนด ดังนี้

/(๑) การตรวจ...

(๑) การตรวจคัดกรอง กำหนดให้ผู้ป่วยต้องได้รับการคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติเบื้องต้นจากหน่วยบริการประจำ โดยกำหนดให้มีการบันทึกผลการตรวจคัดกรองในเวชระเบียนของหน่วยบริการประจำ ทุกราย

(๒) การตรวจวินิจฉัย กำหนดให้ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจวัดระดับ Visual Acuity ด้วยวิธีการใช้ Pin hole เพื่อจำแนกภาวะสายตาผิดปกติจากสาเหตุอื่นทุกราย รวมทั้ง ได้รับการวินิจฉัยว่ามีระดับสายตาผิดปกติหรือการมองเห็น (VA) แย่กว่า ๖/๖๐ หรือ ๒๐/๒๐๐ โดยจักษุแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผ่าตัด และต้องเก็บบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยดังกล่าว รวมถึงการดำเนินการให้มีการเก็บภาพถ่ายจากกล้องตรวจตาไว้เป็นหลักฐานประกอบการวินิจฉัยทุกราย เพื่อรับการตรวจสอบจากสำนักงาน หรือคณะทำงานที่สำนักงานแต่งตั้ง

(๓) การให้บริการผ่าตัดรักษา จะต้องดำเนินการผ่าตัดในห้องผ่าตัดที่ได้มาตรฐานของหน่วยบริการ/หรือสถานพยาบาลคู่สัญญาของหน่วยบริการ และตามมาตรฐานการให้บริการทางวิชาชีพ

(๔) การติดตามผลการรักษาหลังผ่าตัด ให้มีการติดตามผลหลังผ่าตัดโดยจักษุแพทย์ ๓ ครั้ง ในวันที่ ๑ วันที่ ๗ และวันที่ ๓๐ หลังการผ่าตัด ตามลำดับ หากพบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ให้หน่วยบริการที่ดำเนินการผ่าตัด หรือจัดให้มีบริการผ่าตัดต้อกระจก เป็นผู้รับผิดชอบดูแลรักษา รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจนกว่าผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ

(๕) การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการผ่าตัด กำหนดให้ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัด ณ หน่วยบริการประจำของตนเอง หรือหน่วยบริการรับการส่งต่อ ที่มีคุณสมบัติและศักยภาพตามเกณฑ์ศักยภาพหน่วยให้บริการผ่าตัดต้อกระจกตามที่สำนักงานกำหนด

(๖) กรณีที่อาจผ่าตัดนอกหน่วยบริการประจำของผู้ป่วยได้ ต้องมีเงื่อนไขครบถ้วนดังต่อไปนี้

(ก) หน่วยบริการประจำไม่มีจักษุแพทย์ หรือมีแต่ไม่เพียงพอสำหรับให้บริการ หรือมีระยะเวลารอคอยการผ่าตัดนานกว่า ๑ เดือน โดยให้แพทย์ของหน่วยบริการประจำ ทำหนังสือส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการผ่าตัด ณ หน่วยบริการรับการส่งต่อที่ให้บริการหรือจัดให้มีบริการผ่าตัดต้อกระจก และเข้าร่วมดำเนินโครงการกับสำนักงาน

(ข) ได้รับความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่

การเข้ารับบริการตามวรรคหนึ่ง หน่วยบริการประจำไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดในครั้งนั้น

(๗) การให้บริการผ่าตัดให้กับผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่ หน่วยบริการจะสามารถดำเนินการให้บริการผ่าตัดนอกเขตพื้นที่ได้ เฉพาะในพื้นที่ที่ขาดแคลนบริการ ตามจำนวนเป้าหมายบริการที่สำนักงานกำหนด โดยหน่วยบริการต้องแสดงแผนงาน ที่ระบุพื้นที่ดำเนินงานและจำนวนเป้าหมายการบริการผ่าตัดให้สำนักงานพิจารณาให้ความเห็นชอบ เพื่อให้สอดคล้องและครอบคลุมบริการผ่าตัดในพื้นที่และเป้าหมายที่สำนักงานกำหนด

/ทั้งนี้...

ทั้งนี้ ให้มีกลไกคณะทำงานระดับเขตที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ในการพิจารณาการจัดสรรเป้าหมาย การจัดทำข้อเสนอและสนับสนุนการจัดเครือข่ายระบบบริการ การค้นหาและตรวจคัดกรอง การส่งต่อผู้ป่วย และการดูแลต่อเนื่องหลังการผ่าตัด

ข้อ ๕ การสนับสนุนค่าบริการ

(๑) ค่าบริการผ่าตัด

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการผ่าตัดต้อกระจก เฉพาะกรณี Senile cataract ตามอัตรา ดังนี้

(ก) กรณี ผ่าตัดปกติ ตาม DRGs จาก ICD๑๐ กลุ่ม Senile cataract และมีระดับสายตา (VA) แย่กว่า ๒๐/๒๐๐ ในอัตรา ๗,๐๐๐ บาท ต่อการผ่าตัด ๑ ข้าง

(ข) กรณี มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ตาม DRGs จาก ICD๑๐ กลุ่ม Senile cataract ในอัตรา ๙,๐๐๐ บาท ต่อการผ่าตัด ๑ ข้าง

(ค) กรณี ผ่าตัดผู้ป่วยที่มีระดับสายตา (VA) ๒๐/๒๐๐ ถึง ๒๐/๑๐๐ หรือที่มีความจำเป็นหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ต้องรับการผ่าตัด จ่ายค่าใช้จ่ายในอัตรา ๕,๐๐๐ บาท ต่อการผ่าตัด ๑ ข้าง

การพิจารณาจ่ายค่าบริการ สำนักงานจะตรวจสอบรหัสหัตถการและรหัสการวินิจฉัยโรค (ICD๙, ICD๑๐) ตามที่กำหนด ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกรณี Senile cataract ควบคู่กัน และในกรณีที่ไม่ใช่ Senile cataract หรือผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมด้วยสาเหตุอื่นๆ ให้รับค่าบริการตามระบบ DRGs ของกลุ่มโรคอื่น

หน่วยบริการใดให้บริการนอกเขตพื้นที่ นอกเหนือจากพื้นที่และจำนวนเป้าหมายที่สำนักงานเห็นชอบ สำนักงานอาจงดจ่ายค่าบริการ

(๒) การจ่ายค่าเลนส์

สำนักงานจะจ่ายค่าเลนส์ให้หน่วยบริการ เฉพาะการใช้เลนส์ตามบัญชีรายการที่คณะทำงานกำหนดคุณสมบัติและพิจารณาคัดเลือกเลนส์แก้วตาเทียม สำหรับการจัดบริการผ่าตัดต้อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเห็นชอบ (เอกสารแนบท้ายประกาศ ๒) ในอัตราดังนี้

(ก) เลนส์แข็งพับไม่ได้ ในอัตรา ๗๐๐ บาท

(ข) เลนส์นิ่ม พับได้ ในอัตรา ๒,๘๐๐ บาท

ข้อ ๖ การบันทึกข้อมูล

(๑) ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย ทั้งนี้ เพื่อรับการตรวจสอบจากสำนักงานหรือคณะทำงานที่สำนักงานแต่งตั้ง ดังนี้

/(ก) ผลการตรวจ...

(ก) ผลการตรวจคัดกรองต้อกระจก การบันทึกระดับสายตา ทั้งด้วย วิธีการตรวจปกติ และวิธีการใช้ Pin hole ก่อนได้รับบริการผ่าตัด หรือส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการผ่าตัด

(ข) ผลการวินิจฉัยของจักษุแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผ่าตัด

(ค) ข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจก และข้อมูลชนิดเลนส์แก้วตาเทียม รวมทั้งรหัส Serial number เลนส์ โดยติดสติ๊กเกอร์ Serial number ที่ใช้ นำเก็บไว้ในเวชระเบียน

(ง) ผลการตรวจติดตามการผ่าตัดรักษาทุกครั้ง การตรวจวัดระดับสายตาหลังได้รับการผ่าตัด

(๒) การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม E-claim ของสำนักงาน เพื่อเบิกจ่ายค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการ บันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในระบบโปรแกรม E-claim ตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การอุทธรณ์

กรณีหน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายค่าสนับสนุนบริการของสำนักงาน ไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ หรือกรณีหน่วยบริการให้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าที่กำหนดในประกาศนี้ ให้มีสิทธิอุทธรณ์ต่อสำนักงานตามระบบการรับข้อมูลอุทธรณ์ และตามแนวทางการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายและแนวทางการให้บริการผ่าตัดต้อกระจก พ.ศ. ๒๕๖๐
ลงวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๐

เกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติเลนส์แก้วตาเทียม ปี ๒๕๖๐

๑.เลนส์แข็ง (Hard IOL)

๑.๑ คุณสมบัติของเลนส์แก้วตาเทียม (Specification of IOL)

๑.๑.๑ วัตถุดิบ PMMA

๑.๑.๒ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของ Optic ≥ ๕.๕ mm

๑.๑.๓ มี UV blocker

๑.๑.๔ เป็น One piece หรือ ๓-piece design

๑.๒ เกณฑ์บ่งชี้คุณภาพ (Quality Assurance)

๑.๒.๑ ผ่านการอนุญาตจาก US., FDA, CE หรือ Japanese Ministry of Health and Welfare

๑.๒.๒ ผลิตจากโรงงานที่ได้การรับรองมาตรฐานกระบวนการผลิตระดับสากล เช่น: ISO หรือเทียบเท่า

๑.๒.๓ โรงงานผลิต/บริษัท มีประสบการณ์การผลิต IOL อย่างน้อย ๕ ปี

๑.๒.๔ มีประวัติการยอมรับ ซึ่งนิยามว่า มีการใส่ IOL อย่างน้อย ๕๐ ครั้ง โดยจักษุแพทย์ไทย (แพทย์ไม่ต่ำกว่า ๕ ท่าน) และมีการติดตามผลอย่างน้อย ๓ เดือน ด้วยการส่ง Clinical Result Form (CRF) มายังสำนักงาน เพื่อให้คณะทำงานพิจารณา

๒.เลนส์นุ่ม (Foldable IOL)

๒.๑ คุณสมบัติของเลนส์แก้วตาเทียม (Specification of IOL)

๒.๑.๑ วัตถุดิบ Acrylic

๒.๑.๒ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของ Optic ≥ ๕.๕ mm

๒.๑.๓ มี UV blocker

๒.๑.๔ เป็น One piece หรือ ๓-piece design

๒.๑.๕ มี Square edge optic (ในกรณี one piece IOL ดีไซน์)

๒.๑.๖ มี Aspheric optic (ในกรณี one piece IOL ดีไซน์)

๒.๒ เกณฑ์บ่งชี้คุณภาพ (Quality Assurance)

๒.๒.๑ ผ่านการอนุญาตจาก US., FDA, CE หรือ Japanese Ministry of Health and Welfare

/๒.๒.๒ ผลิตจาก...

๒.๒.๒ ผลิตจากโรงงานที่ได้การรับรองมาตรฐานกระบวนการผลิตระดับสากล เช่น: ISO หรือเทียบเท่า

๒.๒.๓ โรงงานผลิต/บริษัท มีประสบการณ์การผลิต IOL อย่างน้อย ๕ ปี

๒.๒.๔ มีประวัติการยอมรับ ซึ่งนิยามว่า มีการใส่ IOL อย่างน้อย ๕๐ ครั้ง โดยจักษุแพทย์ไทย (แพทย์ไม่ต่ำกว่า ๕ ท่าน) และมีการติดตามผลอย่างน้อย ๓ เดือน ด้วยการส่ง Clinical Result Form (CRF) มายังสำนักงานเพื่อให้คณะทำงานพิจารณา

หมายเหตุ : กรณีรายการเลนส์ที่ได้รับการสนับสนุนจากนโยบายของรัฐบาล ตามนโยบายและแผนวิทยาศาสตร์และนวัตกรรมแห่งชาติ ให้สามารถเสนอเข้ามาพิจารณาตามขั้นตอนได้

เอกสารหมายเลข ๓ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายและแนวทางการให้บริการผ่าตัดต้อกระจก พ.ศ. ๒๕๖๐

ลงวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๐

รายการเลนส์แก้วตาเทียมชนิดแข็ง (Unfoldable intraocular lens)

ลำดับ	บริษัท	รุ่นเลนส์	Material	มาตรฐาน
๑	Zuelligpharma (Abbott Medical Optics)	Epoch ๕๕๑A (EP๕๕๑A)	Perspex CQ/UV PMMA	India, Thai FDA,CE
๒	Zuelligpharma (Abbott Medical Optics)	Epoch ๖๕๑A (EP๖๕๑A)	Perspex CQ/UV PMMA	India, Thai FDA,CE
๓	J.S.VISION LTD.	S๑๑๐	PMMA	FDA USA , Thai FDA
๔	J.S.VISION LTD.	S๑๑๖	PMMA	FDA USA , Thai FDA
๕	Pondpol instument	FH ๑๐๕	PMMA	The Fred Hollows Intraocular lens laboratory Nepal,CE
๖	Pondpol instument	FH ๑๐๖	PMMA	The Fred Hollows Intraocular lens laboratory Nepal,CE
๗	R.X.Co.,LTD	RP๑๑(๕.๒๕mm)	Poly-methyl-methacrylate	Rohto,Japan
๘	R.X.Co.,LTD	RP๑๒(๕.๕mm)	Poly-methyl-methacrylate	Rohto,Japan
๙	R.X.Co.,LTD	RE๐๑(๖.๐mm)	Poly-methyl-methacrylate	Rohto,Japan
๑๐	R.X.Co.,LTD	RE๐๖F(๖.๕mm) (Sceral Fix)	Poly-methyl-methacrylate	Rohto,Japan
๑๑	Aquastar Co.,Ltd. และ Maxim-corporation	SN๓๖๐๐L	Negative Power Lens UV absorbing PMMA Meniscus Optic,Modified "C" Loop	CE Germany ,Thai FDA
๑๒	Aquastar Co.,Ltd. และ Maxim-corporation	SM๓๖๐๐L	Low Power LensUV absorbing PMMAM eniscus Optic,Modified "C" Loop	CE Germany, Thai FDA
๑๓	Aquastar Co.,Ltd. และ Maxim-corporation	SC๖๕๓๐	Scleral Fixation lensUV absorbing PMMA Equiconvex Optic,Modified "C"Loop	CE Germany ,Thai FDA
๑๔	Aquastar Co.,Ltd. และ Maxim-corporation	S๓๖๕๒	UV absorbing PMMAEquiconvex Optic, Modified "C" Loop	CE Germany ,Thai FDA
๑๕	Aquastar Co.,Ltd. และ Maxim-corporation	S๓๖๐๒	UV absorbing PMMAEquiconvex Optic, Modified "C" Loop	CE Germany,Thai FDA
๑๖	Aquastar Co.,Ltd. และ Maxim-corporation	S๓๕๕๐	UV absorbing PMMAEquiconvex Optic, Modified "C" Loop	CE Germany, Thai FDA
๑๗	Aquastar Co.,Ltd. และ Maxim-corporation	A๕๕๓๐	Anterior Chamber lensUV absorbing PMMA Equiconvex Optic, Modified "C" Loop	CE Germany ,Thai FDA
๑๘	First eye surgical Co.,Ltd	Eye-o-care PH๕๕	PMMA IOL with Square Edge	PTI INDIA (CARE GROUP), CE, Thai FDA
๑๙	First eye surgical Co.,Ltd	Eye-o-care ๖๑๓	PMMA IOL with Square Edge	PTI INDIA (CARE GROUP), CE, Thai FDA
๒๐	First eye surgical Co.,Ltd	Eye-o-care SF๖๕ (Sceral Fix)	PMMA IOL with Square Edge	PTI INDIA (CARE GROUP), CE, Thai FDA

รายการเลนส์แก้วตาเทียมชนิดแข็ง (Unfoldable intraocular lens)

ลำดับ	บริษัท	รุ่นเลนส์	Material	มาตรฐาน
๒๑	POLA GROUP CO.LTD.	Glowvision model PS๖๕๓๐	PMMA Single Piece Posterior Chamber & Anterior Chamber IOL	CE-Czech,ISO๑๓๔๘๕, Thai FDA
๒๒	POLA GROUP CO.LTD.	Freedom Lens model PMC ๖๕๒H	PMMA Posterior/ Anterior Chamber Single Piece IOL	CE-Czech, ISO๑๓๔๘๕, Thai FDA

เอกสารหมายเลข ๓ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายและแนวทางการให้บริการผ่าตัดต้อกระจก พ.ศ. ๒๕๖๐
ลงวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๐

รายการเลนส์แก้วตาเทียมชนิดนิ่ม(Foldable intraocular lens)

ลำดับ	บริษัท	รุ่นเลนส์	Material	มาตรฐาน
๑	J.S.VISION LTD.	๖๙๐AB Aspheric	Hydrophilic - Hydrophobic Copolymer Acrylic	CE MARK Hungary, Thai FDA
๒	J.S.VISION LTD.	๖๗๗AB Aspheric	Asphelic Hydrophobic- Hydrophobic Copolymer	CE MARK Hungary, Thai FDA
๓	DKSH (Alcon laboratories Thailand Ltd.)	AcrySof รุ่น MA๖๐AC	Copolymer Hydrophobic acrylic	FDA USA, CE ,Thai FDA
๔	DKSH (Thailand) Ltd. (Alcon Laboratories (Thailand) Ltd.)	AcrySof - SA๖๐WF	Hydrophobic Acrylic	CE Ireland, ISO ๑๓๔๘๕, Thai FDA,FDA USA
๕	BAUSCH & LOMB (Thailand) Co., Ltd.	Akreos Adapt AO	Hydrophillics Acrylic	USA, Thai FDA
๖	First eye surgical Co.,Ltd	F๖๑๒๕SQY	Ocuflex Yellow Aspheric Hydrophilic	PTI India (CARE GROUP), CE, Thai FDA
๗	First eye surgical Co.,Ltd	Ocuflex blue aspheric Hydrophilic รุ่น F๖๑๒๕SQ	Hydrophilic Acrylic	CE Mark,Thai FDA
๘	Zuelligpharma (Abbott Medical Optic)	Sensar (AR-๔๐๔ หรือ AR ๔๐M)	Hydrophobic Acrylic	FDA USA,CE ,Thai FDA
๙	Aquastar Co.,Ltd. และ Maxim-corporation	FH๕๖๐๐AS	UV Absorbing p-HEMA with proven clinical Performance (๒๕% water	CE Germany,Thai FDA
๑๐	Aquastar Co.,Ltd. และ Maxim-corporation	SUPRAPHOB B3Y	Hydrophobics Acrylic Blue light filtering covalently bonded of toxic light energy	India, Thai FDA,CE- Norway
๑๑	Afta Service and Supply Co., Ltd.	N๔-๑๘B (T-piece)	Hydrophobic Acrylic IOL (Nex-Acri)	Japan
๑๒	Afta Service and Supply Co., Ltd.	N๔-๑๘YG (T-piece)	Tinted and Aspheric Hydrophobic Acrylic IOL (Nex-Acri AA Aktis)	Japan,Thai FDA
๑๓	Afta Service and Supply Co., Ltd.	Clare	Hydrophilic Acrylic	CE Marked,Thai FDA
๑๔	Afta Service and Supply Co., Ltd.	Cristal	Hydrophilic Acrylic	CE Marked,Thai FDA
๑๕	Miracle Medical Co., Ltd.	EyePx-Focus Acrylic Model ๖๐๒	Hydrophobics Acrylic	CE-France, CE-USA, ISO ๑๓๔๘๕, Thai FDA
๑๖	MedFirst Co., Ltd.	HFS๖๑๓๐SQY	Hydrophobics Acrylic	CE-India, ISO ๑๓๔๘๕, Thai FDA

1

รายการเลนส์แก้วตาเทียมชนิดนิ่ม(Foldable intraocular lens)

ลำดับ	บริษัท	รุ่นเลนส์	Material	มาตรฐาน
๑๗	MedFirst Co., Ltd.	SAF๖๑๒๕SQY	Hydrophilic Acrylic	CE-India, ISO ๑๓๔๘๕, Thai FDA
๑๘	Zuelligpharma (Carl Zeiss Co., Ltd.)	CT Asphina ๔๐๔	Aspheric (Monofocal)	CE-Germany, ISO ๑๓๔๘๕, Thai FDA.
๑๙	Eye Surgical Co., Ltd.	Softec HD	Hydrophilic Acrylic Copolymer (Bi-Aspheric)	CE-Barbados, FDA Barbados, Thai FDA.
๒๐	Pola Group Co., Ltd.	Freedom Elite model AFR ๖๐๓SQY	Yellow Hydrophilic Acrylic	CE-Czech, ISO ๑๓๔๘๕, Thai FDA.
๒๑	POLA GROUP CO.LTD.	ASPRO lenz model FA ๖๐๒๕D	Hydrophilic Acrylic ๓๖๐° Step Square Edge	CE-Czech, ,ISO๑๓๔๘๕,Thai FDA
๒๒	POLA GROUP CO.LTD.	Freedom Focus model AFC ๖๐๓SQ	Hydrophilic Acrylic ๓๖๐° Square Edge	CE-Czech,ISO๑๓๔๘๕, Thai FDA
๒๓	POLA GROUP CO.LTD.	Freedom Focus model AFR ๖๐๓SQ	Hydrophilic Acrylic ๓๖๐° Square Edge	CE-Czech,ISO๑๓๔๘๕, Thai FDA
๒๔	R.X. Company Ltd.	Ocuva A๖๒๕	Hydrophilic Acrylic	CE-Netherlands, ISO ๑๓๔๘๕, Thai FDA.
๒๕	Indochina Health Care Ltd.	ISP๖๐HF	Hydrophilic Acrylic	CE-Italy, ISO ๑๓๔๘๕, Thai FDA.
๒๖	Indochina Health Care Ltd.	ISP๖๐GL	Hydrophobic Acrylic, Anterior Aspheric Optic	CE-Italy, ISO ๑๓๔๘๕, Thai FDA.
๒๗	Indochina Health Care Ltd.	Micro+ A ๑๒๓	Hydrophilic Acrylic	CE-Belgium, ISO ๑๓๔๘๕, Thai FDA.
๒๘	Indochina Health Care Ltd.	PCF๖๐/A	Hydrophilic Acrylic	CE -Germany ,ISO๑๓๔๘๕, China FDA ,Thai FDA
๒๙	Pondpol Instument Co.,LTD	TECSOFT(A๖)	Hydrophillics Acrylic	CE ๐๑๒๐

2

เอกสารหมายเลข ๔ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการให้บริการผ่าตัดต้อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐
ลงวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐

รายการเลนส์แก้วตาเทียมที่ผ่านตามเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติ ปีงบประมาณ2560

ลำดับ	บริษัท	รุ่นเลนส์	Material	มาตรฐาน	หมายเหตุ
1	R.X. Company Ltd. (อาร์เอ็กซ์ จำกัด)	RAF22L	Asphelic Lens, Acrylic Hydrophobic Foldable IOL	CE -Germany,EN ISO ๑๓๔๘๕	มีผล ณ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐
2	J.S.VISION LTD.	254 Aspheric	Hydrophobic Acrylic, Clear	CE ,EN ISO ๑๓๔๘๕ Singapore,Thai FDA	มีผล ณ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐
3	J.S.VISION LTD.	255 Aspheric	Hydrophobic Acrylic, Yellow	CE ,EN ISO ๑๓๔๘๕ Singapore,Thai FDA	มีผล ณ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐
4	Johnson&Johnson vision (ประเทศไทย)	Tecnis Optiblue	Hydrophobic Acrylic	US FDA Approval	มีผล ณ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

ภาคผนวก 8

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง
เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า
พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๓ และข้อ ๓๔.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๖๐”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๕๙

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงานเขต” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต

/ข้อ ๕ ...

ข้อ ๕ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้ จะต้องให้บริการแก่ผู้มีสิทธิรับบริการ ดังนี้

(๑) เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ได้รับการวินิจฉัยและมีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน

(๓) สามารถเดินและเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง

(๔) ได้รับการตรวจเท้าตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า พ.ศ. ๒๕๕๖ และมีผลการประเมินระดับความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงสูง

ข้อ ๖ หน่วยบริการที่จะให้บริการตามประกาศนี้ ต้องมีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

(๑) เป็นหน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET)

(๒) เป็นหน่วยบริการตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan)

(๓) เป็นหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการรับส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการให้บริการและประสงค์จะให้บริการ

ข้อ ๗ หน่วยบริการที่ประสงค์จะให้บริการและขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ต้องยื่นแบบแสดงความจำนง ที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้ พร้อมแบบประเมินตนเอง ที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้ ไปที่สำนักงานเขต เพื่อพิจารณาตามศักยภาพของหน่วยบริการและให้เป็นไปตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) โดยให้สำนักงานเขตส่งสำเนาการอนุมัติในระดับเขตมาที่สำนักงาน

เมื่อหน่วยบริการได้รับการแจ้งผลการประเมินแล้ว สามารถให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

(๑) หน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) และหน่วยบริการตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สามารถให้บริการอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส ๘๖๑๒ ๘๘๑๓ และ ๘๘๑๔

(๒) หน่วยบริการตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย สามารถให้บริการอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส ๘๘๑๓

/(๓) หน่วยบริการประจำ ...

(๓) หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการรับส่งต่อ นอกเหนือจาก (๑) และ (๒) ที่มีศักยภาพในการให้บริการอุปกรณ์และประสงค์จะให้บริการ ให้ยื่นแบบแสดงความจำนงต่อสำนักงานเขตเพื่อตรวจประเมินเป็นรายกรณี

กรณีเกินกว่าศักยภาพในการให้บริการอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส ๘๖๑๒ หรือ ๘๘๑๓ หรือ ๘๘๑๔ สามารถให้บริการตามระบบส่งต่อ (OP Refer) ได้

ข้อ ๘ เกณฑ์การประเมินศักยภาพหน่วยบริการตามข้อ ๗ ประกอบด้วย

(๑) การประเมินเชิงระบบการจัดการ ประกอบด้วย

(ก) ด้านบุคลากร

(ข) ด้านระบบบริการ

(ค) ด้านคุณภาพ

(๒) ด้านสถานที่และเครื่องมือในการให้บริการ สำหรับหน่วยบริการที่สามารถผลิตอุปกรณ์ได้เอง ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส ๘๖๑๒ ๘๘๑๓ และ ๘๘๑๔

(๓) เกณฑ์สำหรับหน่วยบริการที่ผ่านการประเมิน แต่ไม่ผลิตอุปกรณ์เอง และต้องการจัดหาให้มีบริการในแต่ละรหัส ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส ๘๖๑๒ ๘๘๑๓ และ ๘๘๑๔

ข้อ ๙ หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อการตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย (Post Audit) โดยการบันทึกข้อมูลอย่างน้อยให้มีรายละเอียด ดังนี้

(๑) บันทึกการตรวจพบพยาธิสภาพของเท้าที่มีแผล เช่น เท้าผิดรูป (Deformity) หนังแข็ง (Callus) ตาปลา (Corns) เป็นต้น

(๒) บันทึกวิธีการตรวจเท้าด้วย Monofilament และการประเมินชีพจร (Pulse)

(๓) บันทึกกิจกรรม การให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลที่เท้ารวมทั้งการป้องกันและการดูแลเท้าทั่วไปด้วยตนเอง (Self foot-care) กับผู้ป่วย หรือผู้ดูแล

(๔) บันทึกความสามารถของผู้ป่วยในการเดินและเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง

(๕) บันทึกผลของการใช้อุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น มีการใช้รองเท้าสม่ำเสมอ หรือความพึงพอใจต่อการใช้รองเท้า หรือผลข้างเคียงแทรกซ้อนจากการใช้รองเท้า เป็นต้น

(๖) บันทึกรับรองการสั่งจ่ายอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยแพทย์ที่ให้การรักษา

(๗) บันทึกการได้รับอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีหลักฐานลายมือชื่อของผู้ป่วยและวันที่ได้รับอุปกรณ์

/ข้อ ๑๐ ...

ข้อ ๑๐ ให้หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ภายหลังจากวันที่จ่ายอุปกรณ์ให้กับผู้ป่วยเบาหวานเรียบร้อยแล้ว ส่งข้อมูลเบิกในโปรแกรม e-Claim ให้สำนักงานภายในสามสิบวันโดยบันทึกข้อมูลรหัสโรค (ICD๑๐) ให้ถูกต้องตามผลการตรวจประเมินความเสี่ยงและข้อบ่งชี้ของแต่ละอุปกรณ์

การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีให้บริการอุปกรณ์ตามวรรคหนึ่งให้เบิกได้หนึ่งคู่ต่อคนต่อปี โดยนับจากวันที่ได้รับอุปกรณ์

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ให้หน่วยบริการตามราคาที่จัดหาได้จริงแต่ไม่เกินเพดานราคาชดเชยที่กำหนด โดยมีลักษณะข้อบ่งชี้การใช้อุปกรณ์ และคุณสมบัติของอุปกรณ์แต่ละรายการให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้

ข้อ ๑๒ หากหน่วยบริการเห็นว่า การจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ ให้ยื่นอุทธรณ์ต่อสำนักงานภายในสามสิบวันนับจากวันที่ได้รับการจ่ายชดเชย

ข้อ ๑๓ บรรดาประกาศ หลักเกณฑ์ หรือคำสั่งอื่นใดที่กำหนดไว้แล้ว ซึ่งขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาคผนวก 9.1



ประกาศกระทรวงการคลัง
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ค่าใช้จ่าย
เพื่อการบริการสาธารณสุข ที่จ่ายให้สำหรับคนพิการ
ที่เลือกรับสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่เป็นการสมควรให้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินค่ารับบริการสาธารณสุขของคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม ที่ไปใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขและตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๒ แห่งคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม ลงวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๙ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๔๕/๒๕๖๐ เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๐ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุข ที่จ่ายให้สำหรับคนพิการที่เลือกรับสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐”

ข้อ ๒ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙

(๒) ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อ ๓ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ข้อ ๔ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
บททั่วไป

ข้อ ๕ ในประกาศนี้

“คนพิการ” หมายความว่า คนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่เป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม ซึ่งเลือกรับสิทธิบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” ...

"ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุข" หมายความว่า เงินค่าใช้จ่ายของคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม ที่เลือกรับสิทธิบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๖ การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุข หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่สืบเนื่องจากการให้บริการสาธารณสุขนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ หรือที่กำหนดไว้แล้วแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามประกาศนี้ ให้เป็นอำนาจของกระทรวงการคลังเป็นผู้วินิจฉัย หรืออนุมัติ โดยคำวินิจฉัยของกระทรวงการคลังถือเป็นที่สุด

หมวด ๒
หลักเกณฑ์การจ่าย

ข้อ ๗ ให้สำนักงานประกันสังคมโอนเงินค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขจากกองทุนประกันสังคมจำนวนหนึ่ง ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อนำไปจัดบริการสาธารณสุขให้กับคนพิการแทนสำนักงานประกันสังคม

ข้อ ๘ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายเงินตามข้อ ๗ ได้เฉพาะภายใต้ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ที่คนพิการมีสิทธิได้รับตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

(๑) กรณีคนพิการเข้ารับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการประจำ ให้จ่ายในอัตราเช่นเดียวกับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) กรณีคนพิการเข้ารับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการอื่นหรือสถานบริการให้จ่ายในอัตราเช่นเดียวกับคนพิการที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมวด ๓
การจ่ายเงิน

ข้อ ๙ ในเดือนสิงหาคมของทุกปีงบประมาณ ให้สำนักงานประกันสังคมตกลงกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดวงเงินค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุข เพื่อนำไปใช้จัดบริการสาธารณสุขให้กับคนพิการในปีงบประมาณถัดไป ทั้งนี้ การทำความตกลงให้ทำเป็นหนังสือและลงลายมือชื่อของผู้มีอำนาจสำหรับใช้เป็นหลักฐานการจ่ายเงินและรับเงินของทั้งสองหน่วยงาน

การกำหนดวงเงินค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ให้คำนึงถึงจำนวนการเพิ่มหรือลดของคนพิการ ปริมาณการเข้ารับบริการสาธารณสุขนอกหน่วยบริการประจำ ความเสี่ยงของการเข้ารับบริการสาธารณสุข และจำนวนเงินที่เหลือจ่ายตามข้อ ๑๔ (ถ้ามี) โดยให้นำวิธีการจ่ายเงินตามระเบียบกองทุนประกันสังคมมาใช้บังคับโดยอนุโลม

กรณีที่ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขตามข้อ ๘ (๒) เกินวงเงินที่ตกลงไว้ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแจ้งจำนวนเงินที่ยังขาดอยู่ให้สำนักงานประกันสังคมทราบเพื่อโอนเงินเพิ่มเติมตามที่ได้รับแจ้ง

ข้อ ๑๐ ...

ข้อ ๑๐ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินำหลักเกณฑ์การจ่ายเงินที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นมาใช้บังคับโดยอนุโลม

หมวด ๔
การรับเงิน

ข้อ ๑๑ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เปิดบัญชีธนาคารพาณิชย์หรือธนาคารที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายเฉพาะ ชื่อบัญชี “กองทุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับคนพิการ ซึ่งเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม” เพื่อรับเงินค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขจากสำนักงานประกันสังคม โดยให้ออกหลักฐานการรับเงินไว้ และจัดทำทะเบียนคุมเงินที่ได้รับเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

ข้อ ๑๒ เงินค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับตามข้อ ๗ ถือเป็นเงินที่ได้รับโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้จัดบริการสาธารณสุขให้กับคนพิการและให้จ่ายเงินหรือก่อหนี้ผูกพันภายในวงเงินที่ได้รับ โดยไม่ต้องนำส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน

ข้อ ๑๓ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดทำบัญชีการรับเงิน การจ่ายเงินที่ได้รับเงินจากสำนักงานประกันสังคม เพื่อใช้ในการตรวจสอบและประเมินผลการทำงานตามแนวทางการจัดทำบัญชีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถือปฏิบัติ

หมวด ๕
การเก็บรักษาเงิน

ข้อ ๑๔ ในกรณีที่มีเงินเหลือจ่ายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เก็บรักษาเงินไว้โดยให้นำไปสมทบกับวงเงินตามข้อ ๙ เพื่อใช้ดำเนินการตามประกาศนี้ในปีงบประมาณถัดไป

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๕ เงินค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขที่สำนักงานประกันสังคมโอนให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามข้อ ๗ เพื่อนำไปจัดบริการสาธารณสุขให้กับคนพิการตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ซึ่งต่อมาได้เลือกกลับมาใช้สิทธิรับประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม ให้ถือว่าเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้จัดบริการสาธารณสุขให้กับคนพิการ และให้ถือปฏิบัติตามข้อ ๑๑ ข้อ ๑๒ ข้อ ๑๓ และข้อ ๑๔ ของประกาศนี้

ข้อ ๑๖ ...

ข้อ ๑๖ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินประโยชน์ทดแทนตามเงื่อนไขที่กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม ให้กับสถานพยาบาลหรือคนพิการ แล้วแต่กรณี สำหรับคนพิการที่ได้เข้ารับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข ดังนี้

(๑) กรณีเข้ารับบริการสาธารณสุขก่อนวันที่คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๔๕/๒๕๖๐ เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๐ มีผลใช้บังคับ ให้ถือปฏิบัติตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐

(๒) กรณีเข้ารับบริการสาธารณสุขตั้งแต่วันที่คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๔๕/๒๕๖๐ เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๐ มีผลใช้บังคับ ให้ถือปฏิบัติตามประกาศฉบับนี้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐

ข้อ ๑๗ บรรดาข้อตกลง การดำเนินการทางการเงิน การบัญชี การตรวจสอบ ซึ่งได้ดำเนินการตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติมไปแล้ว ยังคงใช้บังคับได้ต่อไปโดยถือเป็นการดำเนินการตามประกาศฉบับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

(นายอภิศักดิ์ ตันติวรวงศ์)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง

ภาคผนวก 9.2

หน้า ๒
เล่ม ๑๓๓ ตอนพิเศษ ๒๙๕ ง ราชกิจจานุเบกษา ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๙

ประกาศกระทรวงการคลัง

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการ
ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม
และตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๕๙

โดยที่เป็นการสมควรให้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินค่ารับบริการสาธารณสุขของคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม ที่ไปใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข และตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๒ แห่งคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๙ เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมและตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙”

ข้อ ๒ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๕๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
บททั่วไป

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“คนพิการ” หมายความว่า คนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่เป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม”

“ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” หมายความว่า เงินค่าใช้จ่ายของคนพิการ ซึ่งเป็นผู้ประกันตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม ที่ไปใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมาย ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่สืบเนื่องจากการให้บริการสาธารณสุขนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในหลักเกณฑ์ หรือที่กำหนดไว้แล้วแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามหลักเกณฑ์นี้ ให้เป็นอำนาจของกระทรวงการคลังเป็นผู้วินิจฉัย หรืออนุมัติ โดยคำวินิจฉัยของกระทรวงการคลังถือเป็นที่สุด

หมวด ๒
หลักเกณฑ์การจ่าย

ข้อ ๖ ให้สำนักงานประกันสังคมโอนเงินค่าใช้จ่าย เพื่อการบริการสาธารณสุขของคนพิการจากกองทุนประกันสังคม จำนวนหนึ่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อนำไปจัดบริการสาธารณสุขให้กับคนพิการแทนสำนักงานประกันสังคม

ข้อ ๗ การจ่ายเงินตามข้อ ๖ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายได้เฉพาะภายใต้ประเภท และขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่คนพิการมีสิทธิได้รับตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

(๑) กรณีคนพิการเข้ารับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการประจำ ให้จ่ายในอัตราเช่นเดียวกับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) กรณีคนพิการเข้ารับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการอื่นหรือสถานบริการ ให้จ่ายในอัตราเช่นเดียวกับคนพิการที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมวด ๓
การจ่ายเงิน

ข้อ ๘ ในเดือนสิงหาคมของทุกปีงบประมาณ ให้สำนักงานประกันสังคมตกลงกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดวงเงินค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขของคนพิการในปีงบประมาณถัดไป ทั้งนี้ การทำความตกลงให้ทำเป็นหนังสือและลงลายมือชื่อของผู้มีอำนาจ สำหรับใช้เป็นหลักฐานการจ่ายเงินและรับเงินของทั้งสองหน่วยงาน

การกำหนดวงเงินค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ให้คำนึงถึงจำนวนการเพิ่มหรือลดของคนพิการ ปริมาณการเข้ารับบริการสาธารณสุขนอกหน่วยบริการประจำ ความเสี่ยงของการเข้ารับบริการสาธารณสุข และจำนวนเงินที่เหลือจ่ายตามข้อ ๑๒ (ถ้ามี) โดยให้นำวิธีการจ่ายเงินตามระเบียบกองทุนประกันสังคมมาใช้บังคับโดยอนุโลม

กรณีค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามข้อ ๗ (๒) เกินกว่าวงเงินที่ตกลงไว้ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแจ้งจำนวนเงินที่ยังขาดอยู่ให้สำนักงานประกันสังคมทราบ เพื่อโอนเงินเพิ่มเติมตามที่ได้รับแจ้ง

ข้อ ๙ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินำหลักเกณฑ์การจ่ายเงินที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นมาใช้บังคับโดยอนุโลม

หมวด ๔
การรับเงิน

ข้อ ๑๐ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เปิดบัญชีธนาคารพาณิชย์หรือธนาคารที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายเฉพาะ ชื่อบัญชี “กองทุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม” เพื่อรับเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากสำนักงานประกันสังคมโดยให้ออกหลักฐานการรับเงินไว้ และจัดทำทะเบียนคุมเงินที่ได้รับเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

ข้อ ๑๑ เงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับตามข้อ ๖ ถือเป็นเงินที่ได้รับโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้จัดบริการสาธารณสุขให้กับคนพิการจึงสามารถจ่ายเงินหรือก่อหนี้ผูกพันภายในวงเงินที่ได้รับ โดยไม่ต้องนำส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน

หมวด ๕
การเก็บรักษาเงิน

ข้อ ๑๒ ในกรณีที่มีเงินเหลือจ่ายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เก็บรักษาเงินไว้โดยให้นำไปสมทบกับวงเงินตามข้อ ๘ เพื่อใช้ดำเนินการตามประกาศนี้ในปีงบประมาณถัดไป

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๓ ภายใน ๙๐ วัน นับแต่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับให้สำนักงานประกันสังคมโอนเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามข้อ ๘ ตามจำนวนที่ได้ตกลงกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นำไปจัดบริการสาธารณสุขให้กับคนพิการในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อ ๑๔ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดทำบัญชีการรับเงิน การจ่ายเงิน ที่ได้รับเงินจากสำนักงานประกันสังคม เพื่อใช้ในการตรวจสอบและประเมินผลการทำงานตามแนวทางการจัดทำบัญชีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถือปฏิบัติ

ข้อ ๑๕ กรณีที่คนพิการได้เข้ารับบริการสาธารณสุขตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมตั้งแต่วันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับจนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินประโยชน์ทดแทนตามเงื่อนไขที่กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมได้กำหนดไว้ ให้กับสถานพยาบาลหรือคนพิการ แล้วแต่กรณี

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙
อภิศักดิ์ ตันติวรวงศ์
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง

ภาคผนวก 10

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”...

"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

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปฏิทินการออก Statement สำหรับข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2562

เดือนที่ให้บริการ (OP) / จำหน่าย (IP)	วันตัดยอดออก STM	วันส่งข้อมูลทันเวลา(PS=0)	งวด และวันออก STM											
			6110	6111	6112	6201	6202	6203	6204	6205	6206	6207	6208	6209
ต.ค.61	31 ต.ค.61	30 พ.ย.61	16 พ.ย. 61	15 ธ.ค.61	16 ม.ค.62[1]	11 ก.พ.62[2]	11 มี.ค.62[3]	10 เม.ย.62[3]	10 พ.ค.62[3]	10 มิ.ย.62[3]	10 ก.ค.62[3]	10 ส.ค.62[3]	9 ก.ย.62[3]	10 ต.ค.62[3]
พ.ย.61	30 พ.ย.61	31 ธ.ค.61		15 ธ.ค.61	16 ม.ค.62	11 ก.พ.62[1]	11 มี.ค.62[2]	10 เม.ย.62[3]	10 พ.ค.62[3]	10 มิ.ย 62[3]	10 ก.ค.62[3]	10 ส.ค.62[3]	9 ก.ย.62[3]	10 ต.ค.62[3]
ธ.ค.61	31 ธ.ค.61	31 ม.ค.62			16 ม.ค.62	11 ก.พ.62	11 มี.ค.62[1]	10 เม.ย.62[2]	10 พ.ค.62[3]	10 มิ.ย 62[3]	10 ก.ค.62[3]	10 ส.ค.62[3]	9 ก.ย.62[3]	10 ต.ค.62[3]
ม.ค.62	31 ม.ค.62	28 ก.พ.62				11 ก.พ.62	11 มี.ค.62	10 เม.ย.62[1]	10 พ.ค.62[2]	10 มิ.ย 62[3]	10 ก.ค. 62[3]	10 ส.ค.62[3]	9 ก.ย.62[3]	10 ต.ค.62[3]
ก.พ.62	28 ก.พ.62	31 มี.ค.62					11 มี.ค.62	10 เม.ย.62	10 พ.ค.62[1]	10 มิ.ย 62[2]	10 ก.ค.62[3]	10 ส.ค.62[3]	9 ก.ย.62[3]	10 ต.ค.62[3]
มี.ค.62	31 มี.ค.62	30 เม.ย.62						10 เม.ย.62	10 พ.ค.62	10 มิ.ย.62[1]	10 ก.ค.62[2]	10 ส.ค.62[3]	9 ก.ย.62[3]	10 ต.ค.62[3]
เม.ย.62	30 เม.ย.62	31 พ.ค.62							10 พ.ค.62	10 มิ.ย. 62	10 ก.ค.62[1]	10 ส.ค.62[2]	9 ก.ย.62[3]	10 ต.ค.62[3]
พ.ค.62	31 พ.ค.62	30 มิ.ย.62								10 มิ.ย. 62	10 ก.ค.62	10 ส.ค.62[1]	9 ก.ย.62[2]	10 ต.ค.62[3]
มิ.ย.62	30 มิ.ย.62	31 ก.ค.62									10 ก.ค.62	10 ส.ค.62	9 ก.ย.62[1]	10 ต.ค.62[2]
ก.ค.62	31 ก.ค.62	31 ส.ค.62										10 ส.ค.62	9 ก.ย.62	10 ต.ค.62[1]
ส.ค.62	31 ส.ค.62	30 ก.ย. 62											9 ก.ย.62	10 ต.ค. 62
ก.ย.62	25 ก.ย. 62	31 ต.ค.62												10 ต.ค. 62
หน่วยบริการได้รับเงินชดเชย			30 พ.ย.61	29 ธ.ค.61	31 ม.ค. 62	28 ก.พ.62	30 มี.ค.62	30 เม.ย.62	31 พ.ค.62	29 มิ.ย.62	31 ก.ค.62	31 ส.ค.62	28 ก.ย.62	31 ต.ค.62

หมายเหตุ

1) วันออก Statement หากตรงกับวันหยุด จะเลื่อนเป็นวันทำการถัดไป

2) การนับว่าส่งข้อมูลทันกำหนดคือส่งภายใน**วันส่งข้อมูลทันเวลา** (วันตัดยอดออก STM ของเดือนถัดไป)

3) อัตราการจ่ายชดเชย กรณีการส่งข้อมูลทันกำหนด (PS)

ส่งทันกำหนด(PS=0) = จ่าย 100% , ส่งช้า 1 เดือน [1](PS=1) = จ่าย 95 % , ส่งช้า 2 เดือน [2](PS=2) = จ่าย 90% , ส่งช้าเกิน 2 เดือน [3](PS=3 เป็นต้นไป) = จ่าย*ไม่เกิน* 80%

ภาคผนวก 12

การบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการ ด้วยโปรแกรม e-Claim (Off line) ของ สปสช.ภายใน 30 วันหลังให้บริการ/จำหน่าย นำส่งข้อมูลผ่านระบบ e-Claim (On line) ซึ่งระบบจะทำการประมวลผลข้อมูลเพื่อจ่ายชดเชยค่าบริการและตอบกลับให้หน่วยบริการทราบทุกวันจันทร์ วันพุธ วันศุกร์ และตัดรอบการส่งข้อมูลทุกสิ้นเดือนเพื่อออก Statement รายงานยอดเงินจ่ายชดเชยประจำเดือน โดยการบันทึกข้อมูลด้วยด้วยโปรแกรม e-Claim (Off line) มีรายการดังต่อไปนี้

1) กรณีผู้ป่วยนอก

รายละเอียดการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกมีดังนี้

ข้อมูลทั่วไป (F1) หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยให้ครบทุกช่อง ความหมายของบางหัวข้อ ให้คำอธิบายเพิ่มเติม ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยนอก

1.1 เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) หมายถึง เลขประจำตัวของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการของหน่วยบริการนั้นๆ

1.2 ประเภทบัตร สำหรับผู้มีสิทธิ UC/สิทธิว่าง เลือกประเภทบัตรเป็นบัตรประชาชน

1.3 หมายเลขบัตร หมายถึง เลขประจำตัวประชาชน 13 หลักของผู้ป่วย กรณีสัญชาติไทยหรือเลขอื่นๆ กรณีไม่ใช่สัญชาติไทย ยกเว้นกรณีเด็กแรกเกิดเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน หมายเลขบัตรดังกล่าวให้ใช้เป็น “0” 13 ตัว ตามค่าตั้งต้น (Default) ของโปรแกรม

2. ข้อมูลสิทธิ

2.1 **สิทธิ** (สิทธิประโยชน์) ระบุสิทธิที่ต้องการเบิกในการเข้ารับบริการในครั้งนั้นๆ ตามเงื่อนไขการเบิกเชยค่าบริการของแต่ละสิทธิ

2.2 **เงื่อนไขการเรียกเก็บ** เลือกตามหลักเกณฑ์ในการใช้สิทธิ ดังนี้

- Normal หรือ
- Accident หรือ
- Emergency หรือ
- OP Refer ข้ามจังหวัด หรือ
- OP Refer ในจังหวัด

หากเป็นการให้บริการในจังหวัด ไม่ต้องเลือก โปรแกรมจะ Default ที่ “กรุณาเลือก”

2.3 การใช้สิทธิ

- ข้อมูลที่ส่งเบิกชดเชยค่าบริการจาก สปสช. การใช้สิทธิ เลือก **ใช้สิทธิ**

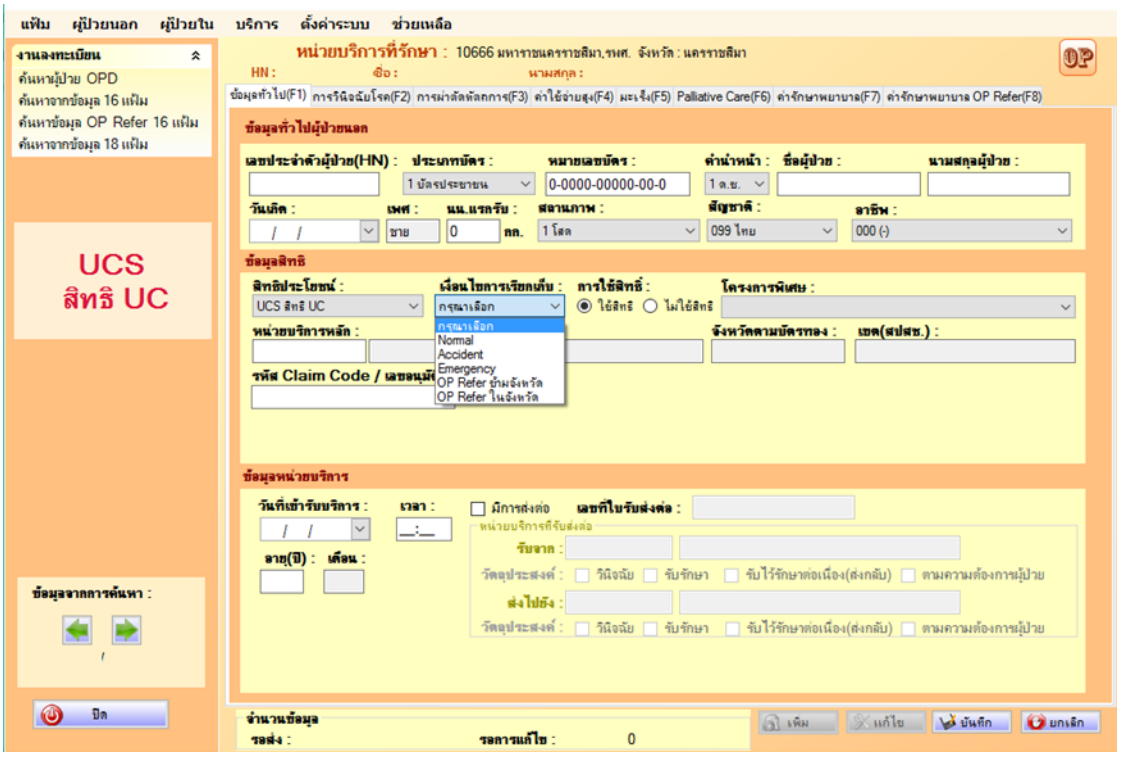
- กรณีเลือกไม่ใช้สิทธิ ข้อมูลจะไม่ผ่านการตรวจสอบขั้นต้น (ติด C) ดังนั้นหากไม่ต้องการเบิกชดเชยค่าบริการไม่ต้องส่งเข้ามาในระบบ

2.4 โครงการพิเศษ หมายถึง บริการหรือการจ่ายชดเชยที่กำหนดเป็นกรณีเฉพาะ เช่น การเบิก shunt ในผู้ป่วยฟอกเลือด (HD) โดยใส่ Project Code = DMISHD เป็นต้น ทั้งนี้หน่วยบริการสามารถเลือกให้ตรงกับเงื่อนไขหรือกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น รายละเอียดตามตาราง ที่ 1 รหัสโครงการพิเศษ

2.5 หน่วยบริการหลัก หมายถึง หน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ UC ที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการไว้แล้ว กรณีสิทธิว่าง กรณีเด็กหรือผู้ใหญ่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน ไม่ต้องบันทึกหน่วยบริการประจำ

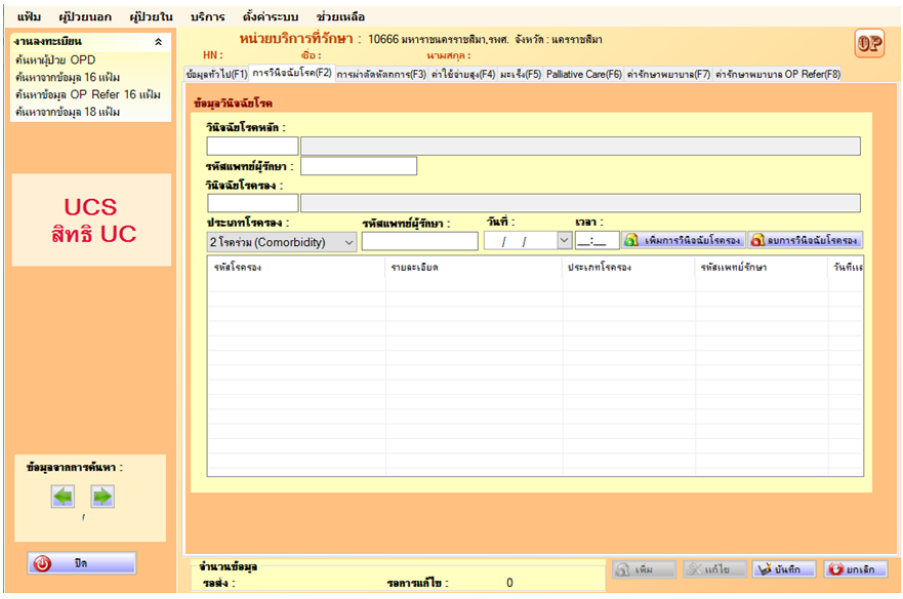
2.6 รหัส Claim code / เลขอนุมัติ สิทธิ UC ให้บันทึกเลข claim code ซึ่งได้มาจากการขอในระบบโปรแกรมตรวจสอบสิทธิประชากร กรณีเด็กแรกเกิดหรือสิทธิว่างที่ยังไม่มีหน่วยบริการประจำ

3. ข้อมูลหน่วยบริการ เป็นข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วย วันที่รับบริการ เวลา และบันทึกชื่อหน่วยบริการที่รับหรือส่งต่อ กรณีมีการรับส่งต่อ



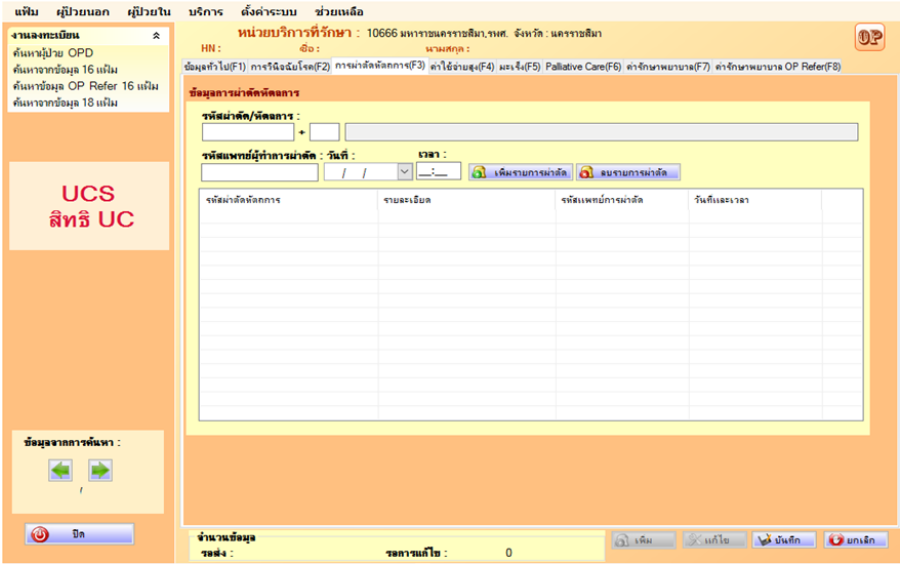
ภาพการบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยนอก (F1)

4. การวินิจฉัยโรค (F2) **บันทึกรหัส ICD10 WHO 2010** รหัสโรคตาม ICD-10-TM สามารถใช้ได้เฉพาะรหัสที่หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 5 รองรับได้



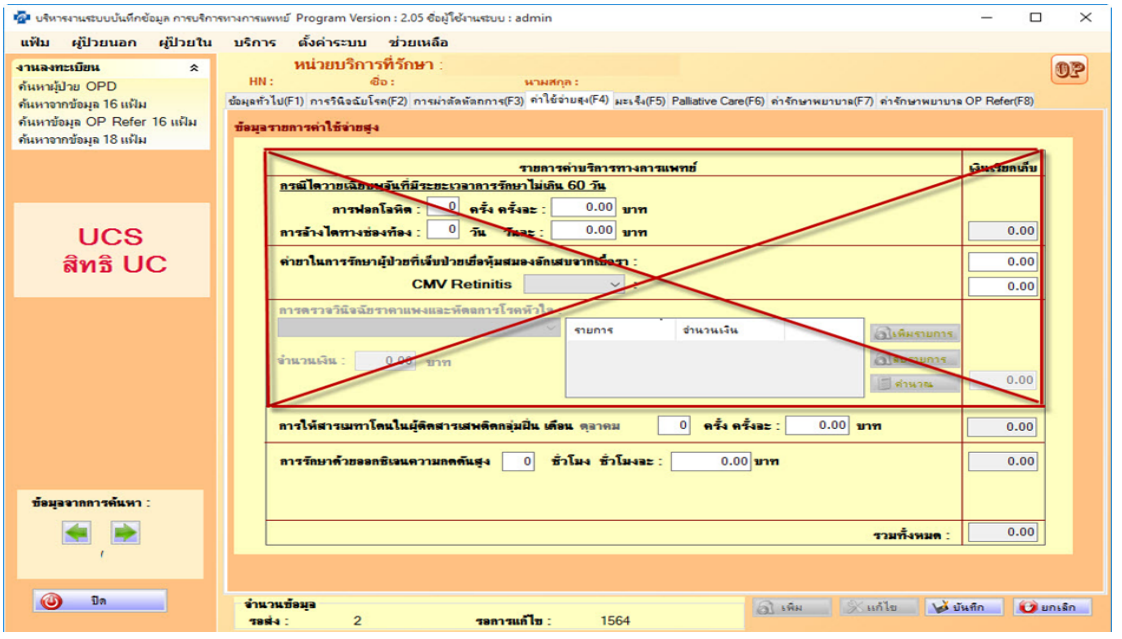
ภาพการบันทึกรหัสโรค ผู้ป่วยนอก (F2)

5. การผ่าตัดหัตถการ (F3) บันทึกรหัส ICD9CM WHO 2010



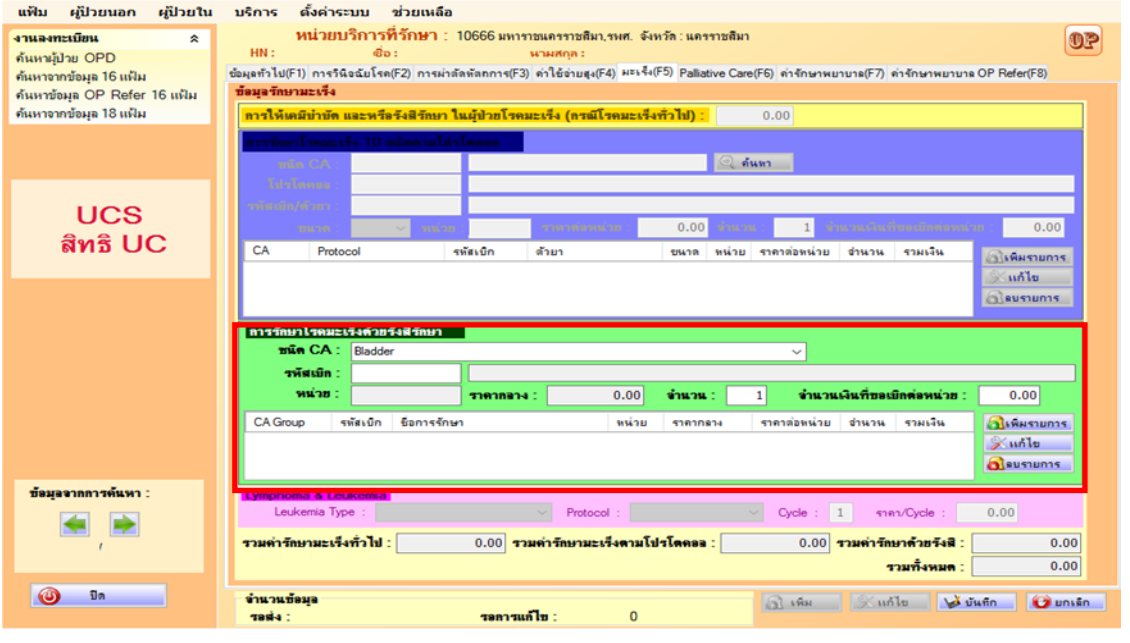
ภาพการบันทึกรหัสหัตถการ ผู้ป่วยนอก (F3)

6. ค่าใช้จ่ายสูง (F4) บันทึกข้อมูลเบิกกรณีบริการกรณีเฉพาะ



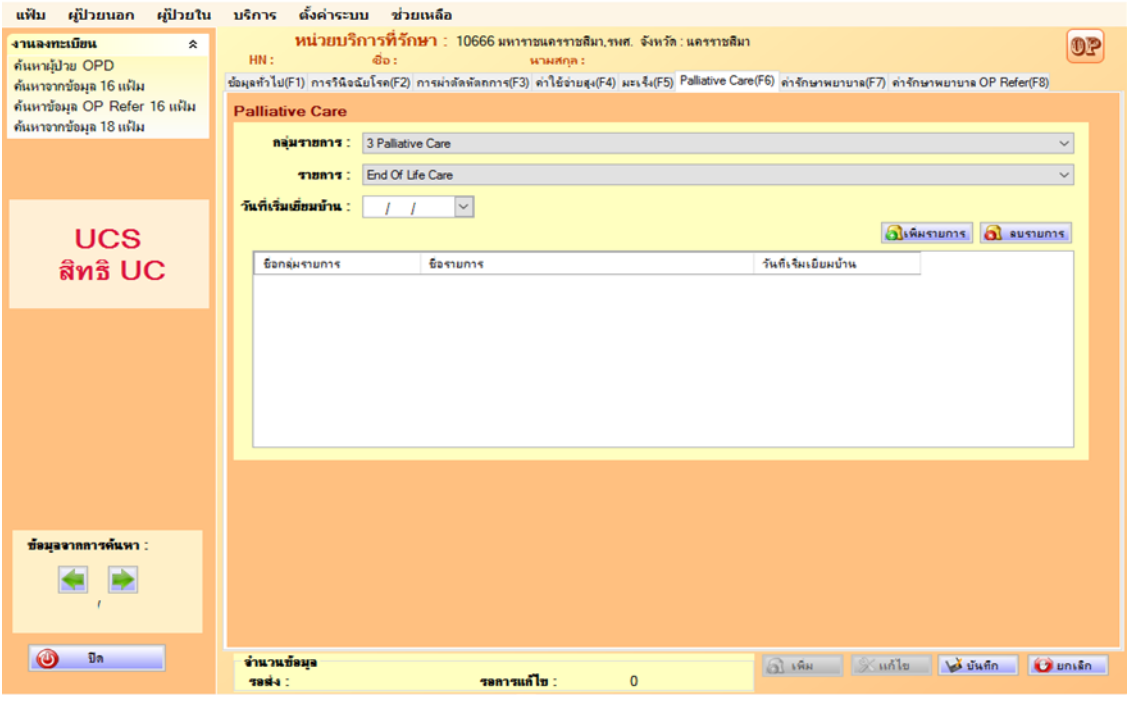
ภาพการบันทึกกรณีค่าใช้จ่ายสูงผู้ป่วยนอก (F4)

7. มะเร็ง (F5) บันทึกเบิกกรณีการรักษามะเร็งด้วย รังสีวางแผน หรือรังสีรักษา



ภาพการบันทึกกรณีเบิกรังสีวางแผน หรือรังสีรักษาผู้ป่วยนอก (F5)

8. Palliative Care (F6) บันทึกกรณีการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย



ภาพการบันทึกวันเยี่ยมบ้าน กรณี Palliative Care ผู้ป่วยนอก (F6)

9. ค่ารักษาพยาบาล (F7) ใช้บันทึกค่าใช้จ่ายตามหมวด

9.1 รายการอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกขอเบิกอุปกรณ์ (Instrument)

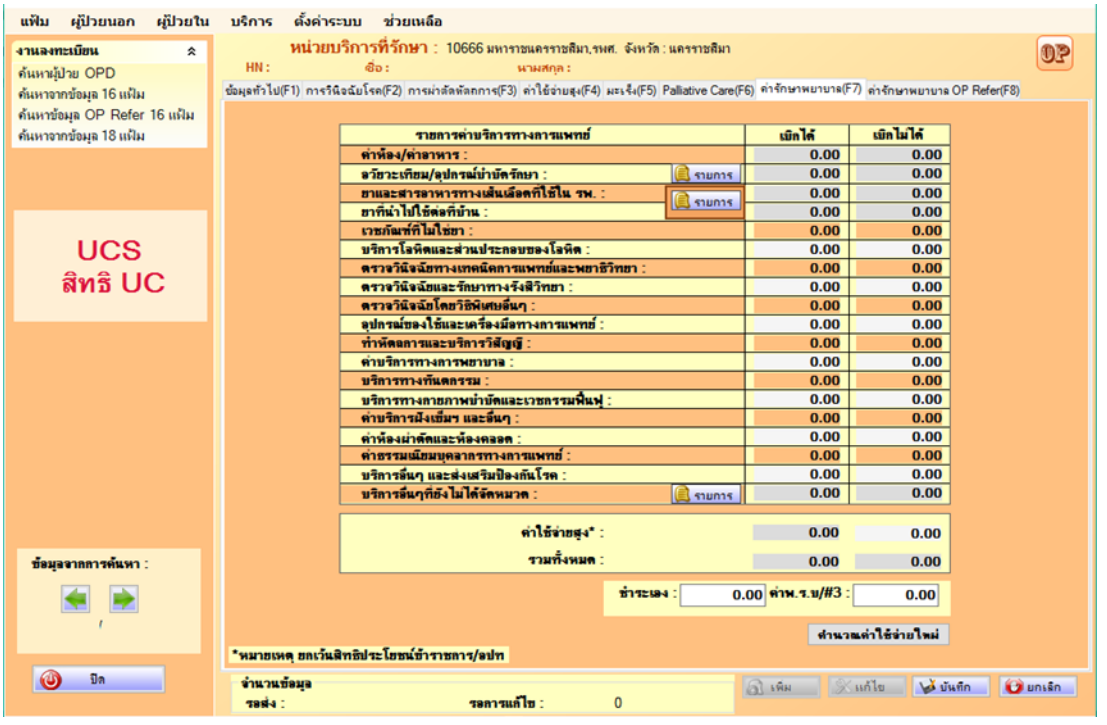
9.2 ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ. บันทึกรายการยาตาม Drug Catalog ของหน่วยบริการ

9.3 รายการบริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด เลือกปุ่มรายการนี้กรณีที่ต้องการบันทึกขอเบิก

- ค่าพาหนะ
- การทำ Vascular access ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

9.4 กรณีเป็นอุบัติเหตุจากรถที่กฎหมายกำหนดให้มี พรบ. บันทึกจำนวนเงินที่เบิกจากกองทุน พรบ.

9.5 ค่าใช้จ่ายในหมวดอื่นๆ ให้บันทึกเป็นยอดรวม



ภาพการบันทึกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (F7)

10. ค่ารักษาพยาบาล (F8) บันทึกค่าใช้จ่ายตามหมวด ผู้ป่วยนอกบริการกรณีเฉพาะการรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดเท่านั้น โดยมี 171 รายการที่มีราคาเพดานกลางกำหนด (รายละเอียดตามภาคผนวก) และนอกเหนือ 171 รายการตามราคากำหนดของหน่วยบริการ

10.1 รายการอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกขอเบิกอุปกรณ์ (Instrument)

10.2 ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ. เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกข้อมูลการใช้ยา (รายการยาตาม Drug Catalog ของหน่วยบริการ)

10.3 ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกรายการตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา โดยบันทึกรหัสเบิกของกรมบัญชีกลาง

10.4 ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกรายการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา โดยบันทึกรหัสเบิกของกรมบัญชีกลาง

10.5 ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกรายการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ โดยบันทึกรหัสเบิกของกรมบัญชีกลาง

10.6 ทำหัตถการและบริการวิสัญญี เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกการทำหัตถการและบริการวิสัญญี โดยบันทึกรหัสเบิกของกรมบัญชีกลาง

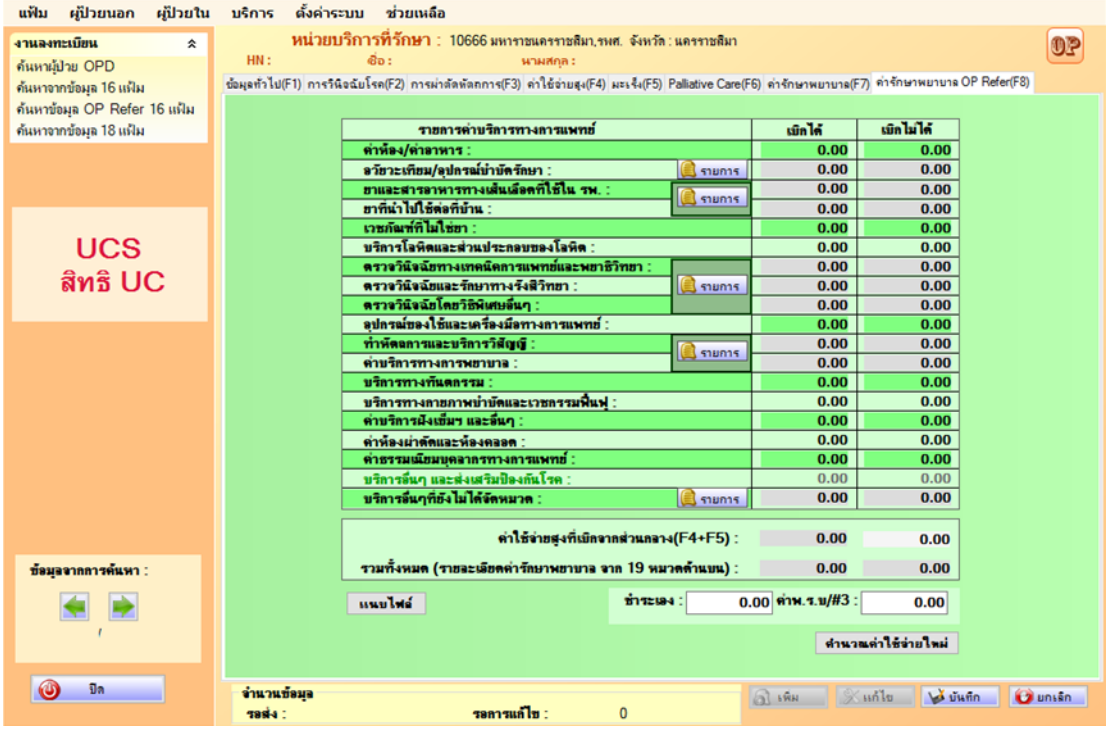
10.7 ค่าบริการทางการพยาบาล เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกค่าบริการทางการพยาบาล โดยบันทึกรหัสเบิกของกรมบัญชีกลาง

10.8 รายการบริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด เลือกปุ่มรายการนี้กรณีที่ต้องการบันทึกขอเบิก

- ค่าพาหนะ
- การทำ Vascular access ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

11. กรณีเป็นอุบัติเหตุจากรถที่กฎหมายกำหนดให้มี พรบ. บันทึกจำนวนเงินที่เบิกจากกองทุน พรบ.

12. ค่าใช้จ่ายในหมวดอื่นๆ ให้บันทึกเป็นยอดรวม



ภาพการบันทึกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก กรณี OP Refer (F8)

2) กรณีผู้ป่วยใน

รายละเอียดการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป (F1)

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยใน หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยให้ครบทุกช่อง ความหมายของบางหัวข้อ ให้คำอธิบายเพิ่มเติมดังนี้

1.1 เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) หมายถึง เลขประจำตัวของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการของหน่วยบริการนั้นๆ

1.2 เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) หมายถึง เลขที่การเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยใน ในครั้งนั้น

1.3 ประเภทบัตร สำหรับผู้มีสิทธิ UC/สิทธิว่าง เลือกประเภทบัตรเป็นบัตรประชาชน

1.4 หมายเลขบัตร หมายถึง เลขประจำตัวประชาชน 13 หลักของผู้ป่วย กรณีสัญชาติไทยหรือเลขอื่นๆ กรณีไม่ใช่สัญชาติไทย ยกเว้นกรณีเด็กแรกเกิดเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน หมายเลขบัตรดังกล่าวให้ใช้เป็น “0” 13 ตัวตามค่าตั้งต้น (Default) ของโปรแกรม

2. ข้อมูลด้านหน่วยบริการ

2.1 สิทธิ ระบุสิทธิที่ต้องการเบิกในการเข้ารับบริการในครั้งนั้นๆ ตามเงื่อนไขการเบิกชดเชยค่าบริการของแต่ละสิทธิ

2.2 ประเภทบริการ / รักษา

- กรณีเป็นผู้ป่วยในเลือก IPD
- กรณี One day surgery เลือก Ambulatory Care เช่น การเบิกจ่ายชดเชยกรณีผ่าตัดตาต้อกระจก (Cataract) ที่ให้บริการเป็นผู้ป่วยนอก

2.3 การใช้สิทธิ

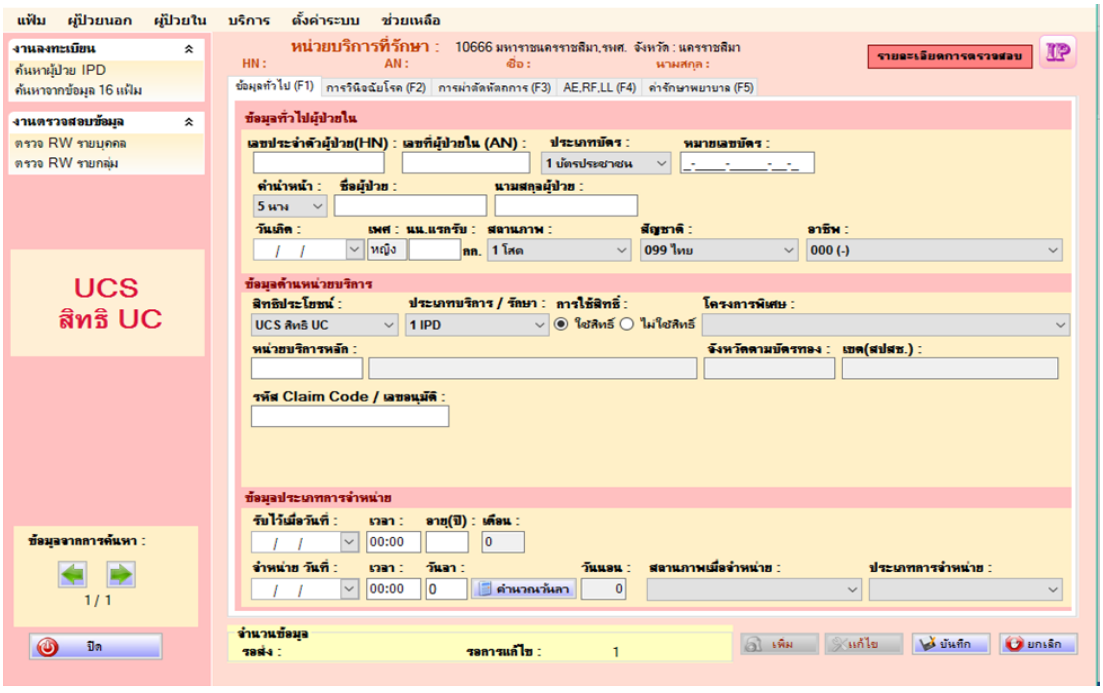
- ข้อมูลที่ส่งเบิกชดเชยค่าบริการจาก สปสช. การใช้สิทธิ เลือก **ใช้สิทธิ**
- กรณีเลือกไม่ใช้สิทธิ ข้อมูลจะไม่ผ่านการตรวจสอบขั้นต้น (ติด C) ดังนั้นหากไม่ต้องการเบิกชดเชยค่าบริการไม่ต้องส่งเข้ามาในระบบ

2.4 โครงการพิเศษ หมายถึง บริการหรือการจ่ายชดเชยที่กำหนดเป็นกรณีเฉพาะ เช่น การเบิก shunt ในผู้ป่วยฟอกเลือด (HD) โดยใส่ Project Code = DMISHD เป็นต้น ทั้งนี้หน่วยบริการสามารถเลือกให้ตรงกับเงื่อนไขหรือกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น รายละเอียดตามตาราง ที่ 1 รหัสโครงการพิเศษ

2.5 หน่วยบริการหลัก หมายถึง หน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ UC ที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการไว้แล้ว กรณีสิทธิว่าง กรณีเด็กหรือผู้ใหญ่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน ไม่ต้องบันทึกหน่วยบริการประจำ

2.6 รหัส Claim code / เลขอนุมัติ สิทธิ UC ให้บันทึกเลข claim code ซึ่งได้มาจากการขอในระบบโปรแกรมตรวจสอบสิทธิประชากร กรณีเด็กแรกเกิดหรือสิทธิว่างที่ยังไม่มีหน่วยบริการประจำ

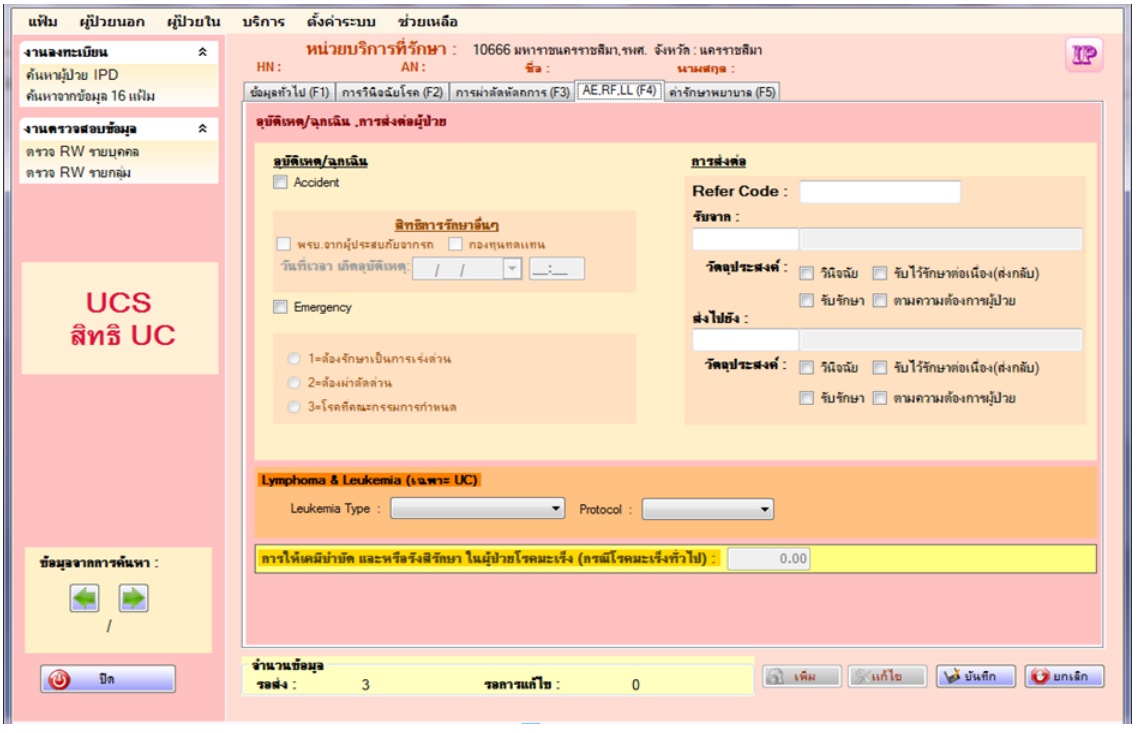
3. ข้อมูลประเภทการจำหน่าย เป็นข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วย อายุ ณ วันที่รับบริการ จำนวนวันนอน และข้อมูลการจำหน่าย



ภาพการบันทึกข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยใน (F1)

4. การวินิจฉัยโรค (F2) และการผ่าตัดหัตถการ (F3) บันทึกเช่นเดียวกับการบันทึก กรณีผู้ป่วยนอก

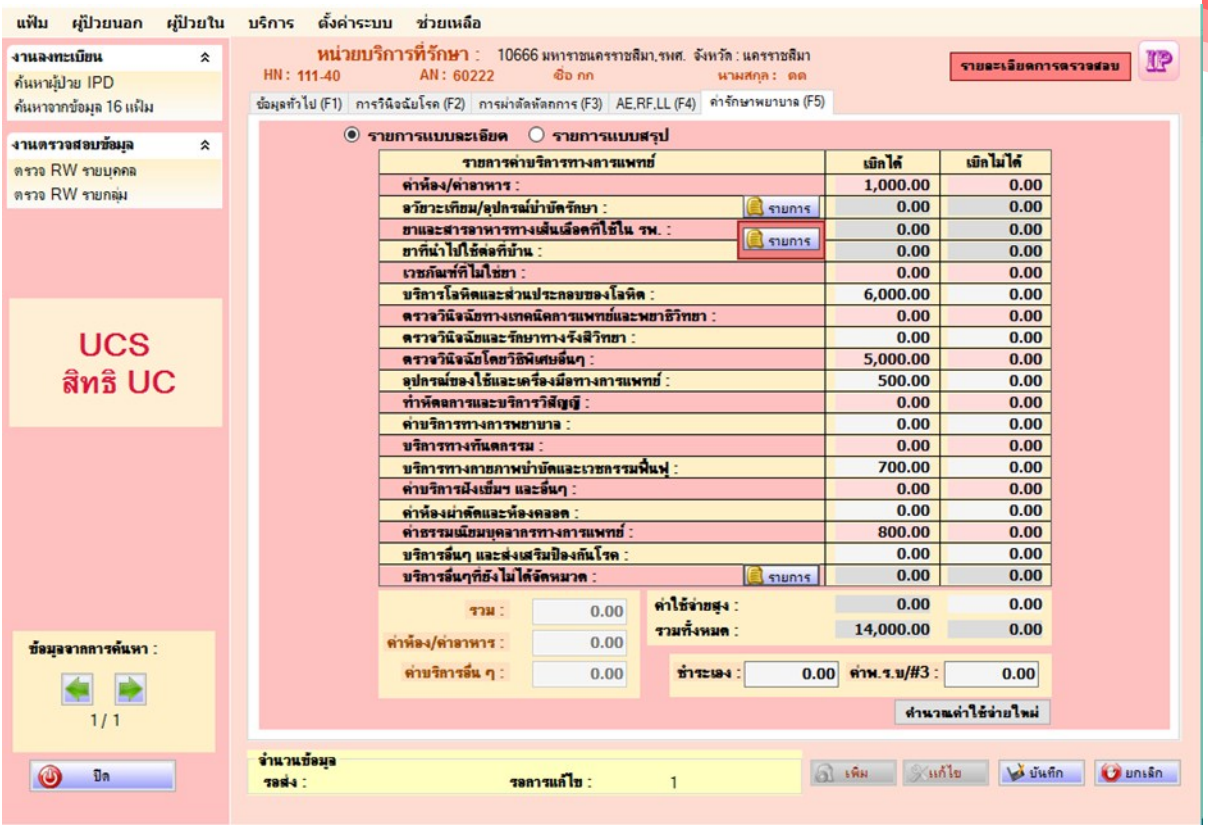
5. เมนู AE/RF/LL (F4) สำหรับบันทึกขอเบิกกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน, การรับ - ส่งต่อผู้ป่วยใน



ภาพการบันทึกกรณี อุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน / มีการรับส่งต่อ ผู้ป่วยใน (F4)

หมายเหตุ : LL คือ Leukemia , Lymphoma ปัจจุบันยกเลิกการบันทึกข้อมูลหน้านี้แล้ว

6. เมนูค่ารักษาพยาบาล (F5) หน่วยบริการสามารถเลือกบันทึกค่าใช้จ่ายแบบละเอียด หรือแบบสรุป อย่างใดอย่างหนึ่ง ยกเว้นหากมีการเบิกในรายการ “อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา” หรือรายการ “ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ.” หรือ รายการ “บริการอื่น ๆ ที่ยังไม่จัดหมวด” หน่วยบริการจะต้องบันทึกค่าใช้จ่ายเป็นแบบละเอียดเท่านั้น



ภาพการบันทึกค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยใน (F5) แบบละเอียด

รายการแบบละเอียด นอกจากใช้บันทึกค่ารักษาทั่วไป หน่วยบริการสามารถบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมได้ดังนี้

1. รายการอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกขอเบิกอุปกรณ์ (Instrument) และค่าใช้จ่ายสูง (IPHC)

2. ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ. เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกข้อมูลการใช้ยา (รายการยาตาม Drug Catalog ของหน่วยบริการ)

3. รายการบริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด เลือกปุ่มรายการนี้กรณีที่ต้องการบันทึกขอเบิก

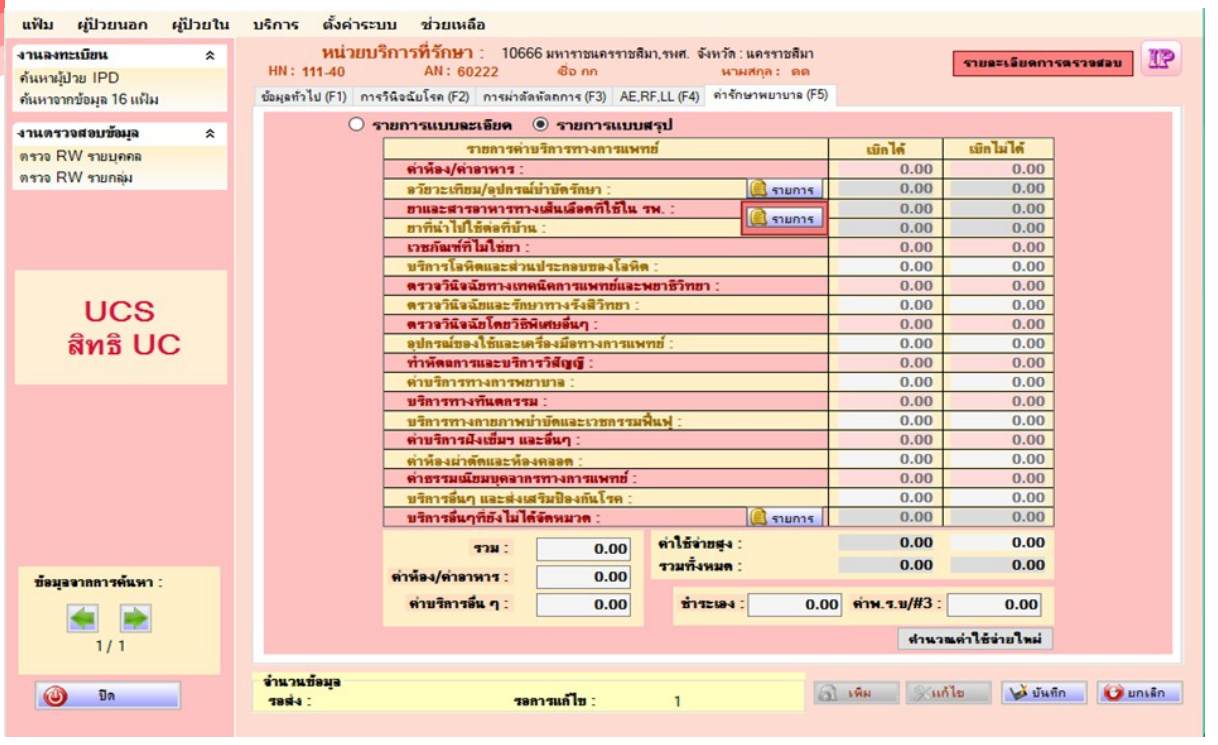
3.1 ค่าพาหนะ

3.2 การทำ vascular access ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

3.3 การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Cornea Transplant) รหัสเบิก DMICNT

4. กรณีเป็นอุบัติเหตุจากรถที่กฎหมายกำหนดให้มี พรบ. บันทึกจำนวนเงินที่เบิกจากกองทุน พรบ.

5. ค่าใช้จ่ายในหมวดอื่นๆ ให้บันทึกเป็นยอดรวม



ภาพการบันทึกค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยใน (F5) แบบสรุป

<u>ค่าใช้จ่ายแบบสรุป</u>

- **รวม** = ผลรวมของค่ารักษาพยาบาลทุกหมวด จากการรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

- **ค่าห้อง/ค่าอาหาร** = ผลรวมของค่าห้อง/ค่าอาหาร

- **ค่าบริการอื่นๆ** = ผลรวมของค่าใช้จ่ายทุกหมวด <u>ไม่รวม</u> ค่าห้องค่าอาหาร

-กรณีเป็นอุบัติเหตุจากรถที่กฎหมายกำหนดให้มี พรบ. บันทึกจำนวนเงินที่เบิกจากกองทุน พรบ.

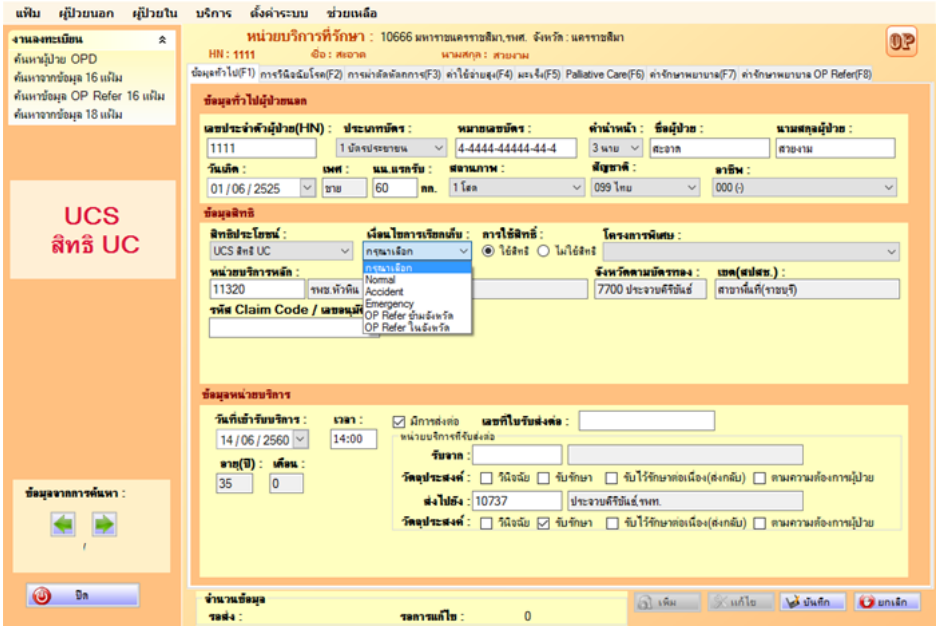
หน่วยบริการสามารถเลือกบันทึกค่ารักษาแบบสรุปได้ <u>**กรณีที่ไม่มีการขอเบิก**</u> **ค่าใช้จ่ายตามรหัสเบิกที่กำหนดในเมนูอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา หรือเมนู ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ. หรือ เมนู บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด**

<u>**หมายเหตุ**</u> **:** เพื่อประโยชน์ในการนำข้อมูลไปใช้ในการจัดทำ DRG อาจกำหนดให้บันทึกเฉพาะรายการแบบละเอียดเท่านั้นในระยะต่อไป

3. ผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ รวมถึง กำลังพลสำรอง ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารบก และอาสาสมัครทหารพราน

1. ข้อมูลทั่วไป (F1) เลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บเป็น Accident หรือ Emergency ตามภาพที่ 1

2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน ในทุกหน้าเมนู

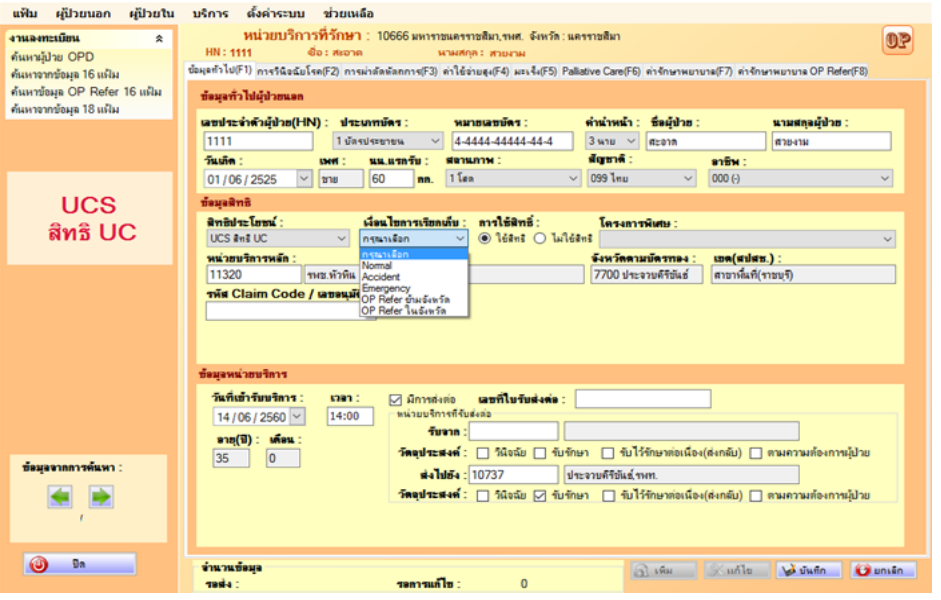


ภาพการบันทึกข้อมูลกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน

4. ทหารผ่านศึก/คนพิการ/กำลังพลสำรอง ที่ใช้บริการข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ

1. ข้อมูลทั่วไป (F1) เลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บเป็น Normal หรือ Accident หรือ Emergency ตามอาการของผู้ป่วย ตามภาพที่ 2

2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน ในทุกหน้าเมนู

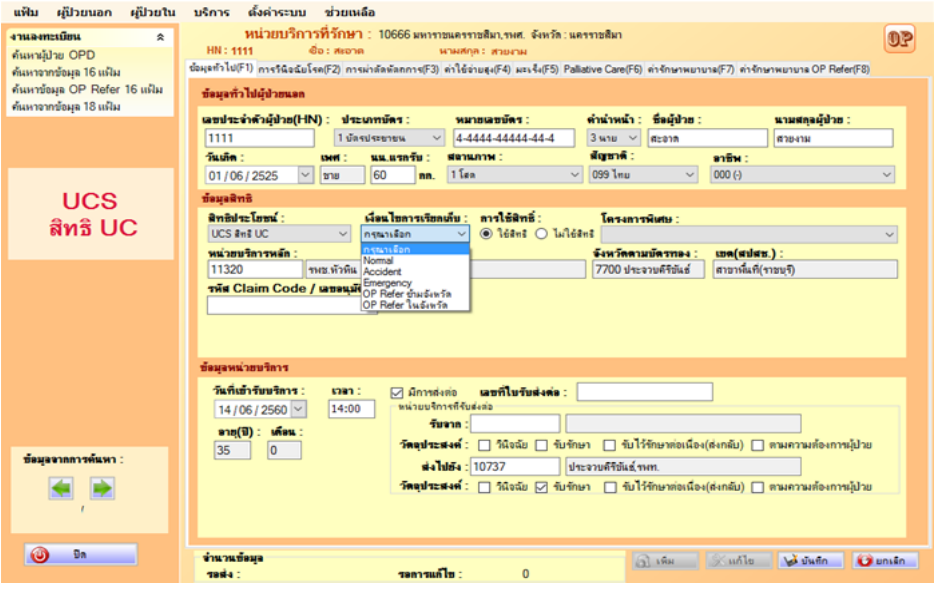


ภาพการบันทึกข้อมูลกรณีทหารผ่านศึก/คนพิการ/กำลังพลสำรอง ที่ใช้บริการข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ

5. การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ

1. ข้อมูลทั่วไป (F1) เลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บเป็น Normal Accident หรือ Emergency ตามอาการของผู้ป่วย ตามภาพที่ 3

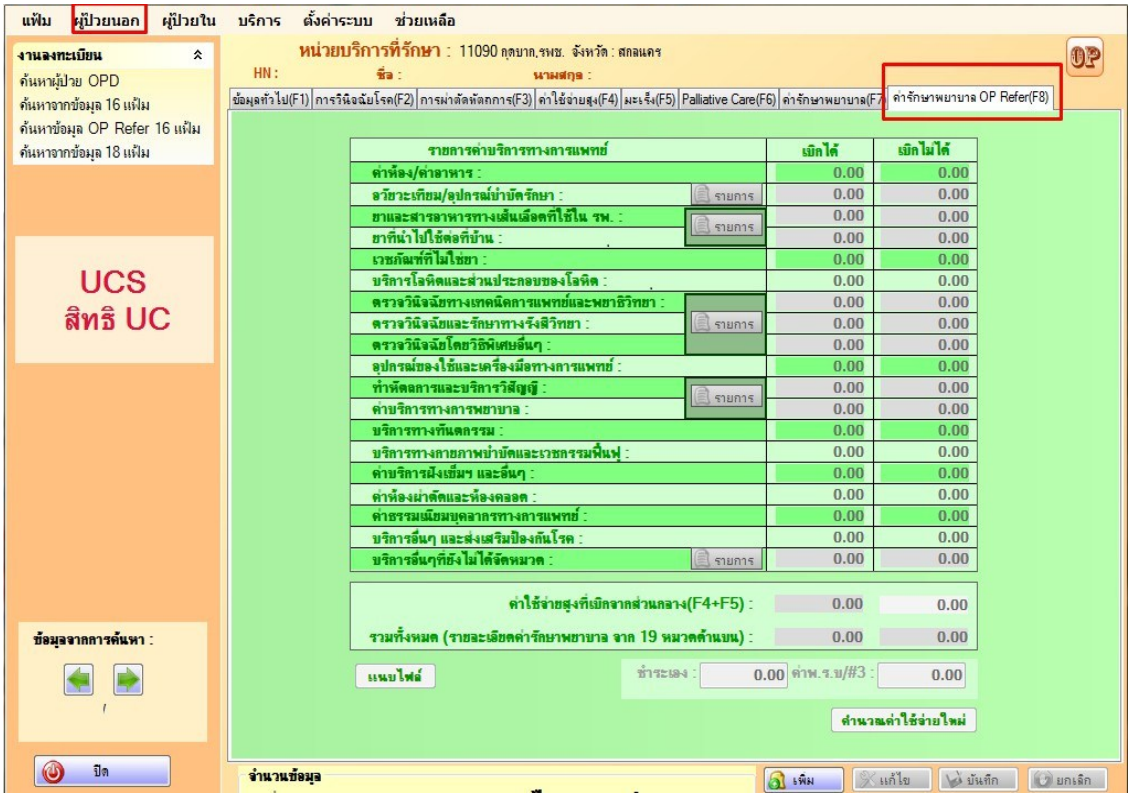
2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน ในทุกหน้าเมนู



ภาพการบันทึกข้อมูลการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ

6) การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด OP Refer)

โปรแกรม e-Claim ถูกพัฒนาและปรับปรุงเพื่อรองรับการบันทึกข้อมูลรับส่งต่อผู้ป่วยนอก (OP Refer) ซึ่งการบันทึกข้อมูลต่างๆ เป็นแบบเดียวกับการบันทึกข้อมูลที่หน่วยบริการเบิกจ่ายจากส่วนกลาง กรณี OPHC / OPAE เมื่อหน่วยบริการ login เข้ามาในโปรแกรมแล้ว ให้เลือกเมนู “ผู้ป่วยนอก” ดังภาพ จะพบว่าแถบการบันทึกข้อมูลจะเพิ่มขึ้นอีก 1 แถบคือค่ารักษาพยาบาล (OP REFER) [F8] ดังรูปภาพ

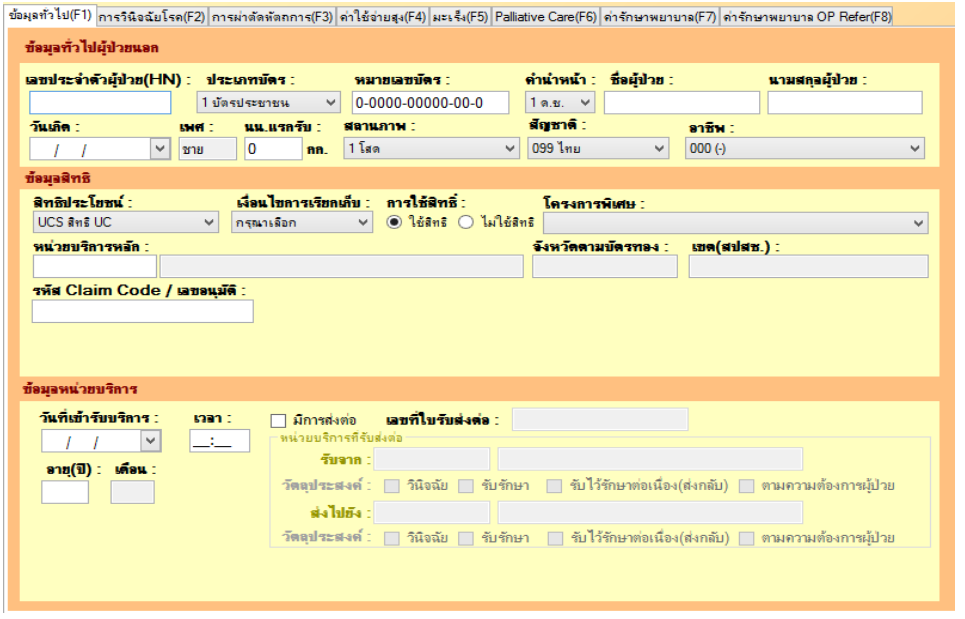


1. หน้าจอบันทึกข้อมูลทั่วไป [F1]

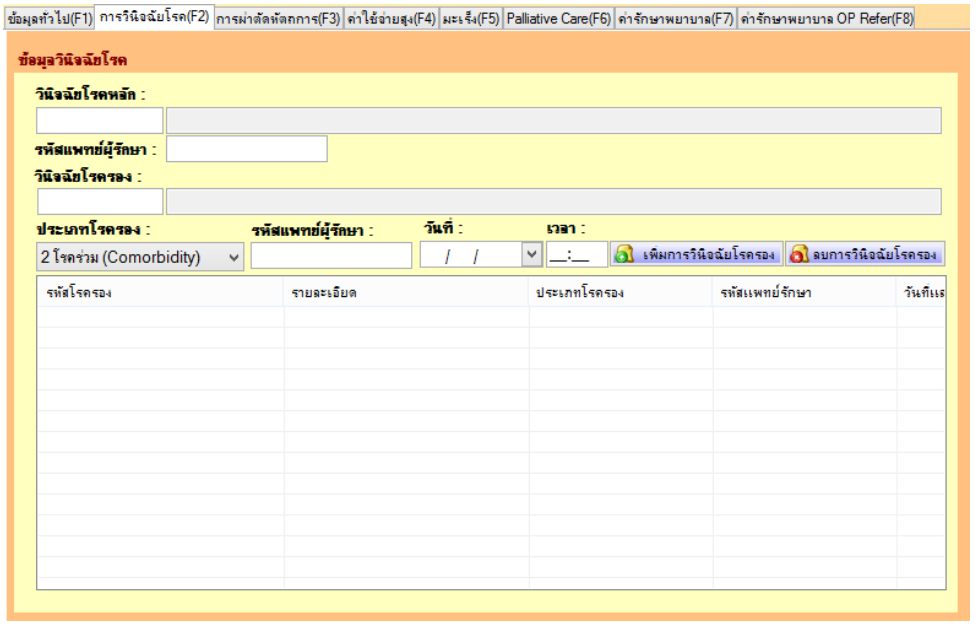
1.1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยนอก บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน

1.2 เงื่อนไขการเรียกเก็บ ให้เลือกเป็น “OP Refer ข้ามจังหวัด”ทุกครั้ง ซึ่งเมื่อเลือกเงื่อนไขเป็น OP Refer ข้ามจังหวัด จะไม่สามารถบันทึกข้อมูลในส่วนของส่งเสริมป้องกันโรค [F6] และค่ารักษาพยาบาล [F7] ได้ในส่วนค่ารักษาพยาบาลให้บันทึกที่หน้า ค่ารักษาพยาบาล (OP REFER) [F8] แทน เช่นเดียวกัน หากไม่ได้เลือก เงื่อนไขการเรียกเก็บเป็น “OP Refer ข้ามจังหวัด” จะไม่สามารถบันทึกข้อมูลในหน้า ค่ารักษาพยาบาล (OP REFER) [F8] ได้

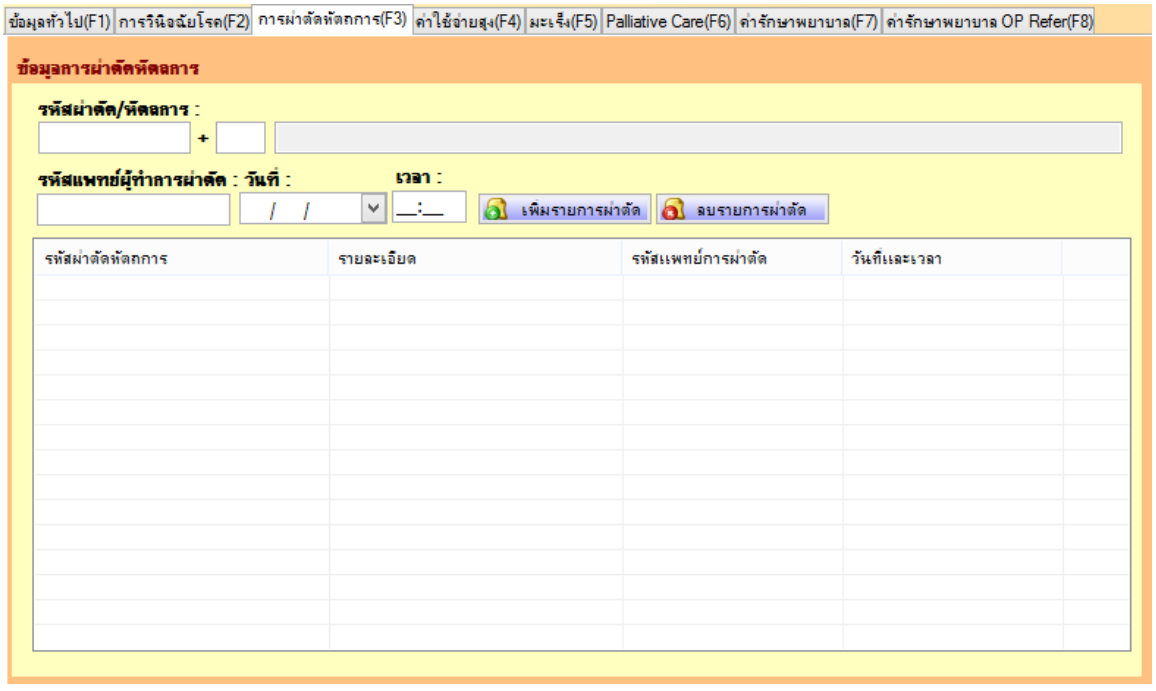
1.3 ข้อมูลหน่วยบริการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนและในส่วนของ “**เลขที่ใบรับส่งต่อ**” **ให้บันทึกเลขที่ใบส่งต่อของ<u>หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ส่งต่อ</u> (การรับส่งต่อแบบต่อเนื่อง)**



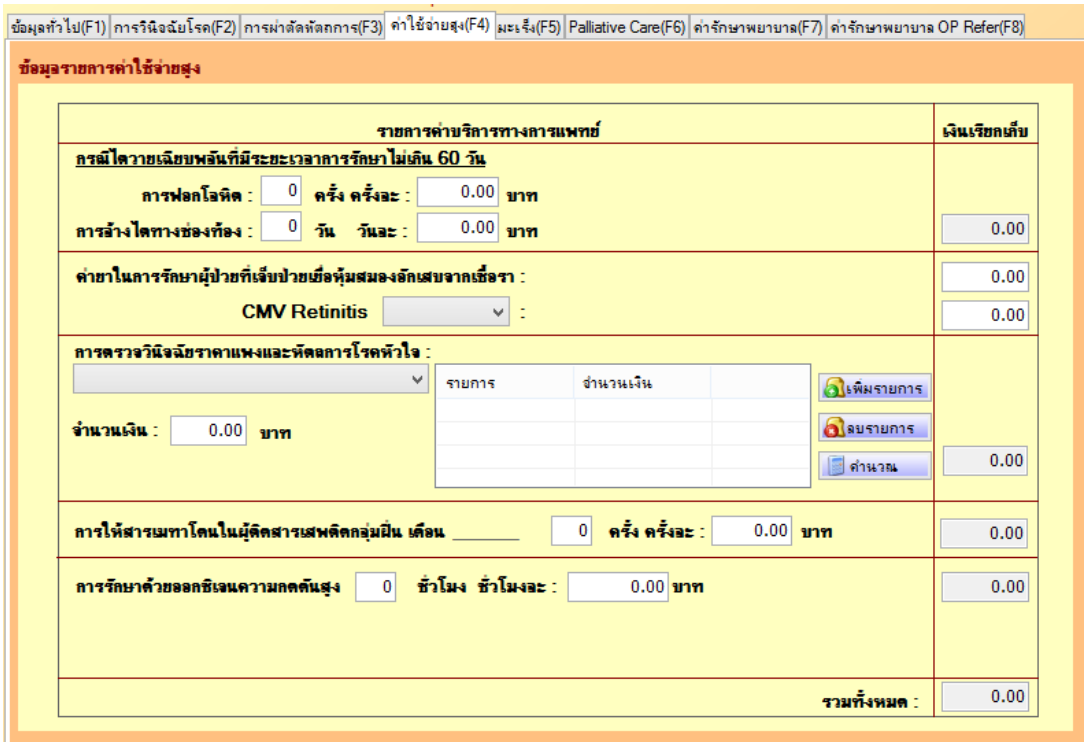
2. หน้าจอบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยโรค [F2]



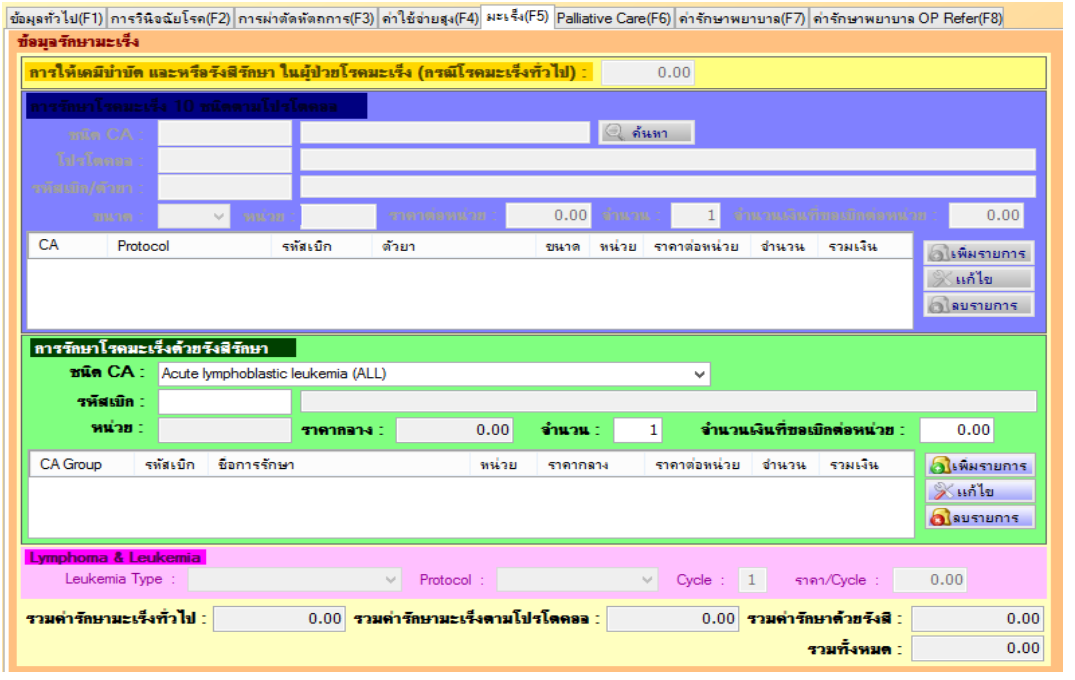
3. หน้าจอการผ่าตัดหัตถการ [F3]



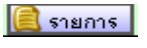
4. หน้าจอค่าใช้จ่ายสูง [F4] บันทึกกรณีที่เข้าเกณฑ์ OPHC ที่ต้องเบิกจ่ายเงินจากส่วนกลางด้วย

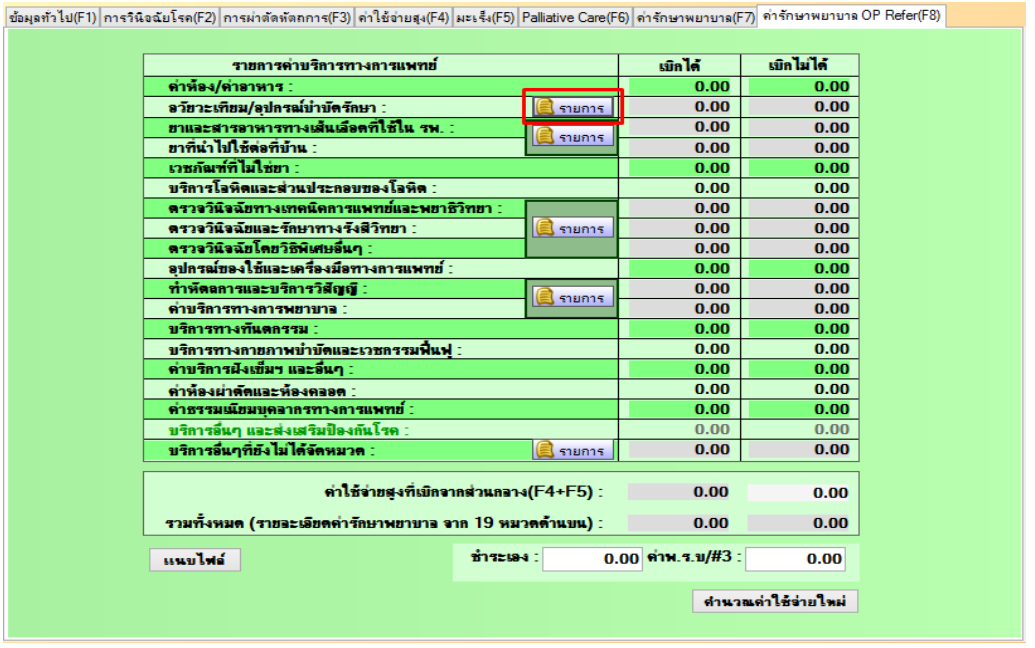


5. หน้าจอข้อมูลมะเร็ง [F5] บันทึกกรณีมะเร็ง

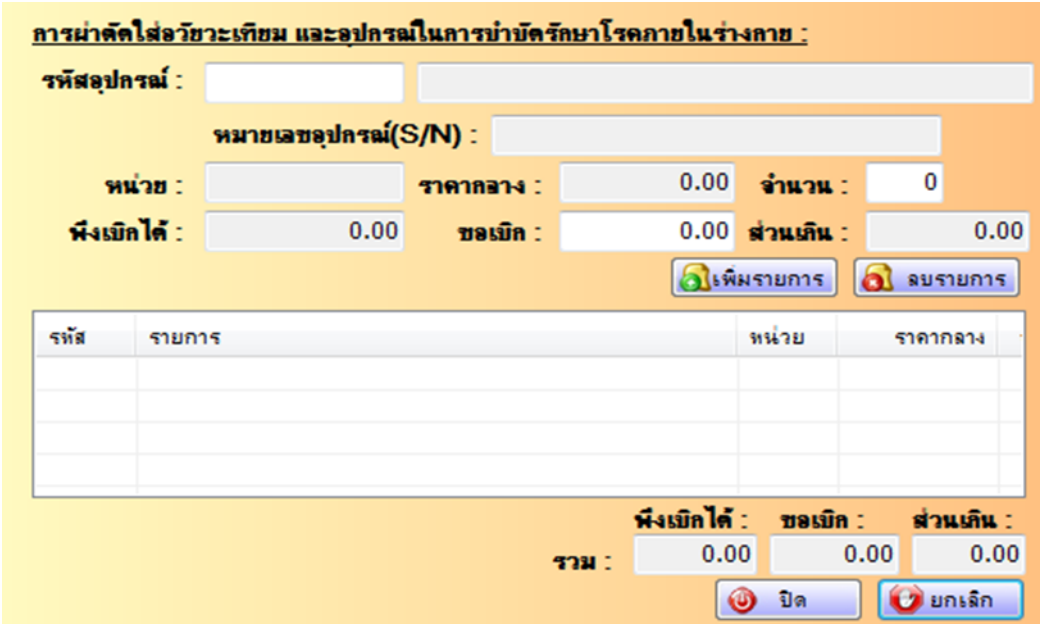


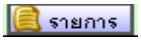
6. หน้าจอบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาล OP Refer [F8]

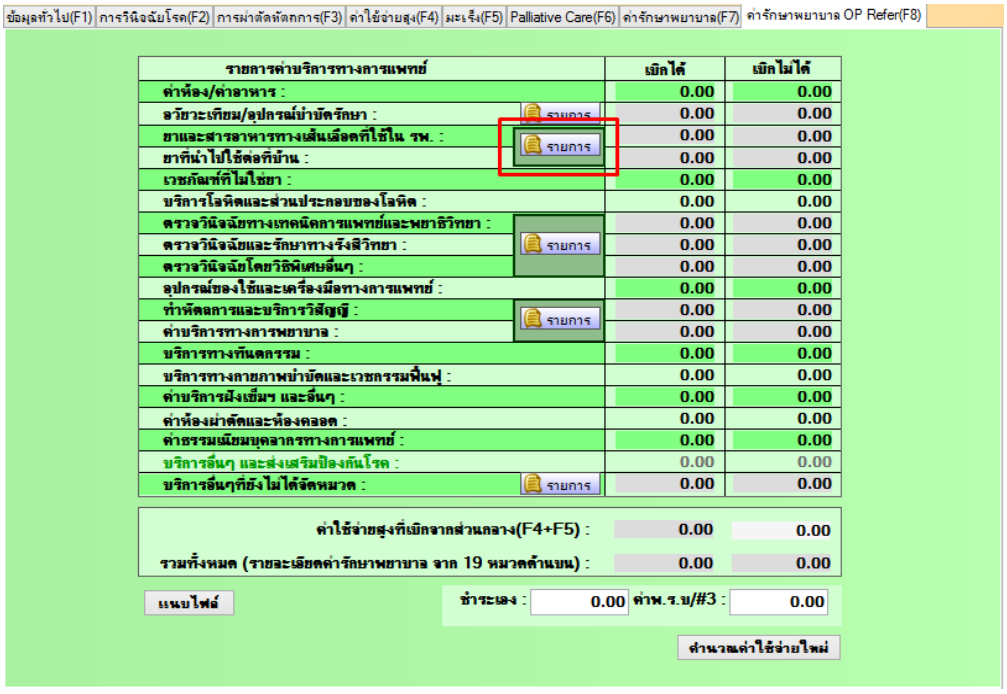
6.1 รายการค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษาโรค บันทึกข้อมูลโดย click ที่ปุ่ม 

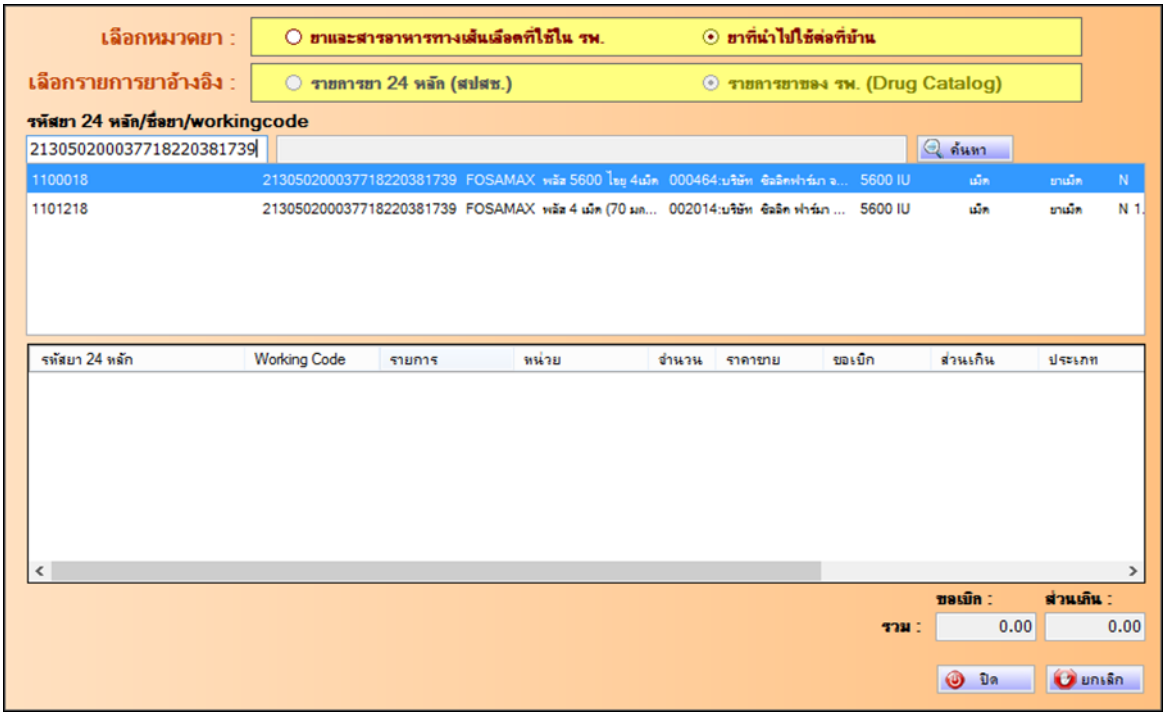


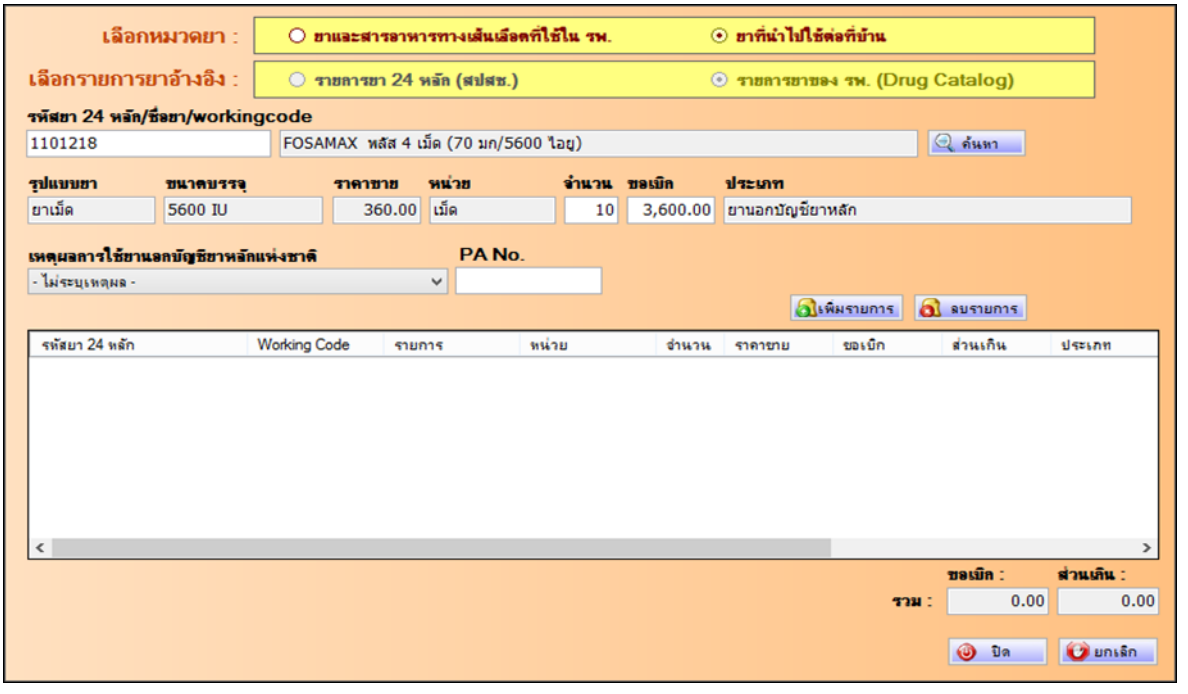
จะปรากฏหน้าต่างย่อย ให้บันทึกรายการ / จำนวน / จำนวนเงิน ดังรูปภาพ

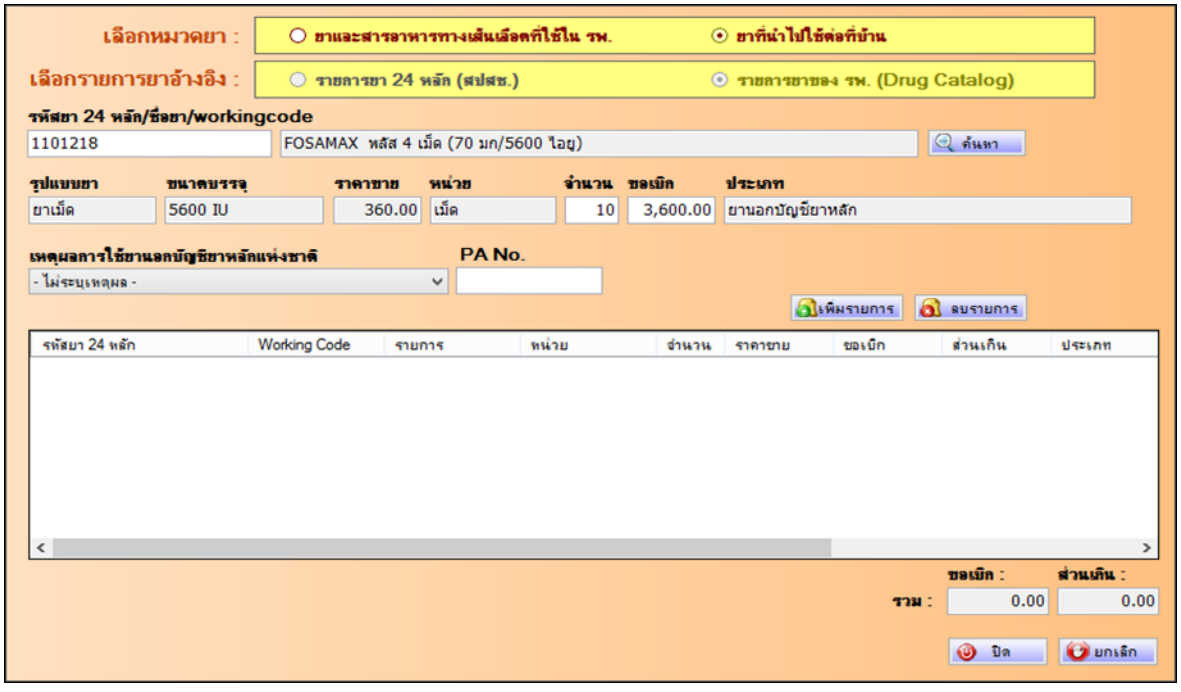


6.2 รายการค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ. และรายการยาที่นำไปใช้ต่อที่บ้าน บันทึกข้อมูลโดย click ที่ปุ่ม 




เลือกหมวดยา :
ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ.
ยาที่นำไปใช้ต่อที่บ้าน
เลือกรายการยาอ้างอิง :
รายการยา 24 หลัก (สปสช.)
รายการยาของ รพ. (Drug Catalog)
รหัสยา 24 หลัก/ชื่อยา/workingcode
2130502000377182203817 39
ค้นหา
1100018 2130502000377182203817 39 FOSAMAX พลัส 5600 ไอยู 4เม็ด 000464:บริษัท ซิมลิคฟาร์มา จ... 5600 IU เม็ด ยาเม็ด N
1101218 2130502000377182203817 39 FOSAMAX พลัส 4 เม็ด (70 มก... 002014:บริษัท ซิมลิค ฟาร์มา ... 5600 IU เม็ด ยาเม็ด N 1
รหัสยา 24 หลัก
Working Code
รายการ
หน่วย
จำนวน
ราคาขาย
ขอเบิก
ส่วนเกิน
ประเภท
ขอเบิก :
ส่วนเกิน :
รวม :
0.00
0.00
ปิด
ยกเลิก


เลือกหมวดยา :
ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ.
ยาที่นำไปใช้ต่อที่บ้าน
เลือกรายการยาอ้างอิง :
รายการยา 24 หลัก (สปสช.)
รายการยาของ รพ. (Drug Catalog)
รหัสยา 24 หลัก/ชื่อยา/workingcode
1101218
FOSAMAX พลัส 4 เม็ด (70 มก/5600 ไอยู)
ค้นหา
รูปแบบยา
ขนาดบรรจุ
ราคาขาย
หน่วย
จำนวน
ขอเบิก
ประเภท
ยาเม็ด
5600 IU
360.00
เม็ด
10
3,600.00
ยานอกบัญชียาหลัก
เหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
- ไม่ระบุเหตุผล -
PA No.
เพิ่มรายการ
ลบรายการ
รหัสยา 24 หลัก
Working Code
รายการ
หน่วย
จำนวน
ราคาขาย
ขอเบิก
ส่วนเกิน
ประเภท
ขอเบิก :
ส่วนเกิน :
รวม :
0.00
0.00
ปิด
ยกเลิก

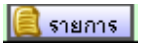


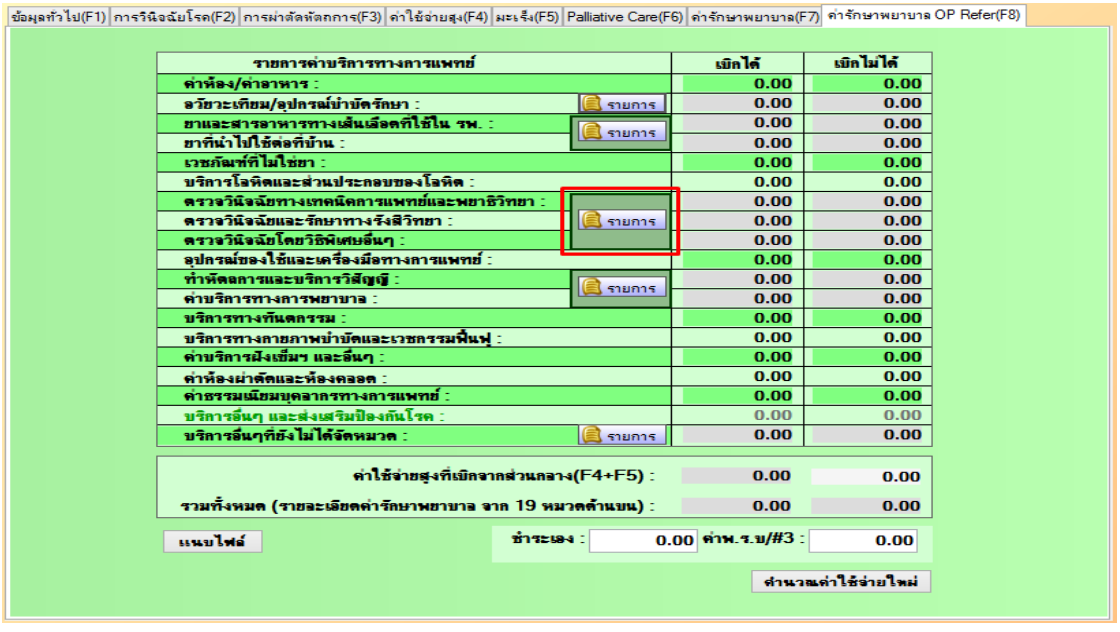
6.3 การบันทึกรายการตรวจวินิจฉัย 3 รายการดังนี้

6.3.1 รายการตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

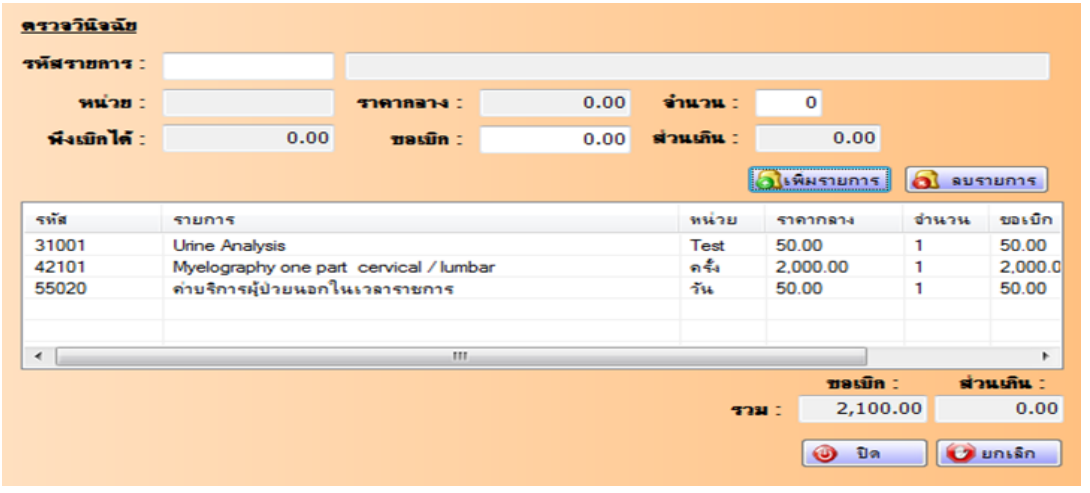
6.3.2 รายการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

6.3.3 รายการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ

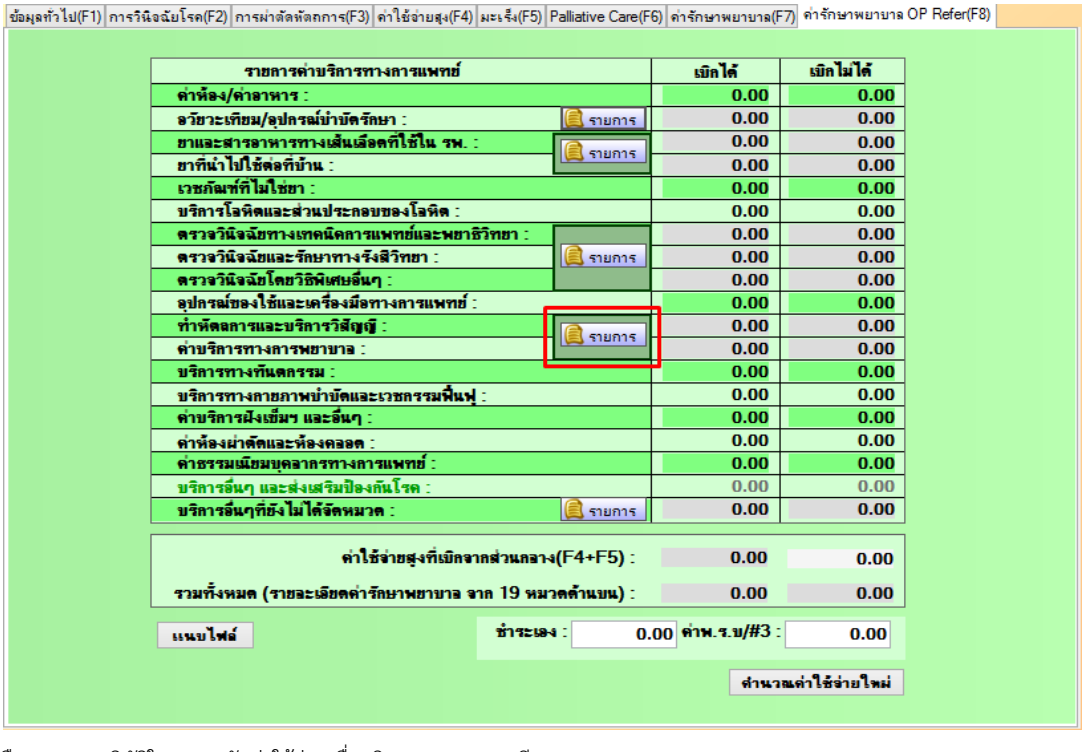
บันทึกโดย click ที่ปุ่ม 



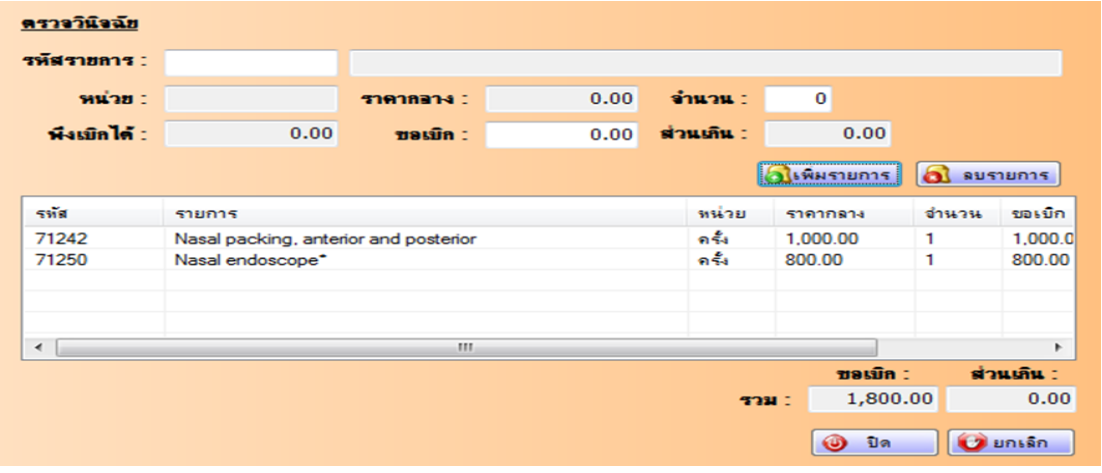
จะปรากฏหน้าต่างย่อยให้บันทึกรหัสรายการ (ให้อ้างอิงจากรหัสรายการของกรมบัญชีกลางหมวดที่ 7 , 8 และ 9 เท่านั้น) / จำนวน / จำนวนเงินที่ขอเบิก ให้ครบถ้วน ทั้งนี้เมื่อบันทึกรหัสรายการ 1 รายการ เรียบร้อยแล้วต้องกดปุ่ม เพิ่มรายการ ทุกครั้ง เพื่อยืนยันการบันทึกข้อมูลแต่ละรายการ และข้อมูลจะปรากฏอยู่ในกรอบตามรูปภาพ



6.4 รายการทำหัตถการและวิสัญญีและรายการค่าบริการทางการพยาบาล บันทึกโดย click ที่ปุ่ม รายการ



จะปรากฏหน้าต่างย่อยให้บันทึกรหัสรายการ (โดยให้อ้างอิงจากรหัสรายการของกรมบัญชีกลาง) / จำนวน / จำนวนเงินที่ขอเบิกให้ครบถ้วน และเมื่อบันทึกรหัสรายการ 1 รายการ เรียบร้อยแล้ว ต้องกดปุ่ม เพิ่มรายการ ทุกครั้ง เพื่อยืนยันการบันทึกข้อมูลแต่ละรายการ และข้อมูลจะปรากฏอยู่ในกรอบด้านล่างเมื่อบันทึกข้อมูลครบถ้วนแล้ว ให้กดที่ปุ่ม ปิด เพื่อปิดหน้าต่างนี้ออกไปสู่หน้าจอหลักดังรูป



กรณีไม่มี หรือ ไม่สามารถระบุรายละเอียดของการตรวจวินิจฉัย/การทำหัตถการ ให้บันทึกรหัสรายการค่าบริการสาธารณสุขของกรมบัญชีกลาง ดังนี้

รหัสกรมบัญชีกลาง	รายการ
23999	ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิตอื่นๆ
37999	ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์อื่นๆ
38999	ค่าตรวจทางพยาธิวิทยาอื่นๆ
45999	ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยาอื่นๆ
48999	ค่าบริการเวชศาสตร์นิวเคลียร์อื่นๆ
49999	ค่าบริการรังสีรักษาอื่นๆ
51999	ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ
52999	ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์อื่นๆ
55999	ค่าบริการทางการพยาบาลอื่นๆ
62999	ค่าบริการทางทันตกรรมอื่นๆ
72999	ค่าทำหัตถการ และวิสัญญีอื่นๆ

คำแนะนำในการบันทึกข้อมูล

1) ข้อมูลค่าใช้จ่ายสูงผู้ป่วยนอก (OPHC) ทุกกรณี และข้อมูลอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument) ที่เข้าหลักเกณฑ์ตามแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข หน่วยบริการจะต้องทำการบันทึกข้อมูลในหน้า “ค่าใช้จ่ายสูง [F4] ” หรือ“มะเร็ง [F5]” และ “ ค่ารักษาพยาบาล OP Refer [F8]” ทั้งนี้สำหรับข้อมูลในส่วนอื่น ๆ ให้บันทึกให้ครบถ้วนตามที่กำหนด

2) การบันทึกรายการเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าใช้จ่ายสูงผู้ป่วยนอก (OPHC) ให้บันทึกจำนวนที่ขอเบิกในหน้า“ค่าใช้จ่ายสูง [F4] ” / “มะเร็ง [F5]” ให้ครบถ้วนแล้วนำข้อมูลในหน้าดังกล่าวมาบันทึกซ้ำในหน้า “ค่ารักษาพยาบาล OP Refer [F8]” ทั้งนี้จำนวนเงินที่ขอเบิกในหน้า“ค่าใช้จ่ายสูง [F4] ” / “มะเร็ง [F5]” ต้องเท่ากับหน้า “ค่ารักษาพยาบาล OP Refer [F8]”

ทั้งนี้ ในการบันทึกข้อมูลในหน้า “ค่าใช้จ่ายสูง [F4] ” หรือ“มะเร็ง [F5]”

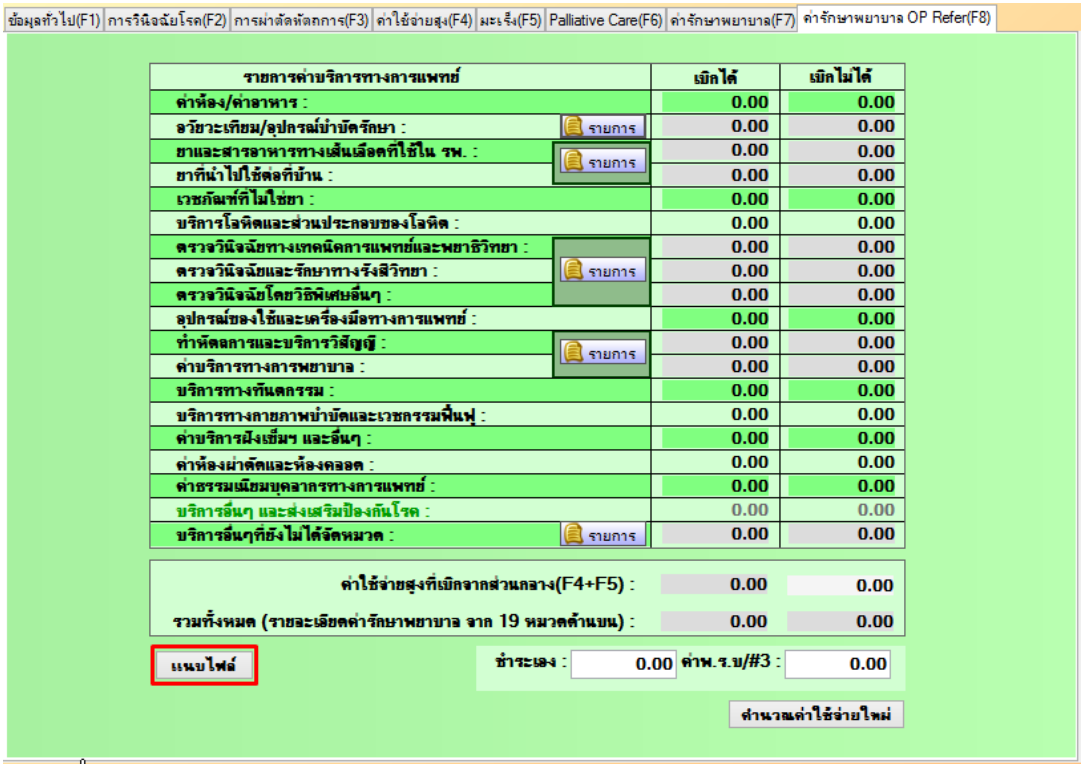
รหัสรายการค่าบริการสาธารณสุขของกรมบัญชีกลาง
สำหรับการบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายสูงผู้ป่วยนอก (OPHC)

ลำดับ	รายการ	รหัสเบิกจ่าย	รหัสกรมบัญชีกลาง
1	การตรวจและกำหนดแผนการรักษาด้วยรังสี	RTX101	49001
2	การจำลองการฉายรังสี 2 มิติ	RTX102	49003/49006
3	การคำนวณตามแผนการรักษา 2 มิติ	RTX103	49002/49008
4	การจำลองการฉายรังสี 3 มิติ	RTX104	49005/49009
5	การคำนวณตามแผนการรักษา 3 มิติ	RTX105	49004/49301
6	การคำนวณตามแผนการรักษาแบบ IMRT	RTX106	49305
7	การทำ Customized block	RTX107	49601
8	การทำอุปกรณ์ยึดอวัยวะในการฉายรังสี (Mask)	RTX108	49602
9	การฉายรังสีด้วยเครื่อง Co-60	RTX201	49101
10	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาคพิเศษ MLC	RTX202	49202

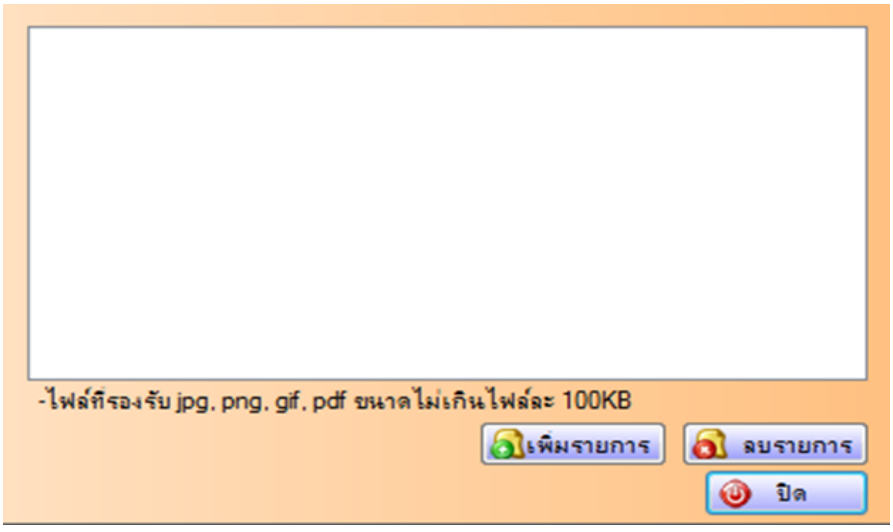
ลำดับ	รายการ	รหัสเบิกจ่าย	รหัสกรมบัญชีกลาง
11	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค	RTX203	49201
12	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค with Electron and MLC	RTX204	49203/49202
13	การฉายรังสี IMRT	RTX205	49306
14	การใส่แร่ซีเซียม-137	RTX206	49401
15	การใส่แร่อิริเดียม-192	RTX207	49402
16	การฝังแร่อิริเดียม-192	RTX208	49403/49404
17	Half Body Irradiation	RTX209	49208
18	การฉายรังสี SRS	RTX210	49302
19	การฉายรังสี SRT	RTX211	49303
20	Total body irradiation	RTX212	49207
21	การฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด (IORT)	RTX213	49501
22	ค่ารักษาด้วยเครื่อง Hyperthermia	RTX214	49999
23	รังสีรักษาในมะเร็งทั่วไป	RTX216	ใช้รหัสตัวใดตัวหนึ่งจากลำดับ 1-23
24	การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) ประเภทชั่วคราว - ใส่สาย Tro cath	-	71620
25	การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) ประเภทชั่วคราว - ค่าปฏิบัติการ 24 ชั่วโมง (Manual)	-	71621
26	การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) ประเภทชั่วคราว - ค่าปฏิบัติการ 24 ชั่วโมง (Machine)	-	71622
27	การล้างไตทางช่องท้องประเภทถาวร (CAPD) - ค่าใส่สาย Tenchkoff (CAPD)	-	71630
28	การล้างไตทางช่องท้องประเภทถาวร (CAPD) - ค่าปฏิบัติการควบคุมและฝึกสอนผู้ป่วย	-	71631
29	การใช้ไตเทียม (Hemodialysis) - Acute Hemodialysis	-	71640
30	การใช้ไตเทียม (Hemodialysis) - Chronic Hemodialysis	-	71641
31	การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูงเพื่อรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ	-	9397/52022

ทั้งนี้สำหรับรายการอื่น ๆ ให้บันทึกให้ครบถ้วนตามที่กำหนด เนื่องจากจำนวนเงินที่สปสช.คำนวณให้หน่วยบริการประจำตามจ่าย จะคำนวณจาก การนำยอดรวมในหน้า “ ค่าใช้จ่ายสูง [F4] ” / “มะเร็ง [F5]” หักยอดรวมในหน้า “ค่ารักษาพยาบาล OP Refer [F8]” ซึ่งจะแตกต่างจากการเบิก OPHC แบบเดิม (กรณีในจังหวัด) เนื่องจากการเบิก OPHC แบบเดิม ยอดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในหน้า“ค่าใช้จ่ายสูง [F4] ” / “มะเร็ง [F5]” จะถูกยกมาที่หน้า “ค่ารักษาพยาบาล [F7]” และหน่วยบริการไม่ต้องบันทึกข้อมูลในส่วนนี้ซ้ำอีก

6.5 การแนบเอกสารผ่านโปรแกรม e-Claim บันทึกโดย click ที่ปุ่ม แนบไฟล์



จะปรากฏหน้าต่างย่อยให้แนบเอกสาร โดยจะรองรับไฟล์สกุล jpg , png , gif , pdf ขนาดไฟล์ไม่เกินไฟล์ 100 KB กดปุ่ม เพิ่มรายการ เพื่อค้นหาไฟล์ที่ต้องการ จากนั้นกดปุ่ม ปิด เมื่อแนบไฟล์ที่ต้องการเรียบร้อยแล้ว แต่ถ้าต้องการยกเลิกไฟล์ที่แนบให้กดปุ่ม ลบรายการ ไฟล์ดังกล่าวจะถูกลบออกจากรายการที่แนบ ดังรูปภาพ



ระบบโปรแกรมสำหรับหน่วยบริการส่งต่อ (หน่วยบริการประจำ)

ขั้นตอนการทำงาน

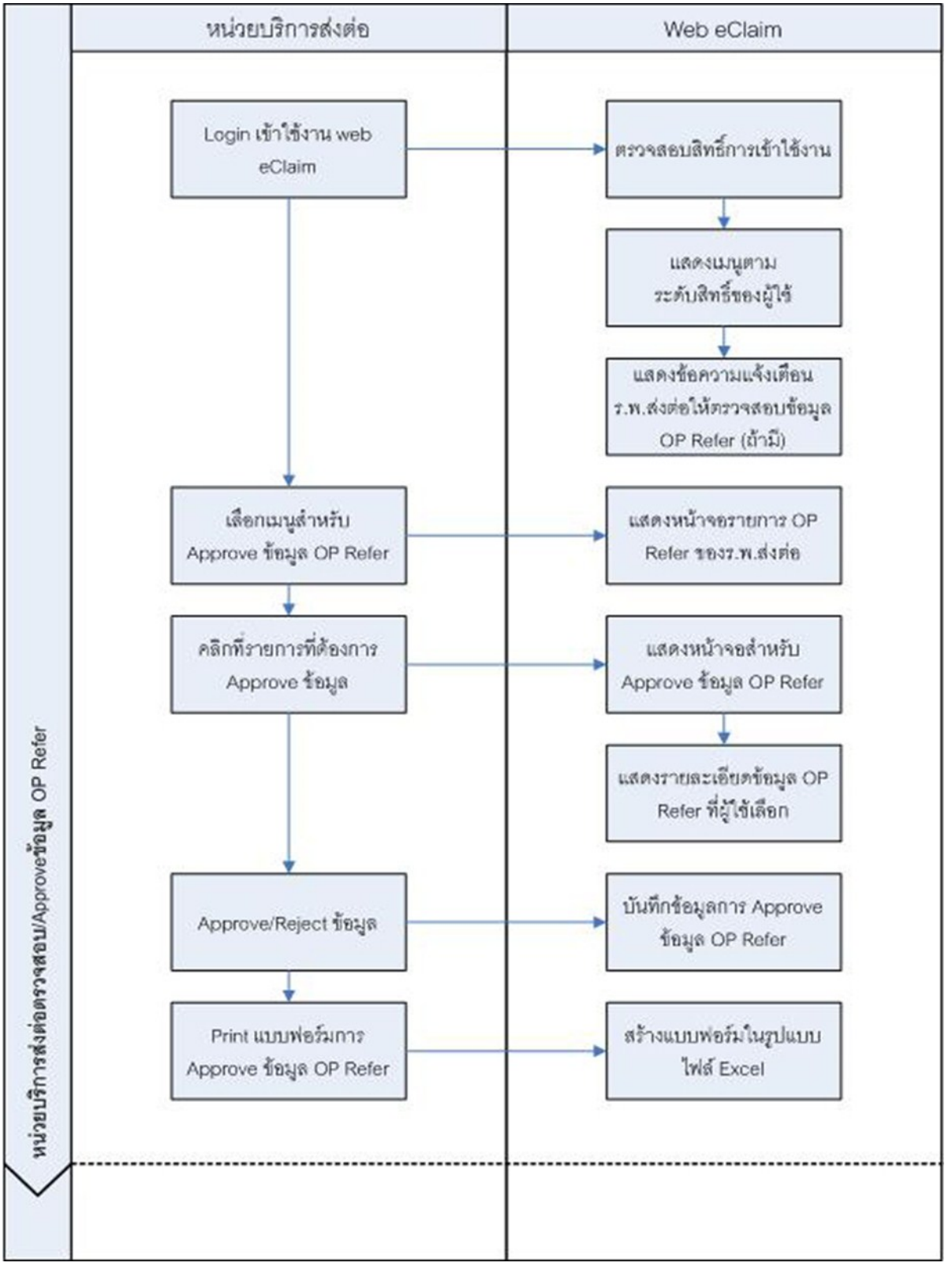
1) หน่วยบริการส่งต่อตรวจสอบข้อมูล / อนุมัติข้อมูล OP Refer

คำอธิบาย

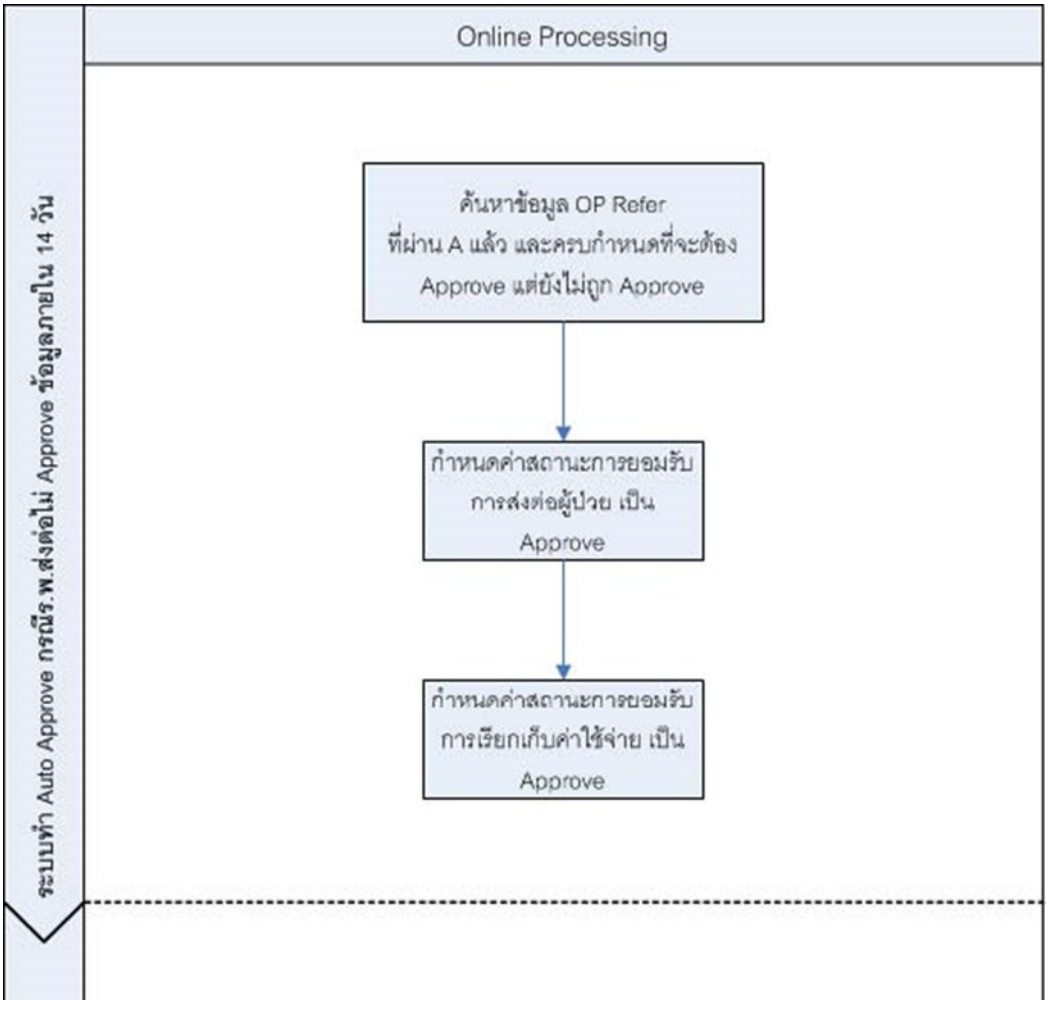
เมื่อหน่วยบริการส่งต่อ Login เข้าสู่ระบบ จะปรากฏข้อความแจ้งเตือนจำนวนผู้ป่วย OP Refer ที่ส่งต่อโดยหน่วยบริการที่ทำการ Login และยังไม่ได้รับการอนุมัติ โดยจะแสดงข้อความ “ผู้ป่วย OP Refer รอการอนุมัติ จำนวน....รายการ (ข้อมูลอัพเดตล่าสุด วันที่ /เดือน/ปีพ.ศ.)”

การอนุมัติข้อมูล ให้คลิกเลือกเมนูรับส่งต่อผู้ป่วยนอก OP Refer ---> อนุมัติข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย ---> ค้นหาข้อมูล ---> เลือกข้อมูลที่ต้องการอนุมัติ ---> บันทึกสถานะการอนุมัติ

การพิมพ์แบบฟอร์ม การขออนุมัติ ให้คลิกเลือกรับส่งต่อผู้ป่วยนอก OP Refer ---> อนุมัติข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย---> ค้นหาข้อมูล ---> คลิกเลือกรายละเอียดข้อมูลที่ต้องการ ---> คลิกปุ่มพิมพ์แบบฟอร์ม (Print Form)


หน่วยบริการส่งต่อ
Web eClaim
หน่วยบริการส่งต่อตรวจสอบ/Approveข้อมูล OP Refer
Login เข้าใช้งาน web eClaim
ตรวจสอบสิทธิ์การเข้าใช้งาน
แสดงเมนูตาม ระดับสิทธิ์ของผู้ใช้
แสดงข้อความแจ้งเตือน ร.พ.ส่งต่อให้ตรวจสอบข้อมูล OP Refer (ถ้ามี)
เลือกเมนูสำหรับ Approve ข้อมูล OP Refer
แสดงหน้าจอรายการ OP Refer ของร.พ.ส่งต่อ
คลิกที่รายการที่ต้องการ Approve ข้อมูล
แสดงหน้าจอสำหรับ Approve ข้อมูล OP Refer
แสดงรายละเอียดข้อมูล OP Refer ที่ผู้ใช้เลือก
Approve/Reject ข้อมูล
บันทึกข้อมูลการ Approve ข้อมูล OP Refer
Print แบบฟอร์มการ Approve ข้อมูล OP Refer
สร้างแบบฟอร์มในรูปแบบไฟล์ Excel

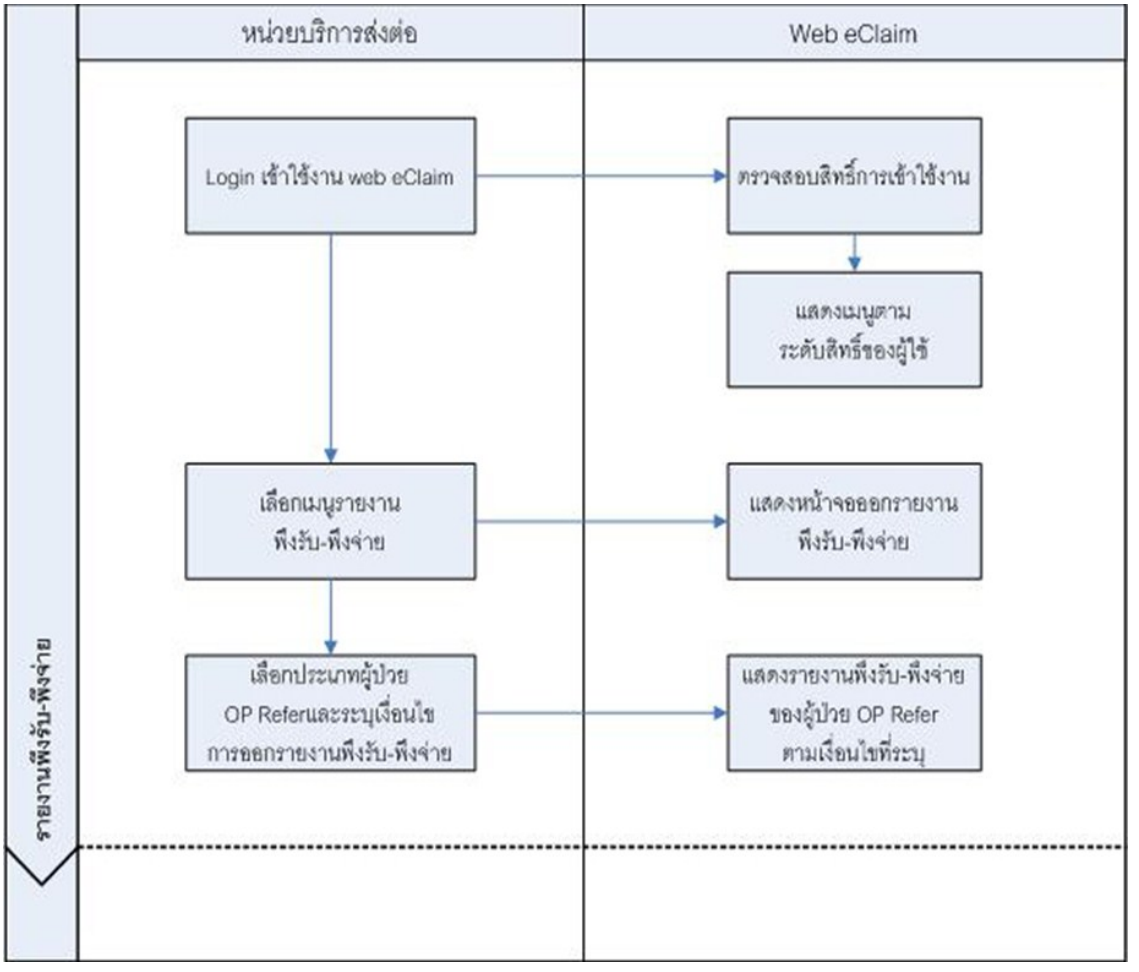
2) Auto Approve ข้อมูล OP Refer



คำอธิบาย

หลังจากระบบ Online Processing ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลรายวันแล้ว จะทำการค้นหาข้อมูล OP Refer ที่ผ่าน A และครบกำหนดที่จะต้องอนุมัติ (**ภายใน 14 วัน นับจากวันตัดยอดข้อมูล**) แต่ยังไม่ได้รับการอนุมัติ จากนั้นระบบจะทำการปรับปรุงสถานะอนุมัติการส่งต่อและสถานะการจ่ายเงิน ให้เป็น **อนุมัติ** ทั้งหมด

3) ออกรายงานการส่งข้อมูลรายเดือน และรายงานการจ่ายชดเชย (พึงรับ-พึงจ่าย) (Statement)



<u>คำอธิบาย</u>

เมื่อเจ้าหน้าที่หน่วยบริการ Login เข้าสู่ระบบ ระบบจะตรวจสอบสิทธิ์ในการเข้าใช้งาน หากเป็นผู้มีสิทธิ์ จะแสดงเมนู OP Refer จากนั้นให้ดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

- เลือกเมนูรายงานพึงรับ-พึงจ่าย ระบบจะแสดงหน้าจอรายงานพึงรับ-พึงจ่าย
- เลือกเงื่อนไขในการออกรายงาน คลิกออกรายงาน ระบบแสดงรายงานพึงรับ-พึงจ่าย

4) คู่มือการใช้งาน Web e-Claim กรณีการรับส่งต่อผู้ป่วยนอก สำหรับหน่วยบริการส่งต่อ

4.1) Login

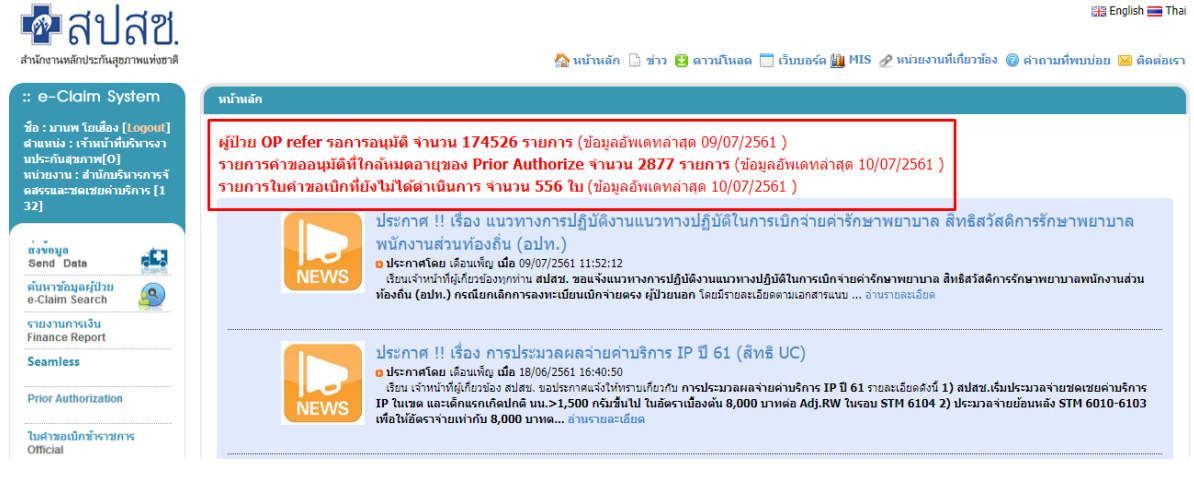


ภาพหน้าจอแสดง Website e-Claim

<u>ขั้นตอนการ Login</u>

1. กรอกชื่อผู้ใช้ในช่อง “Username”
2. กรอกรหัสผ่านในช่อง “Password”
3. คลิกปุ่ม “Login” เมื่อต้องการเข้าสู่ระบบ
4. คลิกปุ่ม “Cancel” เมื่อต้องการยกเลิกการเข้าระบบ

หลังจากระบบตรวจสอบความถูกต้องของชื่อผู้ใช้และรหัสผ่านแล้ว จะแสดงหน้าจอหลักซึ่งมีเมนูตามระดับสิทธิ์ของผู้ใช้ และแสดงจำนวนข้อมูลผู้ป่วย OP Refer ที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว (ผ่าน A) แต่ยังไม่ผ่านการอนุมัติจากหน่วยบริการส่งต่อ (หน่วยบริการที่ Login) ดังรูปภาพ

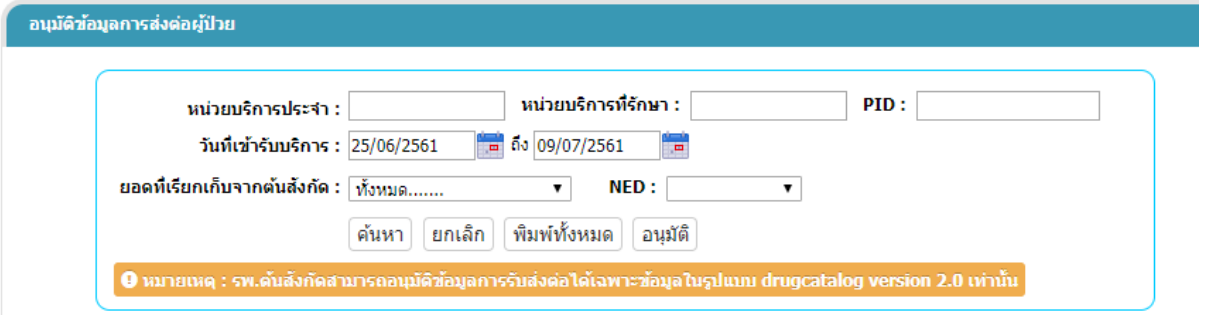


ภาพหน้าจอหลักแสดงข้อมูลผู้ป่วย OP Refer

4.2) การพิจารณาอนุมัติข้อมูลการส่งต่อ

ผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงเมนู “อนุมัติข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย” โดย Login เข้าสู่ระบบ -> รับส่งต่อผู้ป่วยนอก OP Refer -> อนุมัติข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย เมื่อเข้าสู่เมนู “อนุมัติข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย”จะปรากฏหน้าจอสำหรับค้นหาข้อมูลผู้ป่วย ดังรูปภาพที่ 14 ซึ่งประกอบด้วยส่วนของการค้นหาทั้งหมด 6 เงื่อนไข คือ

- หน่วยบริการประจำ
- หน่วยบริการที่รักษา
- PID
- วันที่เข้ารับบริการ
- ยอดที่เรียกเก็บจากต้นสังกัด
- เบิกยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ(NED)



ภาพหน้าจออนุมัติการส่งต่อผู้ป่วย

ตัวอย่าง เมื่อระบุหน่วยบริการที่รับส่งต่อ “11261”, PID “XXXXXXXXXXXXX” แล้วกดปุ่มค้นหา จะได้ผลของการค้นหาข้อมูล ดังรูปภาพ

No.	TRAN_ID	เลขที่ใบรับส่งต่อ	หน่วยบริการที่รับรักษา (Hcode)	หน่วยบริการประจำ (Hmain2)	หน่วยบริการที่ส่งต่อ (Href)	HN	PID	ชื่อ-นามสกุล	วันที่รับบริการ	โรคหลัก (Pdx.)	ยอดรวมค่าใช้จ่าย (1)	เรียกเก็บจาก สปสช. (2)	รายการOPREF (3)	เรียกเก็บจากต้นสังกัด (4 = 1-2-3)	ปรับลดเหลือสุทธิ	NED	จ่าย NED	CUP/ จ่ายเกิน <=1600	กองทุน OPREF > 1600	ยอมรับการจ่าย: อนุมัติ	ยอมรับการจ่าย: ปฏิเสธ	ผลการพิจารณา	ผู้อนุมัติ	รายละเอียด
1		2179/61	14972 รพ.มหาวิทยาลัยนเรศวร	11261 รพ.โพทะเล	11261 โพทะเล,รพท.				25610625	K635	3,707.00	0.00	0.00	3,707.00	3,707.00	0.00	0.00	1600.0	2107.0			รอดำเนินการ	-	View
2		2745/61	14972 รพ.มหาวิทยาลัยนเรศวร	11261 รพ.โพทะเล	11261 โพทะเล,รพท.				25610625	I219	2,030.00	0.00	0.00	2,030.00	2,030.00	0.00	0.00	1600.0	430.0			รอดำเนินการ	-	View
3		1966/61	14972 รพ.มหาวิทยาลัยนเรศวร	11261 รพ.โพทะเล	11261 โพทะเล,รพท.				25610625	C900	527.25	0.00	0.00	527.25	367.25	0.00	0.00	367.25	0.0			รอดำเนินการ	-	View
4		11261-1-61004424	14171 รพ.จิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	11261 รพ.โพทะเล	11261 โพทะเล,รพท.				25610625	F062	1,850.00	0.00	0.00	1,850.00	700.00	0.00	0.00	700.0	0.0			รอดำเนินการ	-	View
5		2149	14171 รพ.จิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	11261 รพ.โพทะเล	11261 โพทะเล,รพท.				25610628	F322	755.00	0.00	0.00	755.00	700.00	0.00	0.00	700.0	0.0			รอดำเนินการ	-	View

ภาพแสดงผลการค้นหาข้อมูล

การอนุมัติข้อมูลผู้ป่วย สามารถทำได้ 2 วิธี ดังนี้

1) อนุมัติข้อมูลครั้งละมากกว่า 1 ราย

1.1 ค้นหาข้อมูลผู้ป่วยตามเงื่อนไขที่ต้องการ จะได้ผลของการค้นหาข้อมูล ดังรูปภาพ

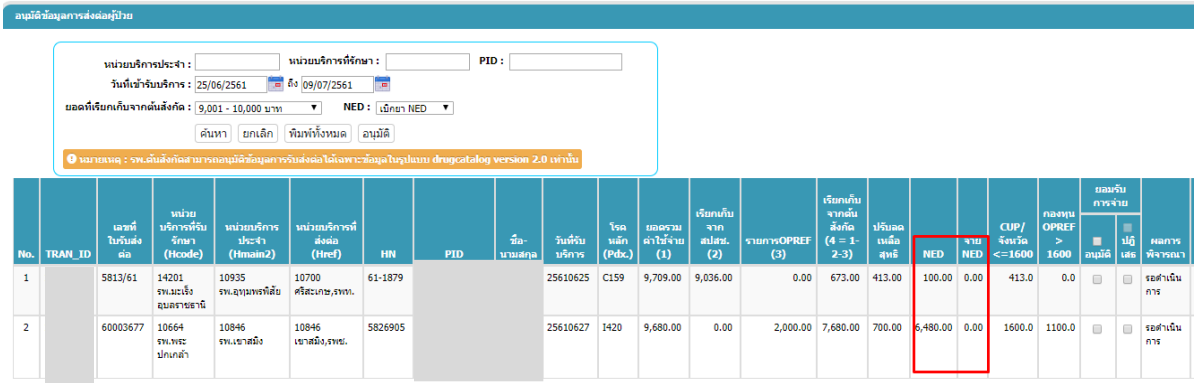
1.2 สามารถ Filter ข้อมูลตามยอดเรียกเก็บ โดยเลือกช่วงของยอดเรียกเก็บที่ต้องการ จาก Dropdown ในช่องยอดที่เรียกเก็บจากต้นสังกัด

1.3 สามารถ Filter ข้อมูลที่มีการเรียกเก็บค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยเลือกเบิก/ไม่เบิกยา NED จาก Dropdown ในช่อง NED

1.4 กรณีที่ต้องการอนุมัติข้อมูลทุกรายการ ให้คลิกเลือก “อนุมัติการส่งต่อและการจ่ายทั้งหมด”

1.5 กรณีที่ต้องการอนุมัติบางรายการ ให้คลิกเลือกที่ Checkbox อนุมัติจ่ายของรายการที่ต้องการอนุมัติ

1.6 คลิกปุ่ม “ตกลง” เพื่ออนุมัติข้อมูลการรับส่งต่อ



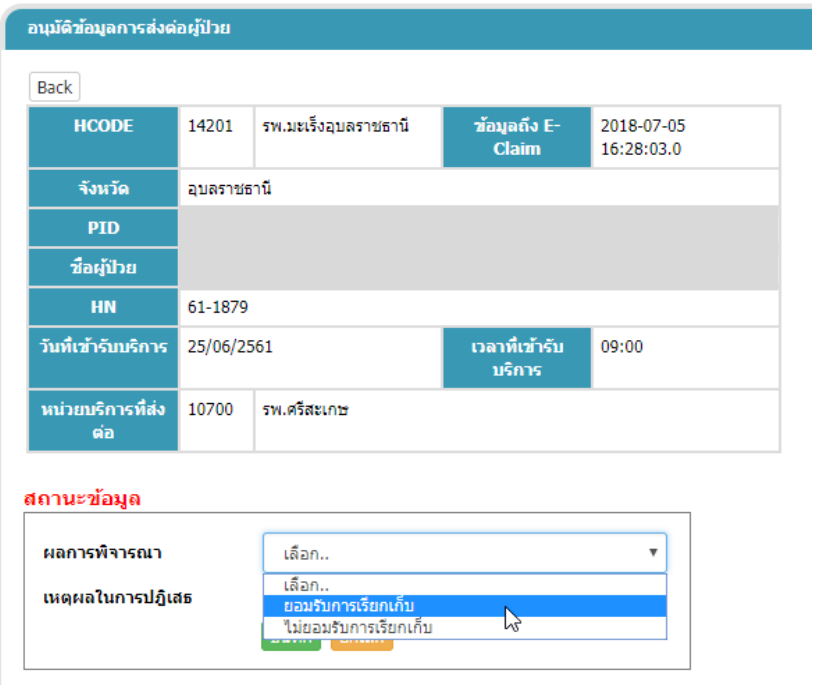
ภาพหน้าจอแสดงผลการ Filter ข้อมูลตามเงื่อนไขการค้นหา

2) อนุมัติข้อมูลรายบุคคล

2.1) ค้นหาข้อมูลตามเงื่อนไขที่ต้องการ

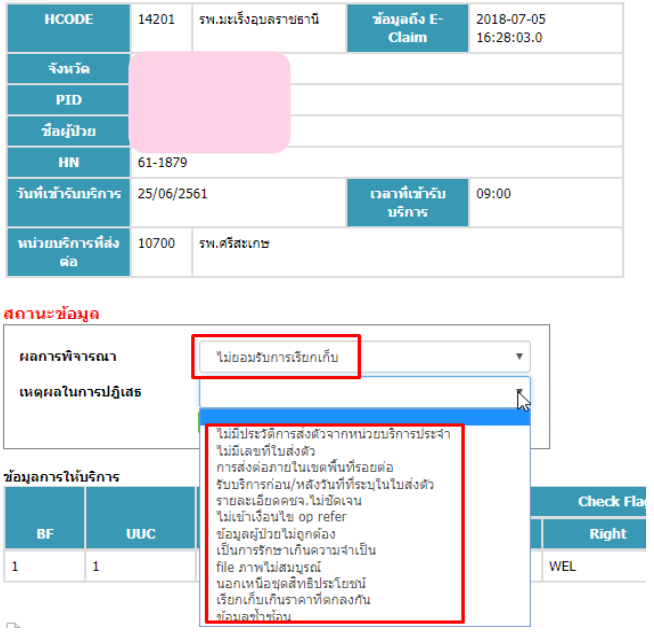
2.2) คลิกปุ่ม View ในรายการที่ต้องการ ระบบจะแสดงหน้าจอรายละเอียดข้อมูลของผู้ป่วยรายที่เลือก ดังรูปภาพ

2.3) กรณีอนุมัติการส่งต่อ ให้เลือก “ยอมรับการเรียกเก็บ” จากนั้นกดปุ่ม Submit ดังรูปภาพ



ภาพแสดงการอนุมัติข้อมูลการส่งต่อ

2.4) กรณีปฏิเสธการส่งต่อ ให้เลือก “เหตุผลในการปฏิเสธ” จาก Dropdown ระบบจะปรับสถานะการเรียกเก็บให้เป็น “ไม่ยอมรับการเรียกเก็บ” โดยอัตโนมัติ จากนั้นคลิกที่ปุ่ม Submit ดังรูปภาพ



ภาพแสดงการปฏิเสธไม่ยอมรับการเรียกเก็บ

กรณีเจ้าหน้าที่ไม่มีอำนาจในการพิจารณาอนุมัติ / ไม่อนุมัติข้อมูล สามารถพิมพ์รายละเอียดของการรับบริการของผู้ป่วยรายนั้น ๆ โดยกดปุ่ม **Print Form** ดังรูปภาพ เพื่อสั่งพิมพ์แบบฟอร์มการขออนุมัติการรับส่งต่อผู้ป่วยนอก รายละเอียดตามตัวอย่าง 2.5) เพื่อเสนอแก่ผู้มีอำนาจในการพิจารณาอนุมัติ / ไม่อนุมัติข้อมูล จากนั้นจึงนำเอกสารที่ผ่านการพิจารณาบันทึกลงในโปรแกรม

(1)ยอดรวมค่าใช้จ่าย	
(2)ค่าใช้จ่ายสูง	
(3)171 รายการ	
(4)ชำระเอง	
(5)ค่า พ.ร.บ.	
เข้าเกณฑ์ OPREFER (1)-((2)+(4)+(5))	
ยอดหลังปรับลด	
ชดเชยสุทธิ - ต้นสังกัด - สปสช.	

Print Print Form

ภาพการสั่งพิมพ์แบบฟอร์มการขออนุมัติการรับส่งต่อผู้ป่วยนอก

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายละเอียดการให้บริการสาธารณสุข กรณีรับส่งต่อผู้ป่วยนอก

ค่ารักษาพยาบาล

รายการค่าบริการทางการแพทย์

รายการ	จำนวนเงิน	
	เบิกได้	เบิกไม่ได้
ค่าห้อง/ค่าอาหาร	0.00	0.00
อวัยวะเทียม / อุปกรณ์บำบัดรักษา	0.00	0.00
ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในรพ.	0.00	0.00
ยาที่นำไปใช้ต่อที่บ้าน	3,999.00	0.00
เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	0.00	0.00
บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต	0.00	0.00
ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา	0.00	0.00
ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา	5,400.00	0.00
ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ	0.00	0.00
ทำหัตถการและบริการวิสัญญี	0.00	0.00
อุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์	0.00	0.00
ค่าบริการทางการพยาบาล	310.00	0.00
ค่าบริการทางทันตกรรม	0.00	0.00
บริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู	0.00	0.00
บริการสิ่งเข็ม	0.00	0.00
ค่าห้องค่าตัดและห้องคลอด	0.00	0.00
ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์	0.00	0.00
บริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด	0.00	0.00

(1)ยอดรวมค่าใช้จ่าย	9,709.00
(2)ค่าใช้จ่ายสูง	9,036.00
(3)171 รายการ	0.00
(4)ชำระเอง	0.00
(5)ค่า พ.ร.บ.	0.00
เข้าเกณฑ์ OPREFER (1)-((2)+(4)+(5))	673.00
ยอดหลังปรับลด	413.00
ชดเชยสุทธิ - ต้นสังกัด - สปสช.	413.00 0.00

ผลการพิจารณา

- ☐ อนุมัติการจ่าย
- ☐ ไม่อนุมัติการจ่าย(ระบุเหตุผล)
  - ☐ ไม่มีประวัติการส่งตัวจากหน่วยบริการประจำ
  - ☐ ไม่มีเลขที่ใบส่งตัว
  - ☐ การส่งต่อภายในเขตพื้นที่รอยต่อ
  - ☐ รับบริการก่อน/หลังวันที่ระบุในใบส่งตัว
  - ☐ รายละเอียดคลจ.ไม่ชัดเจน
  - ☐ ไม่เข้าเงื่อนไข op refer
  - ☐ ข้อมูลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง
  - ☐ เป็นการรักษาเกินความจำเป็น
  - ☐ file ภาพไม่สมบูรณ์
  - ☐ นอกเหนือชุดสิทธิประโยชน์
  - ☐ เรียกเก็บเกินราคาที่ตกลงกัน
  - ☐ ข้อมูลซ้ำซ้อน

(----------)

ตำแหน่ง ----------

วัน/เดือน/ปี ที่อนุมัติ ----------

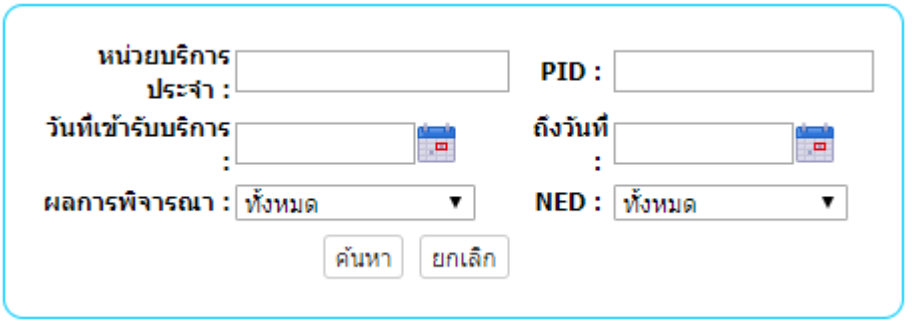
ภาพแบบฟอร์มการขออนุมัติการรับส่งต่อผู้ป่วยนอก

4.3 ตรวจสอบสถานะการอนุมัติการรับส่งต่อผู้ป่วย

ผู้ใช้สามารถเข้าถึงเมนู ตรวจสอบสถานะการอนุมัติการรับส่งต่อผู้ป่วยได้ โดย Login เข้าสู่ระบบ -> รับส่งต่อผู้ป่วยนอก OP Refer -> ตรวจสอบสถานะการอนุมัติข้อมูลการรับส่งต่อผู้ป่วย

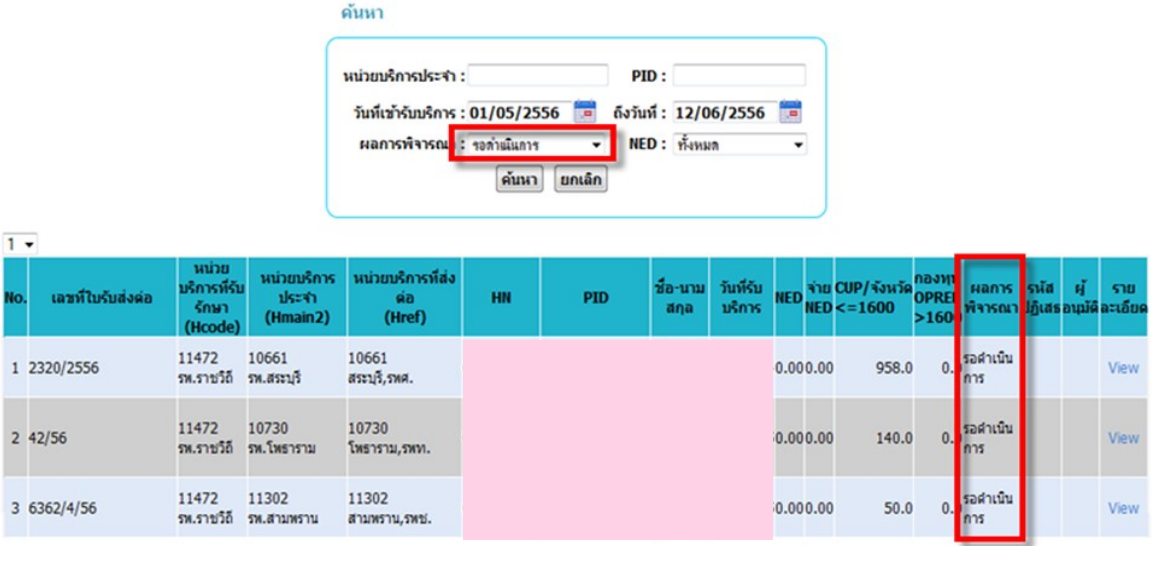
เมื่อเข้าสู่เมนู ตรวจสอบสถานะการอนุมัติข้อมูลการรับส่งต่อผู้ป่วย จะปรากฏหน้าจอสำหรับค้นหาข้อมูลผู้ป่วย ดังรูปภาพ ซึ่งประกอบด้วยส่วนของการค้นหาทั้งหมด 5 เงื่อนไข คือ

- หน่วยบริการประจำ
- PID
- วันที่เข้ารับบริการ
- ผลการพิจารณา
- เบิกยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ(NED)



ภาพหน้าจอตรวจสอบสถานะการอนุมัติข้อมูลการรับส่งต่อผู้ป่วย

ตัวอย่าง เมื่อระบุสถานะเป็น “รอดำเนินการ” สถานะการจ่ายเงินเป็น “รอดำเนินการ” แล้วกดค้นหา ระบบจะแสดงผลการค้นหา ดังรูปภาพ



ภาพหน้าจอแสดงผลการค้นหาข้อมูลจากสถานะ

รายงานการส่งข้อมูลรายเดือน (Statement)

รายงานการส่งข้อมูลรายเดือน (Statement) เป็นรายงานการส่งข้อมูล และการจ่ายชดเชยรายเดือน โดยผู้ใช้สามารถเข้าถึงเมนูรายงาน ฯ ได้ โดย

Login เข้าสู่ระบบ -> รับส่งต่อผู้ป่วยนอก OP Refer -> รายงานพึงรับ – พึงจ่าย

เมื่อเข้าสู่เมนู รายงานพึงรับ - พึงจ่าย จะมีหน้าจอสำหรับออกรายงานพึงรับ - พึงจ่าย ดังรูปภาพ ซึ่งประกอบด้วยส่วนของการค้นหาซึ่งมีเงื่อนไขที่ต้องเลือกทั้งหมด 7 เงื่อนไข คือ

1. ประเภท มีให้เลือก 2 รายการคือ
   1.1 พึงรับ สำหรับหน่วยบริการรับส่งต่อ (หน่วยบริการที่รักษา)
   1.2 พึงจ่าย สำหรับหน่วยบริการส่งต่อ (หน่วยบริการประจำ)
2. เขต
3. จังหวัด
4. โรงพยาบาล
5. งวด STM
6. ประเภทข้อมูล
   - ข้อมูลปกติ
   - ข้อมูลอุทธรณ์
7. ปีงบ



ภาพหน้าจอสำหรับออกรายงานพึงรับ-พึงจ่าย (statement)

งวด STM 6106	จำนวน Visit	รายงานรายบุคคล	รายงานแบบสรุป	รายงานแบบสรุปรายหน่วยบริการ	รายงานปฏิเสธการจ่าย
พฤศจิกายน 58	3	download		download	download
เมษายน 59	1	download		download	download
สิงหาคม 59	1	download		download	download
ตุลาคม 59	3	download		download	download
พฤศจิกายน 59	11	download		download	download
ธันวาคม 59	6	download		download	download
มกราคม 60	10	download		download	download
กุมภาพันธ์ 60	1463	download		download	download
มีนาคม 60	766	download		download	download
เมษายน 60	261	download		download	download
พฤษภาคม 60	324	download		download	download
มิถุนายน 60	286	download		download	download

ภาพหน้าจอรายงานพึงรับ-พึงจ่าย (statement) หลังระบุเงื่อนไขการออกรายงานที่ต้องการแล้ว

ออกรายงานวันที่ 10/07/2561 เวลา 14:02

รายงานการรักษาผู้ป่วยของหน่วยบริการ (พึงรับ) กรณีรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด ประจำเดือน พฤศจิกายน ปี 2558

เลขที่เอกสาร OPF_DSL_O_5811_76

ข้อมูลทั่วไป															ยอดรวมค่าใช้จ่าย (เฉพาะเบิกได้)	เข้าเกณฑ์ central reimburse	
REP	NO.	TRAN_ID	HN	PID	ชื่อ	ว/ด/ป ที่รับบริการ	เลขที่ใบส่งต่อ	หน่วยบริการ			DX.	Proc.	DMIS	HMAIN3	DAR		กรณี	จำนวนเงิน
								รักษา (Hcode)	ประจำ (Hmain2)	รับส่งต่อ (Href)								
5801089	1					09/11/2558	3813/58	22737 รพ.จุฬาภรณ์	11015 รพ.กุมภวาปี	10671 อุดรธานี,รพศ.	C310 Z510	9224	0	-	-	6,270.00	HC02 VM02	4,000.00 .00
5801161	2					18/11/2558	5812163	22737 รพ.จุฬาภรณ์	11295 รพ.อู่ทอง	11295 อู่ทอง ,รพช.	C509	5794 8801 8741	0	-	-	16,100.50	VM02	.00
5801196	3					25/11/2558	44651/58	22737 รพ.จุฬาภรณ์	10760 รพ.ปากเกร็ด	10760 ปากเกร็ด,รพช.	C341 C784 I829 I10	8744	0	-	-	30,651.00	VM02	.00

ชดเชยสุทธิ (บาท)	ชำระจาก	ค่าห้อง/ค่าอาหาร		อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา		ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในรพ.		ยาที่นำไปใช้ต่อที่บ้าน		เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา		บริการโลหิตและองค์ประกอบของโลหิต		ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา	
		เบิกได้	เบิกไม่ได้	เบิกได้	เบิกไม่ได้	เบิกได้	เบิกไม่ได้	เบิกได้	เบิกไม่ได้	เบิกได้	เบิกไม่ได้	เบิกได้	เบิกไม่ได้	เบิกได้	เบิกไม่ได้
4000	สปสช. (NHSO)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0	สปสช. (NHSO)	0.00	0.00	0.00	0.00	20.50	0.00	0.00	0.00	30.00	168.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0	สปสช. (NHSO)	0.00	0.00	0.00	0.00	29,121.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,260.00	0.00

ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู		ค่าบริการฝังเข็ม		ค่าห้องผ่าตัดและห้องคลอด		ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์		บริการอื่นๆ และส่งเสริมป้องกันโรค		บริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด		ปฏิเสธการจ่าย (deny)	Deny			
เบิกได้	เบิกไม่ได้	เบิกได้	เบิกไม่ได้	เบิกได้	เบิกไม่ได้	เบิกได้	เบิกไม่ได้	เบิกได้	เบิกไม่ได้	เบิกได้	เบิกไม่ได้		HC	AE	INST	DMIS
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	C	-	-	-	
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-	-	-	
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	75.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-	-	-	

ภาพตัวอย่างรายงานพึงรับ-พึงจ่าย (statement) รายงานรายบุคคล

8) กรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย

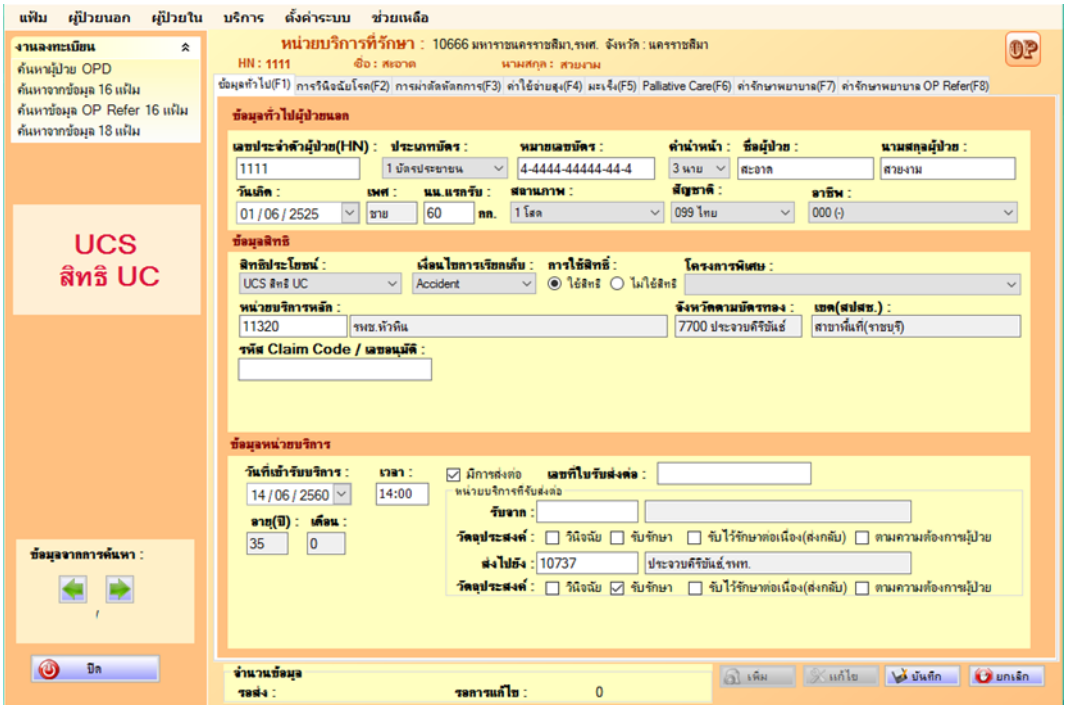
บันทึกข้อมูลการรับส่งต่อ ดังนี้

ผู้ป่วยนอก บันทึกในหน้า F1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยนอก บันทึกข้อมูลการรับส่งต่อให้ครบถ้วน ดังนี้

1) คลิกในสี่เหลี่ยม “มีการส่งต่อ”

2) บันทึกหน่วยบริการที่ส่งต่อมา (รับจาก) หรือ หน่วยบริการที่ส่งต่อ (ส่งไปยัง)

3) ระบุวัตถุประสงค์ในการส่งต่อ



ภาพการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ

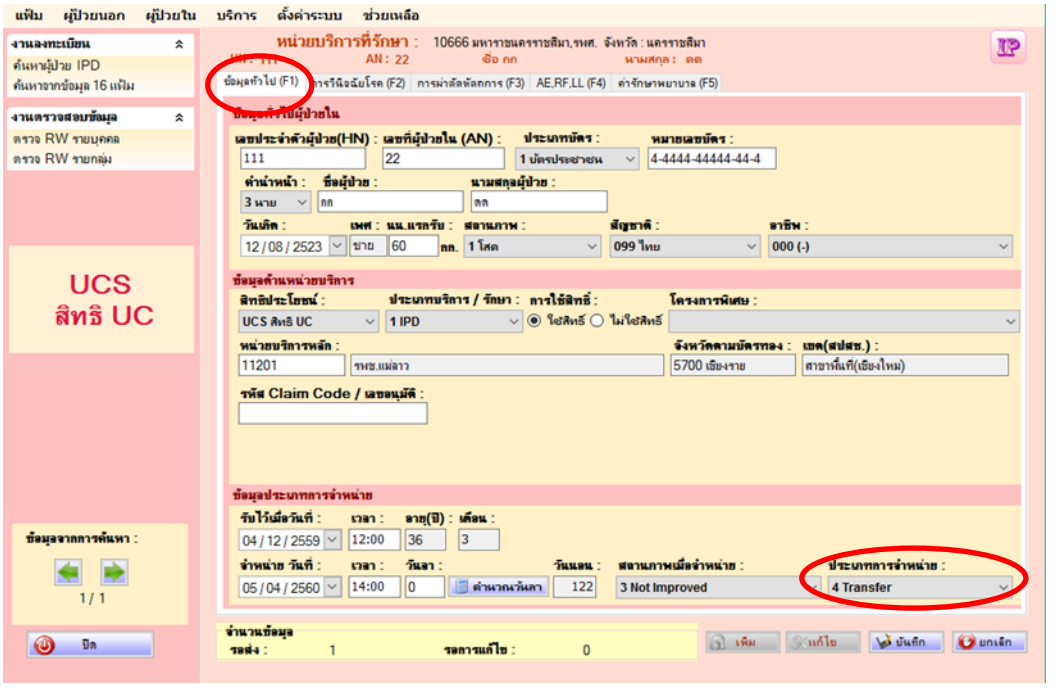
ผู้ป่วยใน บันทึกข้อมูลการรับส่งต่อในหน้า F1 และ F4 AE/RF/LL ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป F1 ระบุประเภทการจำหน่ายเป็น Transfer

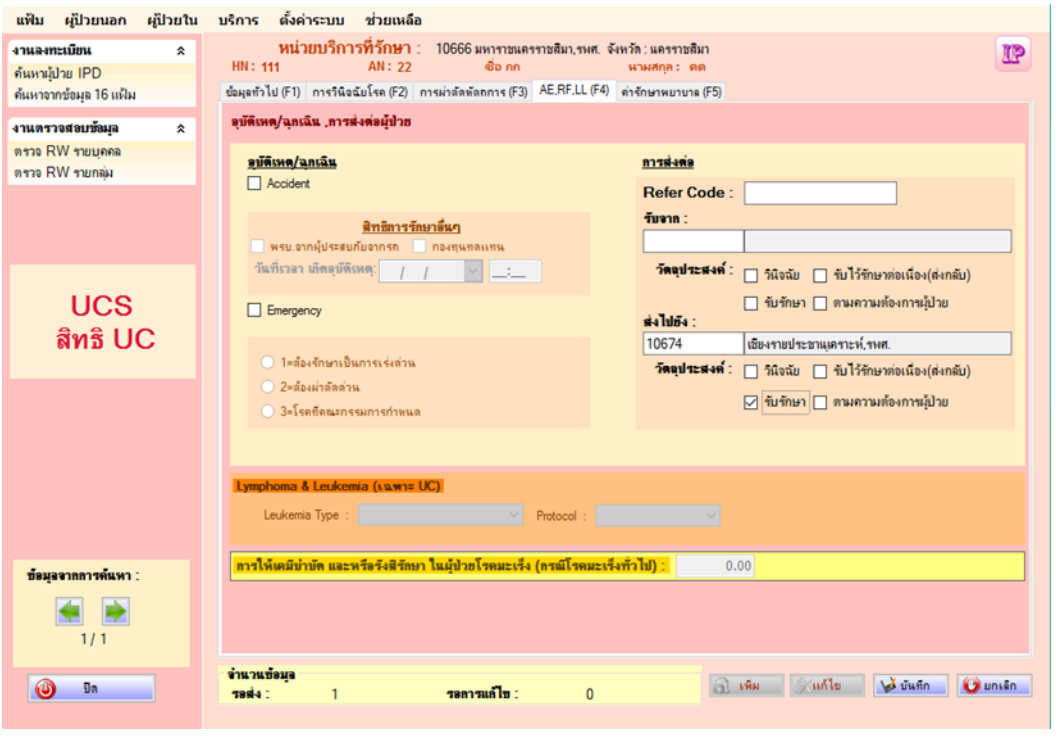
2. ข้อมูลการรับ-ส่งต่อ หน้า F4 AE/RF/LL

   - บันทึกหน่วยบริการที่ส่งต่อมา (รับจาก) หรือ หน่วยบริการที่ส่งต่อ (ส่งไปยัง)

   - ระบุวัตถุประสงค์ในการส่งต่อ

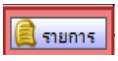


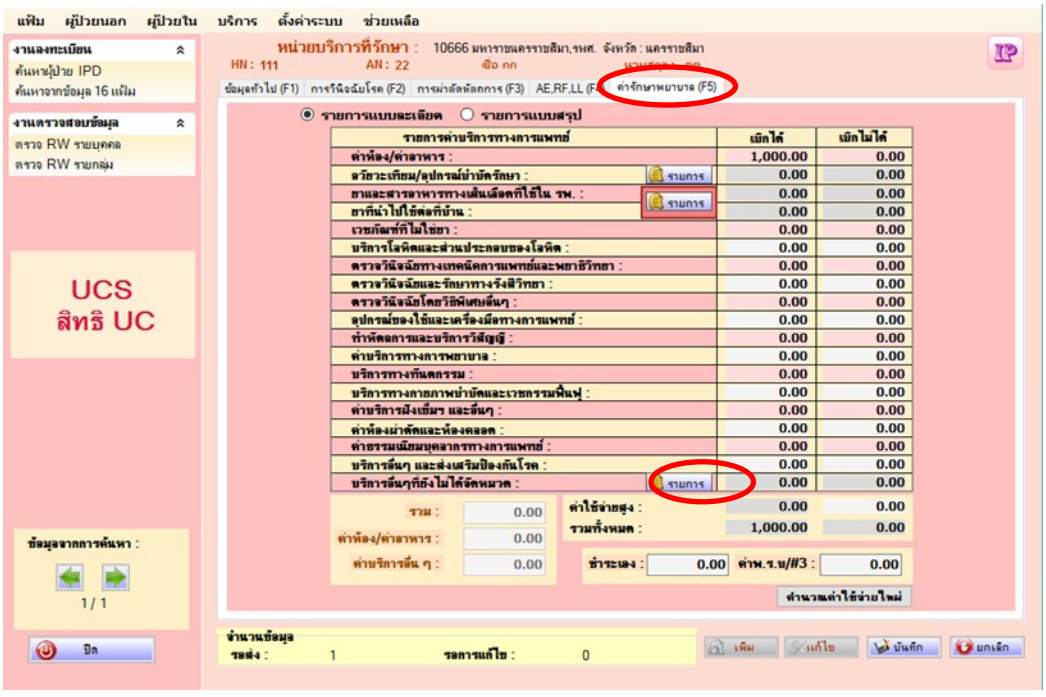
ภาพที่ 21 แสดงการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ



ภาพการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ

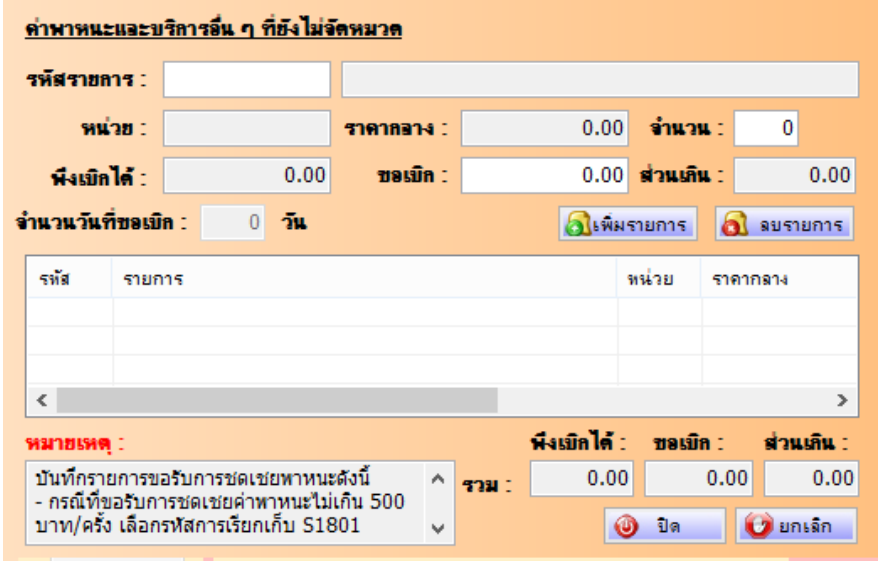
2. บันทึกเบิกค่าพาหนะรับส่งต่อ ในหน้าค่ารักษาพยาบาล ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ในช่องบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด

2.1 กดปุ่ม 



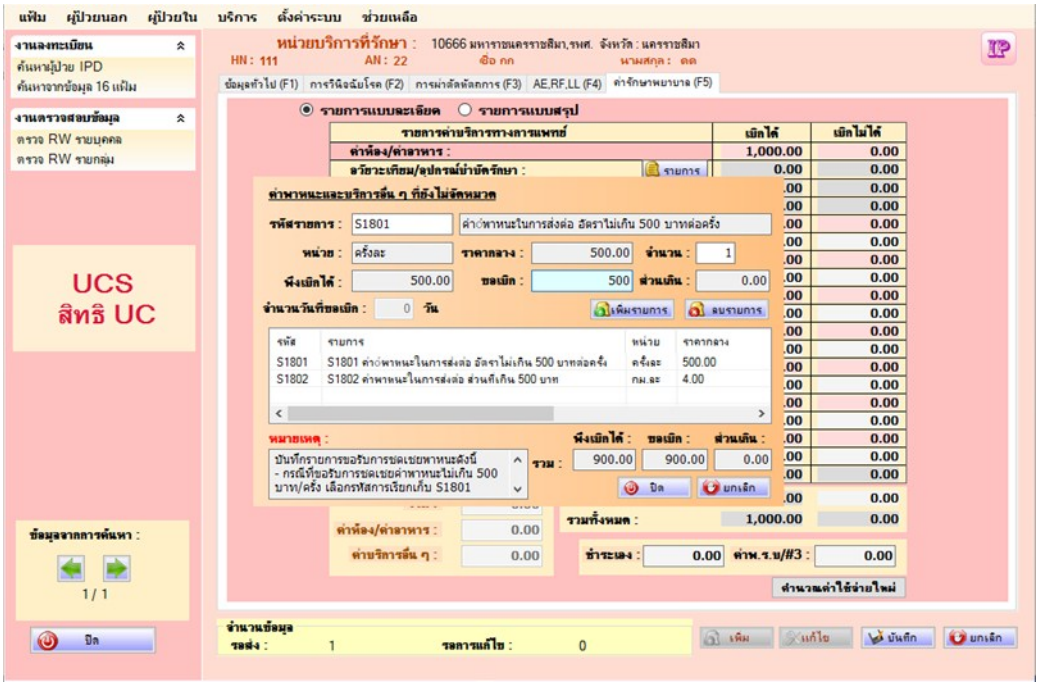
ภาพการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ

2.2 ปรากฏหน้าจอสำหรับบันทึกรหัสเบิก

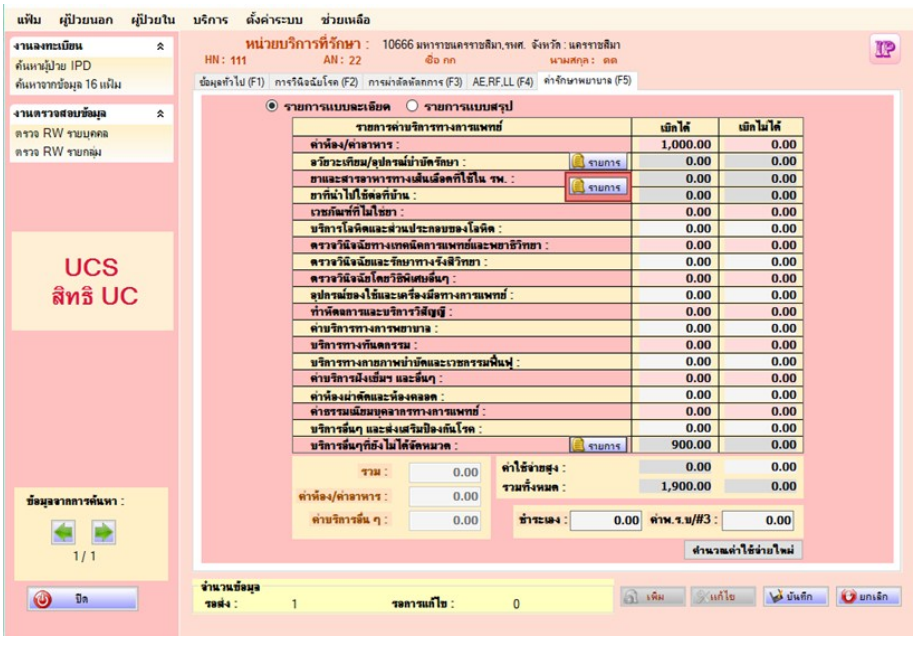


ภาพการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ

- บันทึกรหัสเบิก S1801 ระยะ 50 กม.แรกไม่เกิน 500 บาท กรณีเกิน 50 กม.ตามด้วยบันทึกรหัส S1802 บันทึกระยะทางตาม กม.ไปกลับ



ภาพการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ



ภาพการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ

2.3 บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน

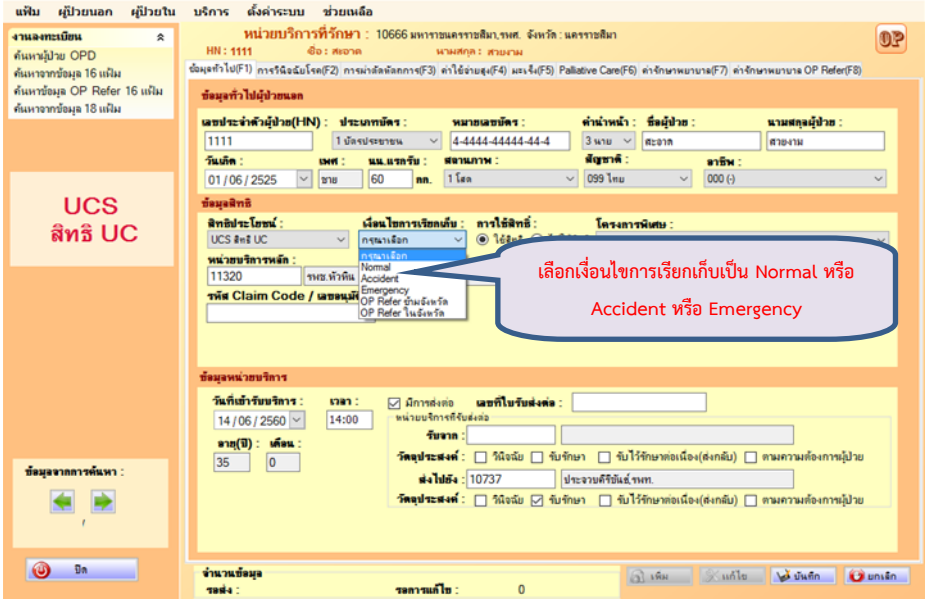
9) การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

(1) กรณีผู้มีสิทธิที่ไม่มีหน่วยบริการประจำ (สิทธิว่าง) เมื่อหน่วยบริการได้ให้บริการแล้ว

1. ผู้ป่วยนอก ข้อมูลทั่วไป (F1) เลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บเป็น Normal Accident หรือ Emergency ตามอาการของผู้ป่วย ตามภาพ

2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน ในทุกหน้าเมนู

3. ผู้ป่วยใน บันทึกทุกหน้าเมนูเหมือนกรณีผู้ป่วยในปกติ

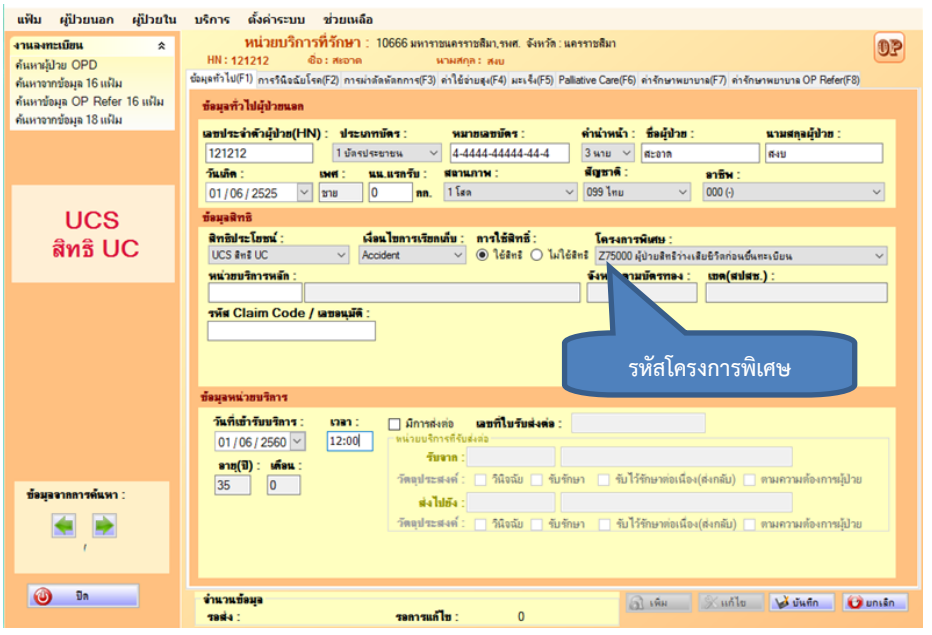


ภาพการบันทึกข้อมูลกรณีสิทธิว่าง

10) การให้บริการผู้ป่วยสิทธิว่างที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน

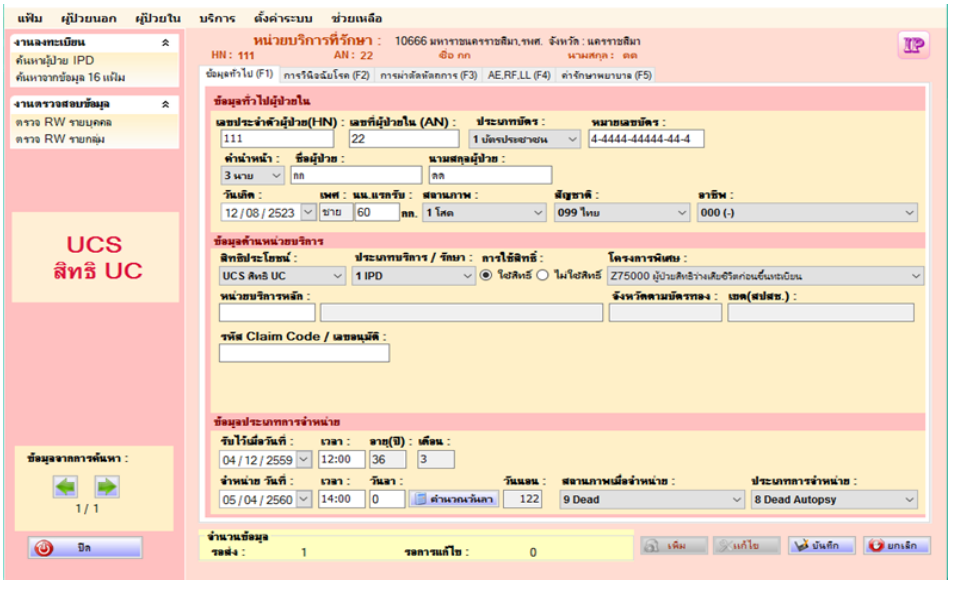
1. บันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z75000 ในหน้า F1 ข้อมูลทั่วไปทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยนอก



ภาพการบันทึกรหัสโครงการพิเศษ

ผู้ป่วยใน



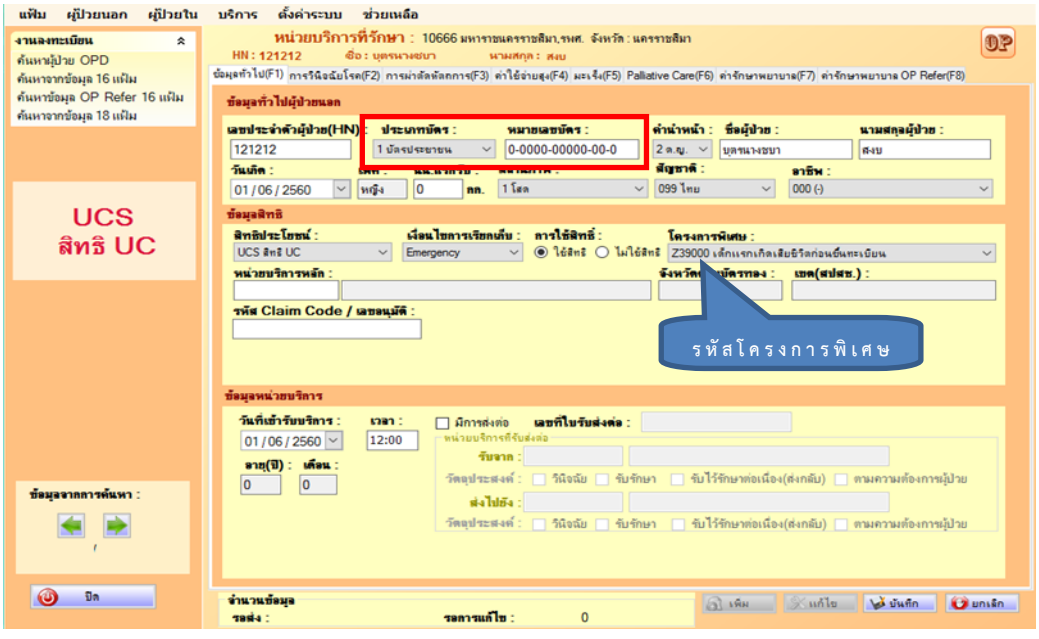
ภาพการบันทึกรหัสโครงการพิเศษ

2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน

11) การให้บริการเด็กแรกเกิดที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน

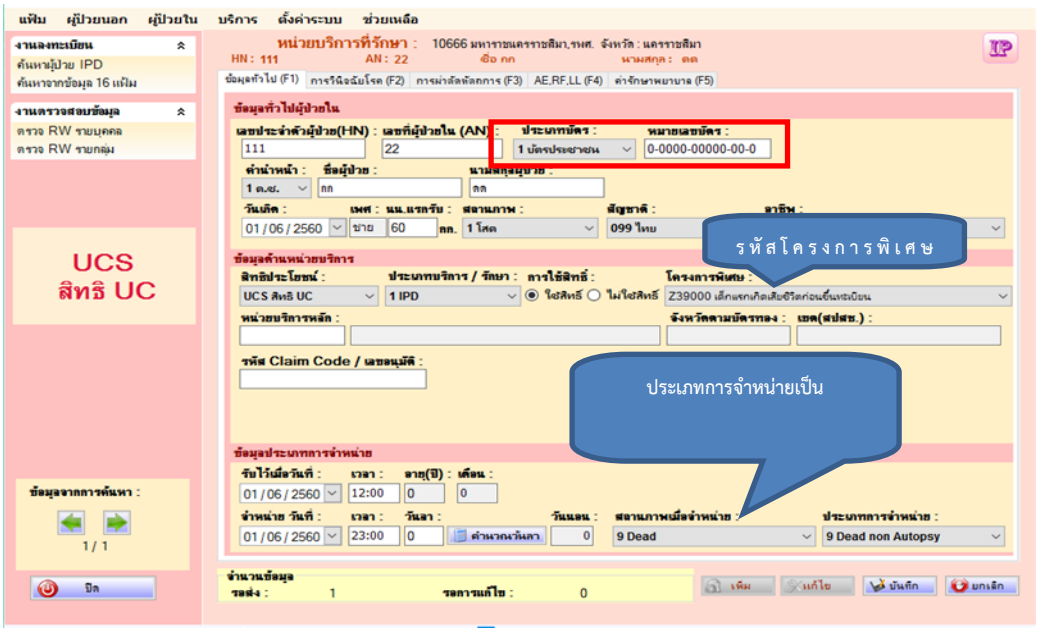
1. ข้อมูลทั่วไป หน้า F1 ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
    1.1 เลือกประเภทบัตรเป็น บัตรประชาชน
    1.2 บันทึกเลขบัตรเป็น “0”ทั้ง 13 หลัก
    1.3 บันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z39000
    1.4 ผู้ป่วยใน ประเภทการจำหน่ายเป็น Transfer หรือ Dead

ผู้ป่วยนอก



ภาพการบันทึกข้อมูลการให้บริการเด็กแรกเกิดที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียนผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยใน



ภาพการบันทึกข้อมูลการให้บริการเด็กแรกเกิดที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน ผู้ป่วยนอก

2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน

12) ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือนมาใช้บริการทางการแพทย์

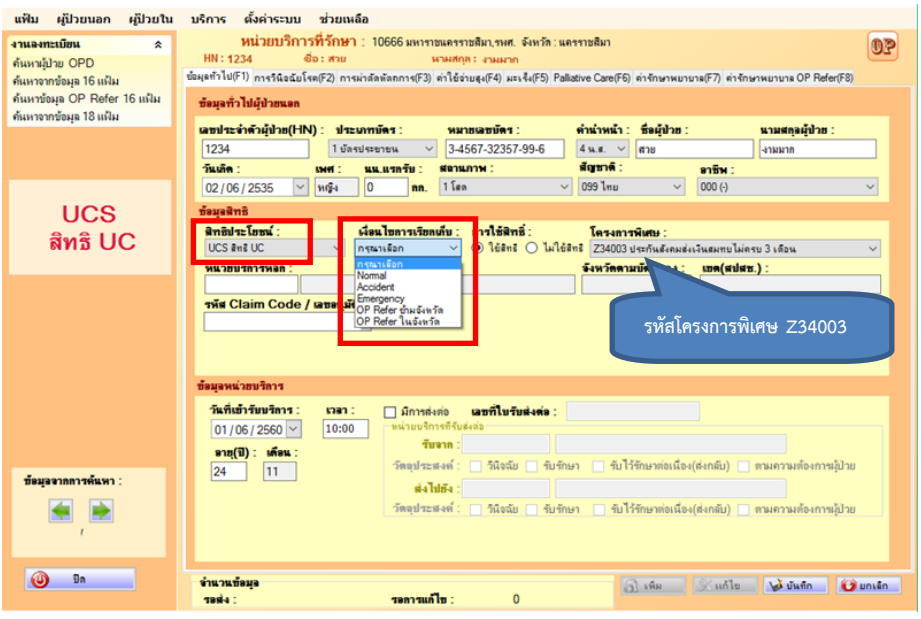
1. ข้อมูลทั่วไป F1

1.1 เลือกสิทธิประโยชน์ UCS สิทธิ UC

1.2 ผู้ป่วยนอก เลือกเงื่อนการเรียกเก็บตามอาการที่เข้ารับบริการ Normal Accident หรือ Emergency

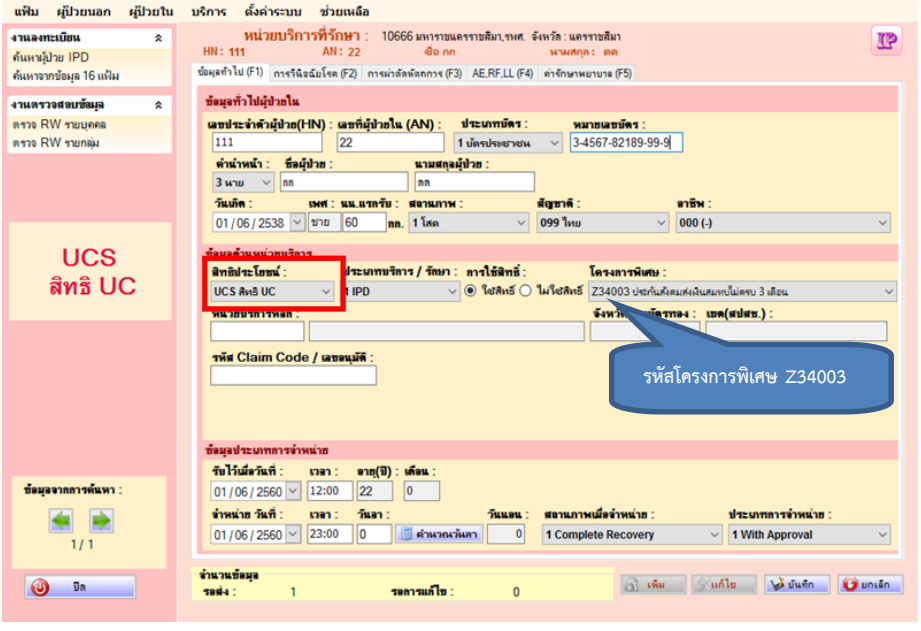
1.3 เลือกรหัสโครงการพิเศษ Z34003 ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยนอก



ภาพการบันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z34003 ผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยใน



ภาพการบันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z34003 ผู้ป่วยใน

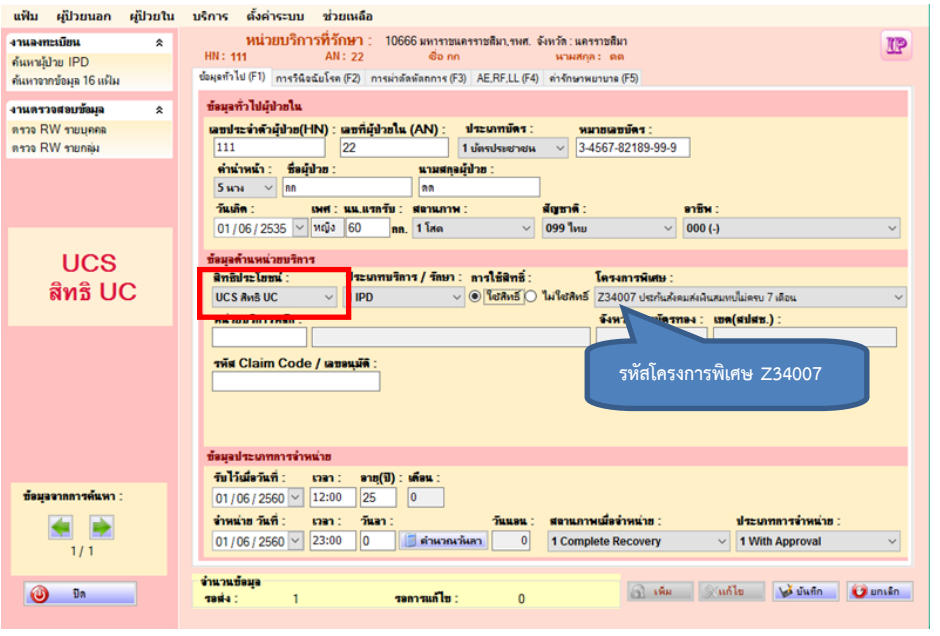
2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน

13) กรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน มาใช้บริการคลอด

1. หน้า F1 ข้อมูลทั่วไป F1

    1.1 เลือกสิทธิประโยชน์ UCS สิทธิ UC

    1.2 บันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z34007



ภาพการบันทึกข้อมูลกรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน มาใช้บริการคลอด

2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน

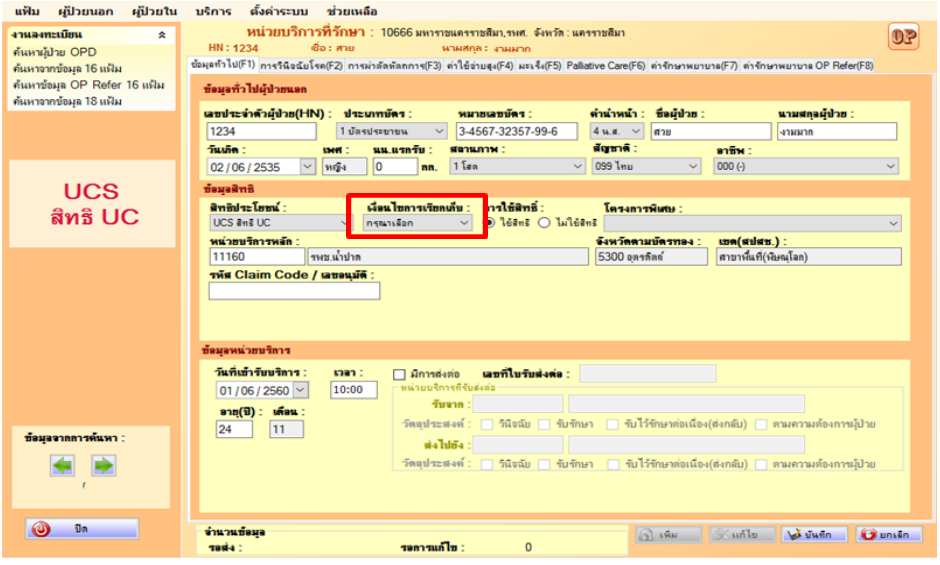
14) กรณีลงทะเบียนตามมติบอร์ด

14.1 กรณีรับบริการตรงหน่วยที่ลงทะเบียน

ผู้ป่วยนอก

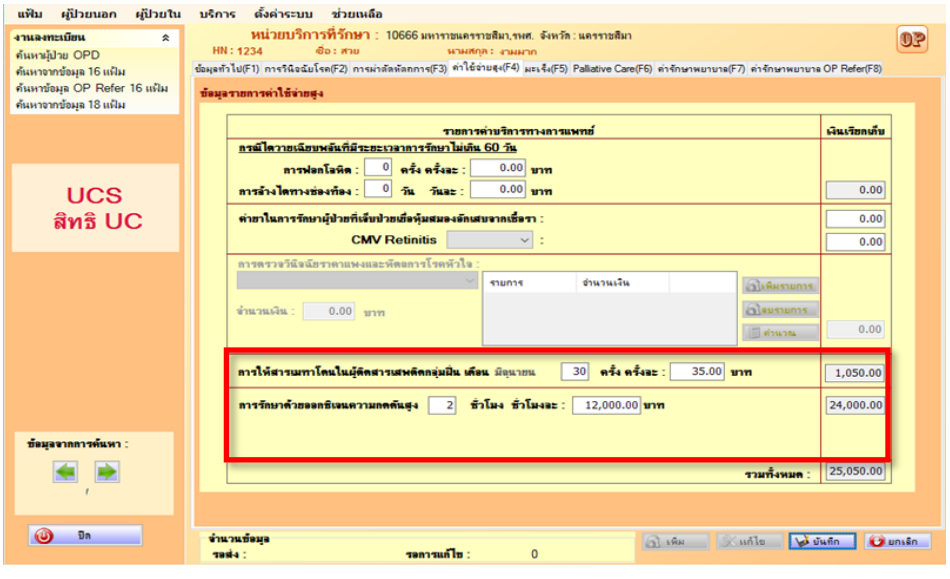
1. กรณีรับบริการตรงหน่วยที่ลงทะเบียน เบิกได้เฉพาะค่าใช้จ่ายสูง F4,F5 และรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา

ข้อมูลทั่วไป F1 เงื่อนไขการเรียกเก็บไม่เลือก (default ที่กรุณาเลือก)

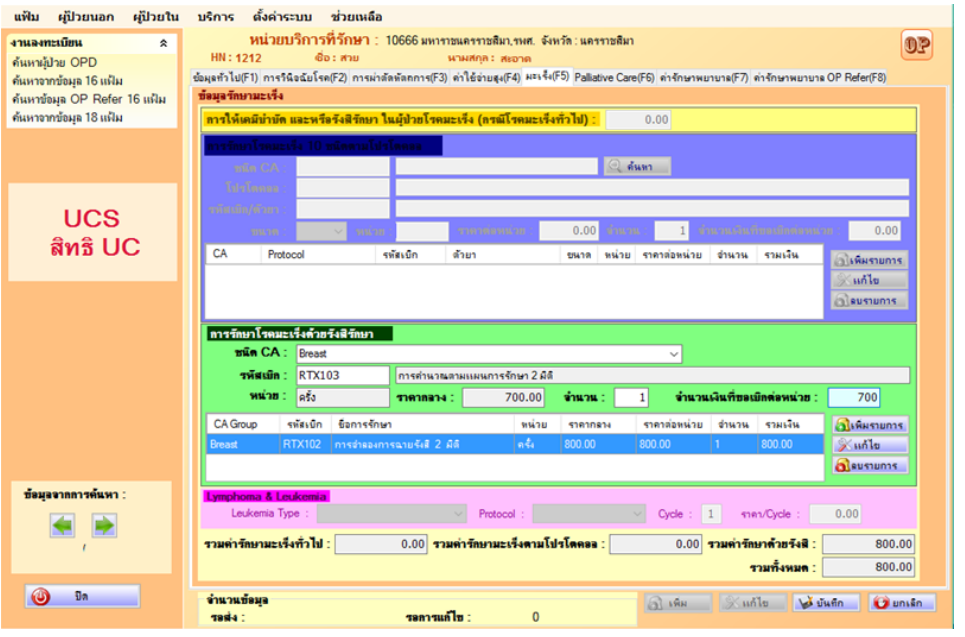


ภาพการบันทึกข้อมูลกรณีรับบริการตรงหน่วยที่ลงทะเบียน เบิกได้เฉพาะค่าใช้จ่ายสูง

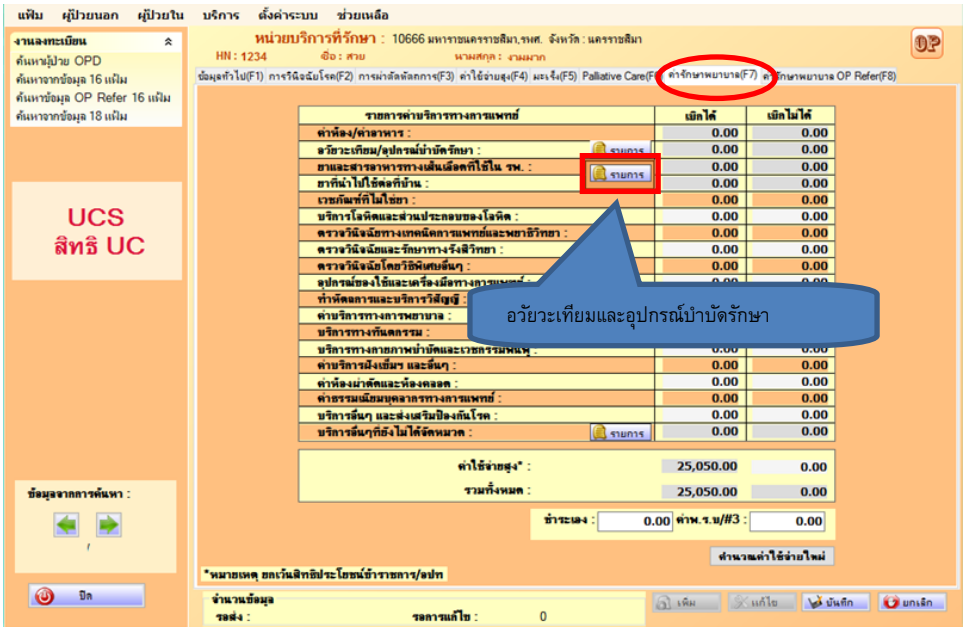
2. บันทึกเบิกตามเงื่อนไขที่กำหนด กรณีค่าใช้จ่ายสูงในหน้า F4 หรือ F5



ภาพการบันทึกเบิกตามเงื่อนไขที่กำหนด กรณีค่าใช้จ่ายสูง



ภาพการบันทึกเบิกตามเงื่อนไขที่กำหนด กรณีค่าใช้จ่ายสูง

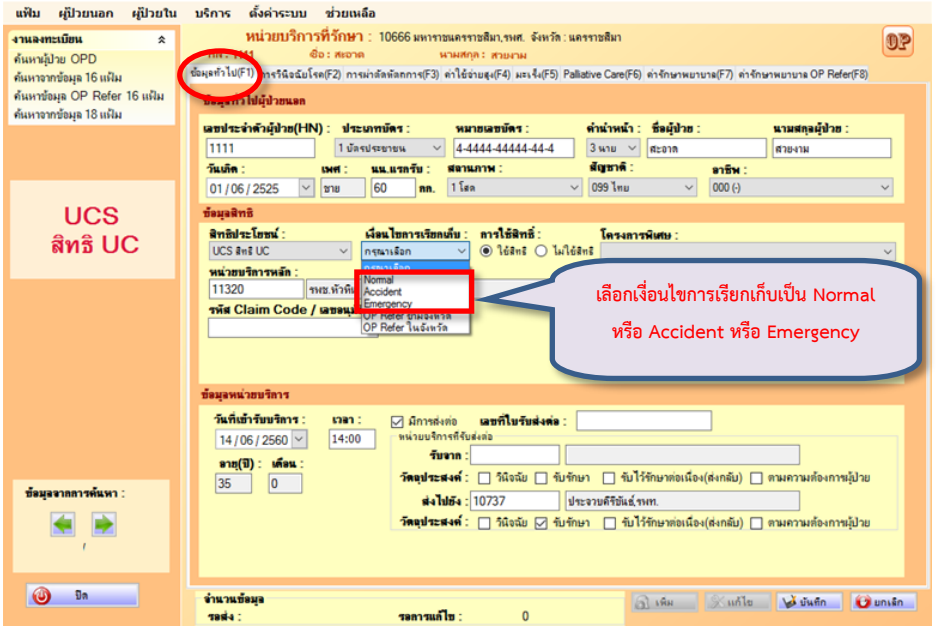


ภาพการบันทึกเบิกตามเงื่อนไขที่กำหนด กรณีค่าใช้จ่ายสูง

14.2 กรณีรับบริการไม่ตรงกับหน่วยที่ลงทะเบียน

1. ข้อมูลทั่วไปหน้า F1 เลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บตามอาการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ

ผู้ป่วยนอก



ภาพการบันทึกข้อมูลกรณีรับบริการไม่ตรงกับหน่วยที่ลงทะเบียน

2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน

ผู้ป่วยใน บันทึกข้อมูลเหมือนกรณีผู้ป่วยในทั่วไป

15) กรณีการให้บริการรักษาเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track)

บันทึกข้อมูลกรณีผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยในตามข้อมูลให้บริการ ในหน้าเมนูบันทึกเพื่อเบิกชดเชยค่าบริการให้ครบถ้วน โดยมี **รายละเอียดเฉพาะ** ดังนี้

1. ระบุโรคหลัก (PDx.) หรือโรครอง (SDx.) ของภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน (cerebral infarction)

2. ระบุรหัสหัตถการ (ICD9-CM) ได้แก่

2.1 CT Brain และ Thrombolytic Agent และ/หรือ

2.2 Diagnostic Physical Therapy กรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการทำกายภาพบำบัดและ/หรือฟื้นฟูสมรรถภาพ ระบุรหัสหัตถการที่ทำ

3. บันทึกรายการยาละลายลิ่มเลือดตาม Drug Catalogue ของหน่วยบริการ ในหน้าค่ารักษาพยาบาล

4. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วนทุกหน้าเมนู

16) กรณีการให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการ ยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track)

บันทึกข้อมูลกรณีผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยในตามข้อมูลให้บริการ ในหน้าเมนูบันทึกเพื่อเบิกชดเชยค่าบริการให้ครบถ้วน โดยมี **รายละเอียดเฉพาะ** ดังนี้

1. ระบุรหัสโรคหลัก (PDx.) หรือ โรครอง (SDx.)

2. ระบุรหัสหัตถการ (ICD9-CM) เป็น Thrombolytic Agent (9910)

3. บันทึกรหัสยาตาม Drug Catalogue ในหน้าค่ารักษาพยาบาล

4. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วนทุกหน้าเมนู

ทั้งนี้ยกเลิกการบันทึกข้อมูลในระบบ Disease Management Information System (DMIS)

17) การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

1. <u>ผู้ป่วยนอก</u>

1.1 ข้อมูลทั่วไป F1

- ให้บริการในจังหวัด ไม่ต้องเลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บ โดยโปรแกรม Default ที่ “กรุณาเลือก”

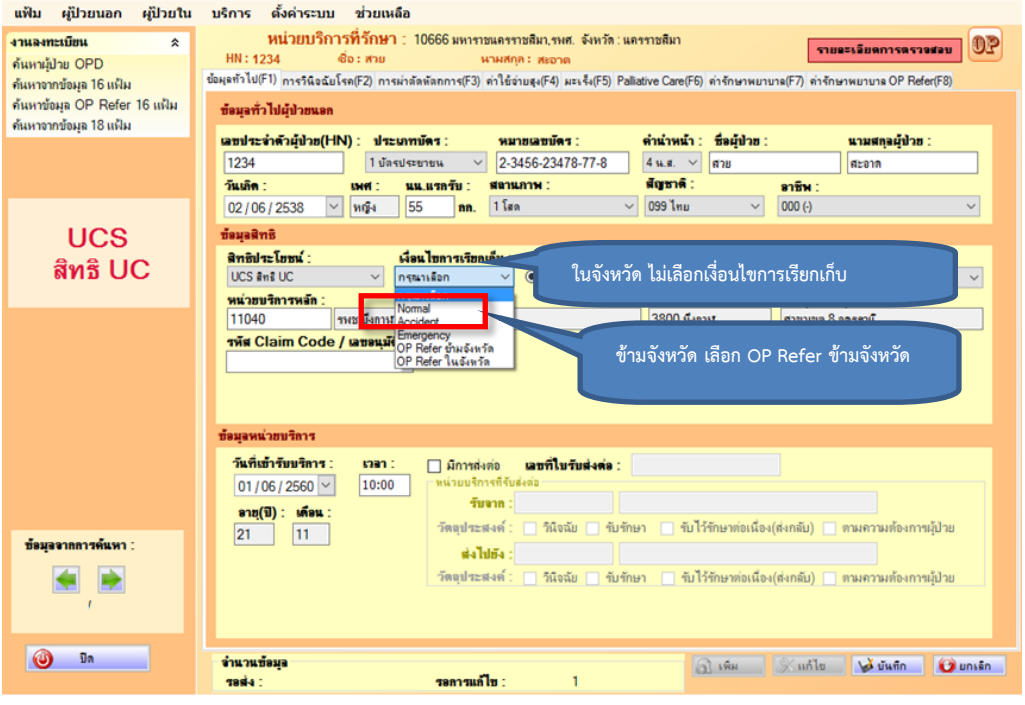
- ให้บริการข้ามจังหวัด เลือกเงื่อนไขเป็น OP Refer หรือ Emergency (ถ้าเข้าด้วยอาการฉุกเฉิน)

1.2 บันทึกรหัสโรคมะเร็ง หน้า F2 การวินิจฉัยโรค

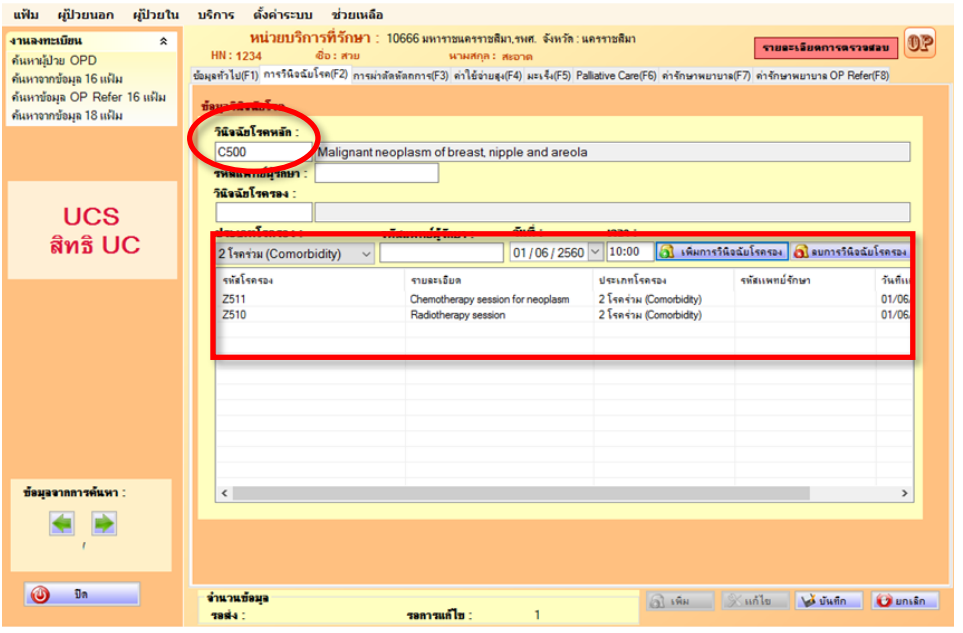
1.3 กรณีให้ยาเคมีบำบัดชนิดฉีด หรือ รังสีรักษา บันทึกรหัสหัตถการ หน้า F3 การผ่าตัดหัตถการ

1.4 กรณีรังสีรักษา หรือรังสีวางแผนบันทึกตามรหัสเบิกที่กำหนดในหน้า F5 มะเร็ง

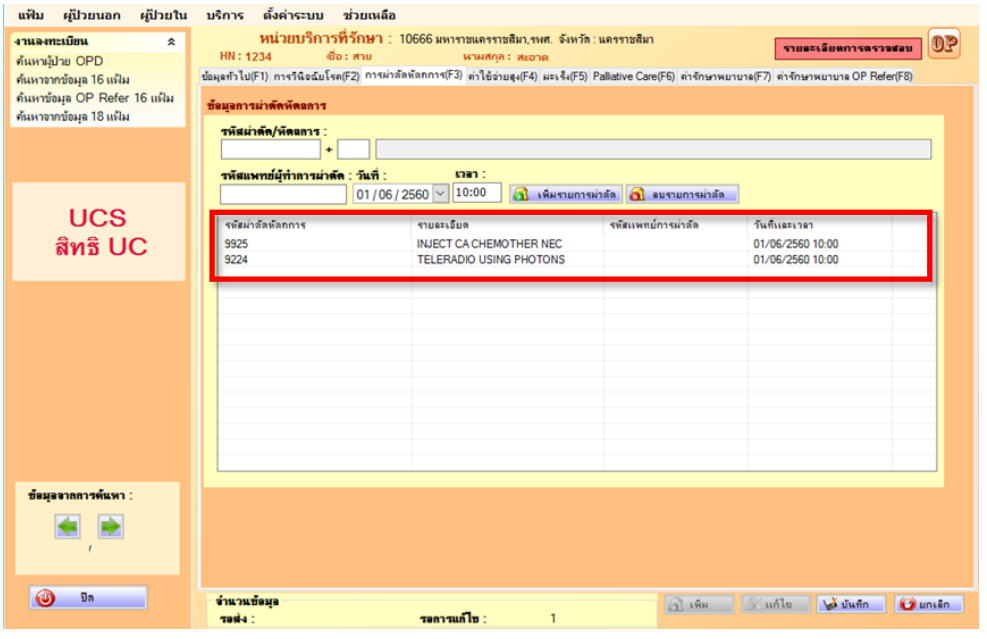
1.5 บันทึกรายการยาเคมีบำบัดในหน้าค่ารักษาพยาบาล F7 หรือ F8 ตามรายการยาใน Drug Catalog ของหน่วยบริการ



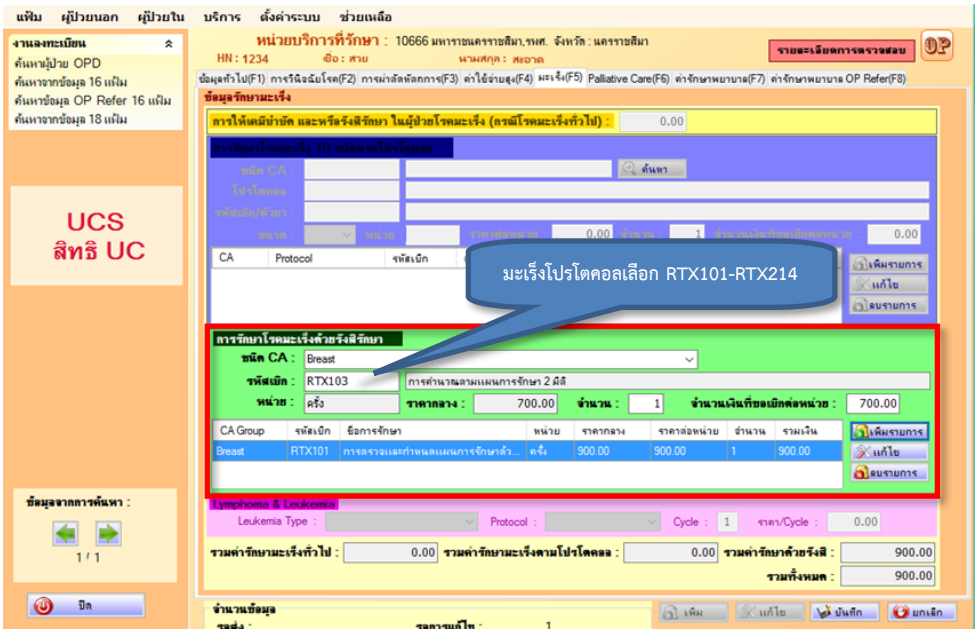
ภาพการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง



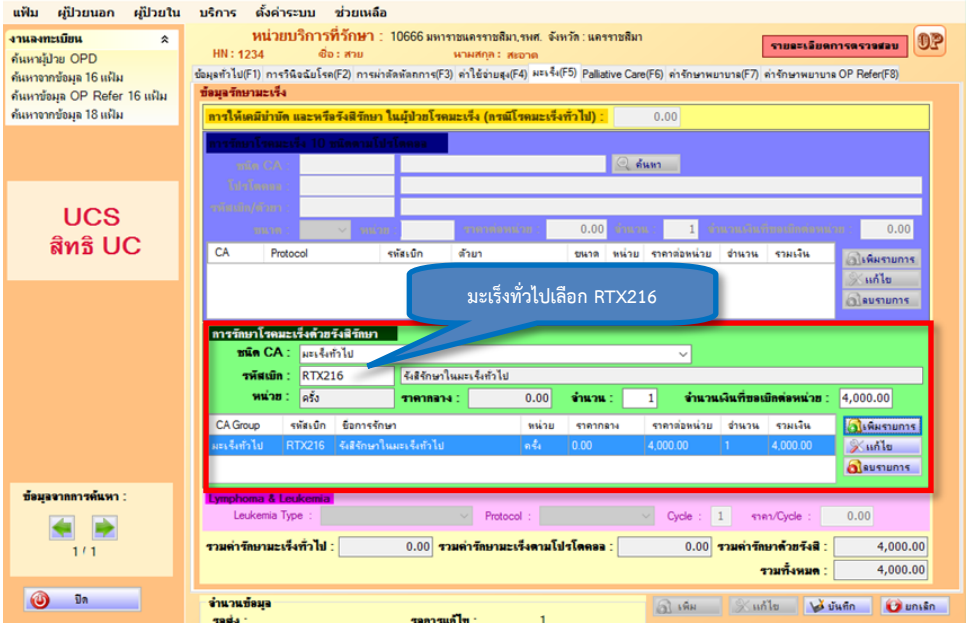
ภาพการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง



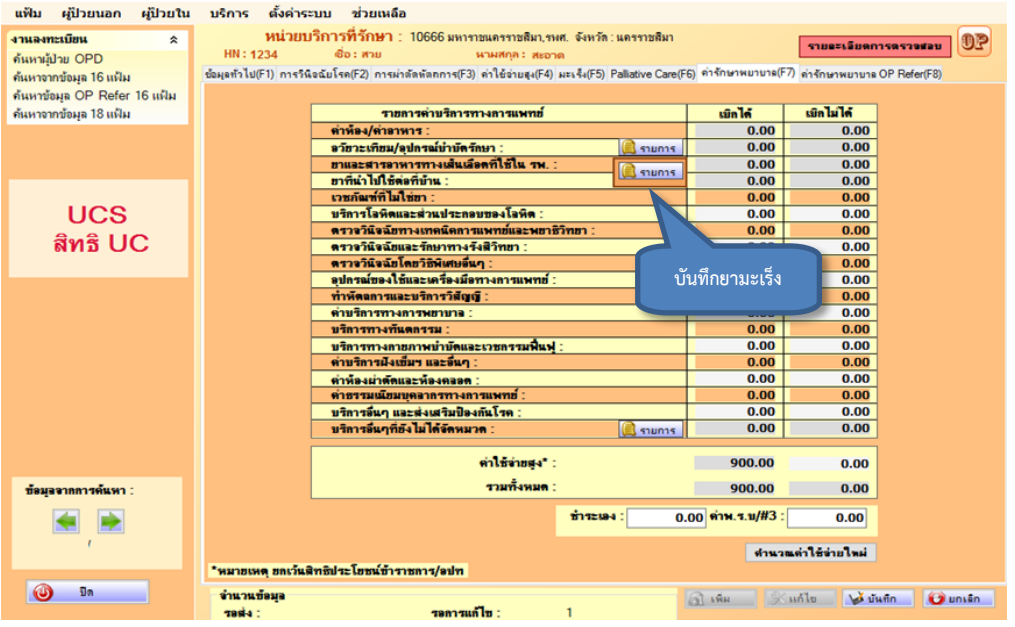
ภาพการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง



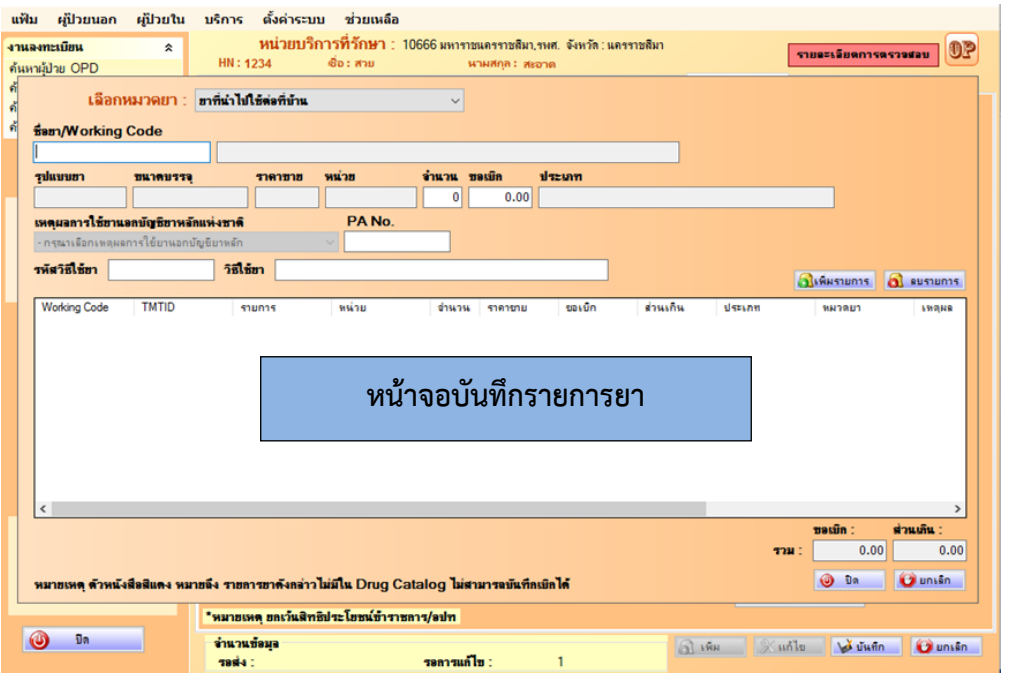
ภาพการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง



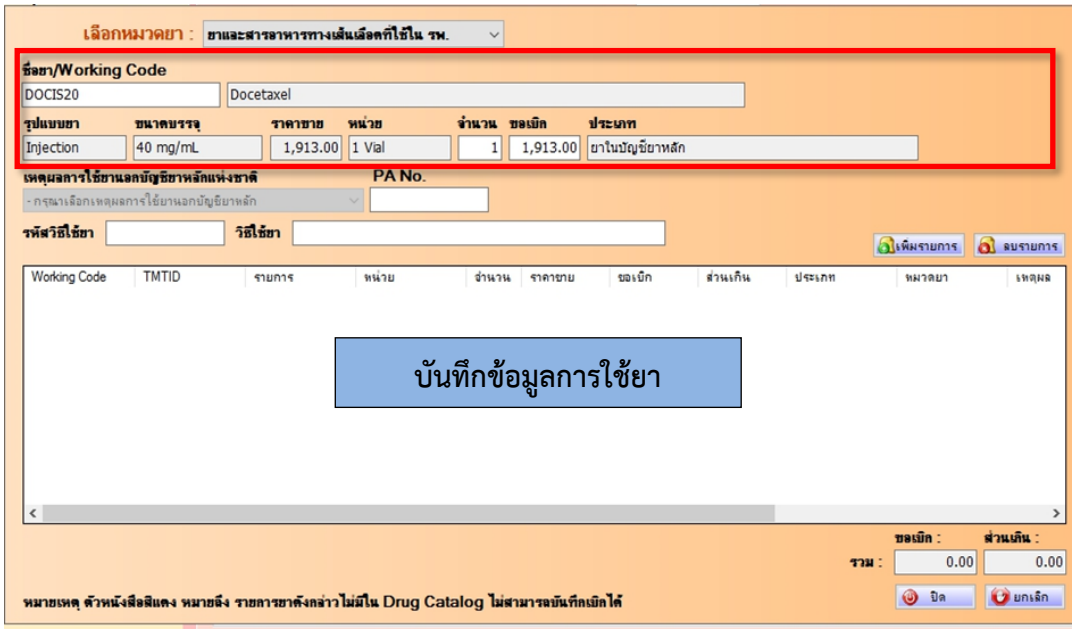
ภาพการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง



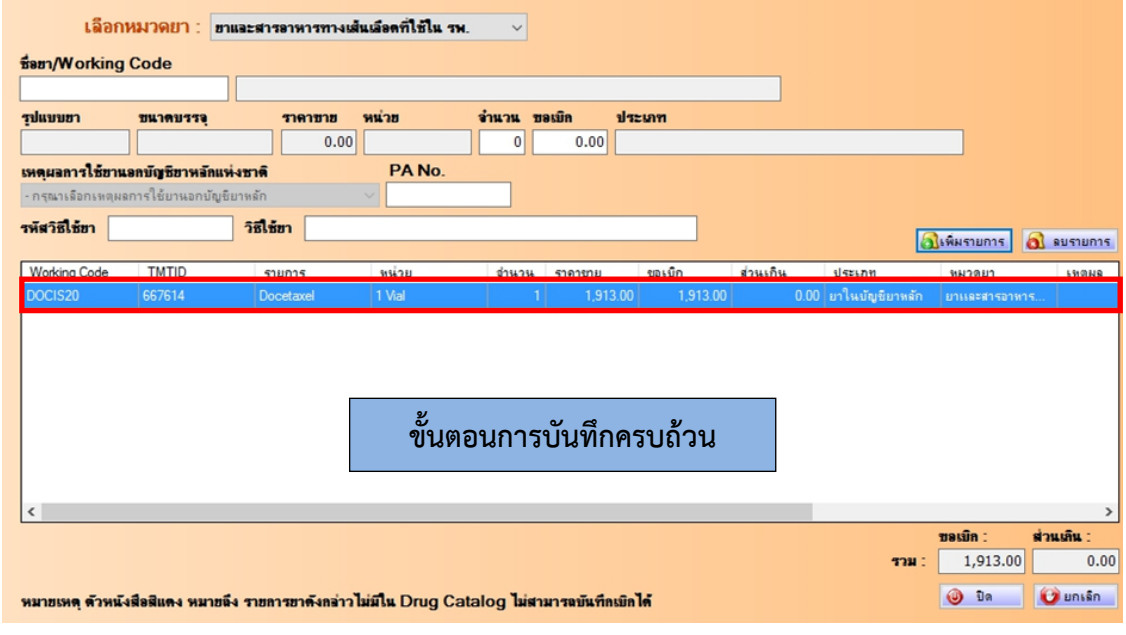
ภาพการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง



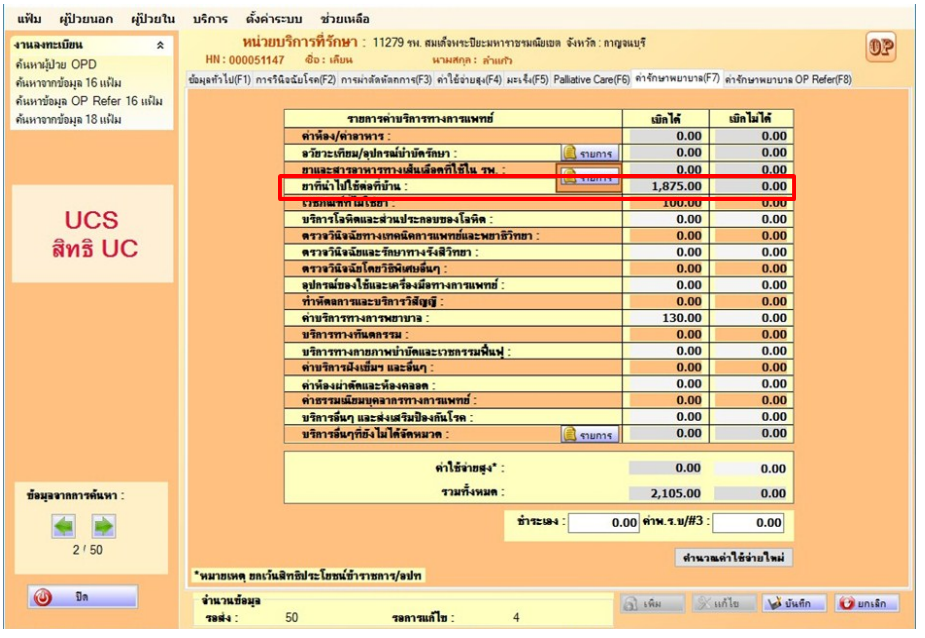
ภาพการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง



ภาพการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง



ภาพการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง



ภาพการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง

2. ผู้ป่วยใน บันทึกข้อมูลรหัสโรค รหัสหัตถการ และยาเคมีบำบัดเหมือนกรณีผู้ป่วยนอก (ไม่มีรหัสรังสีรักษาให้บันทึกเบิกค่าใช้จ่ายรวมใน DRG ปกติ)

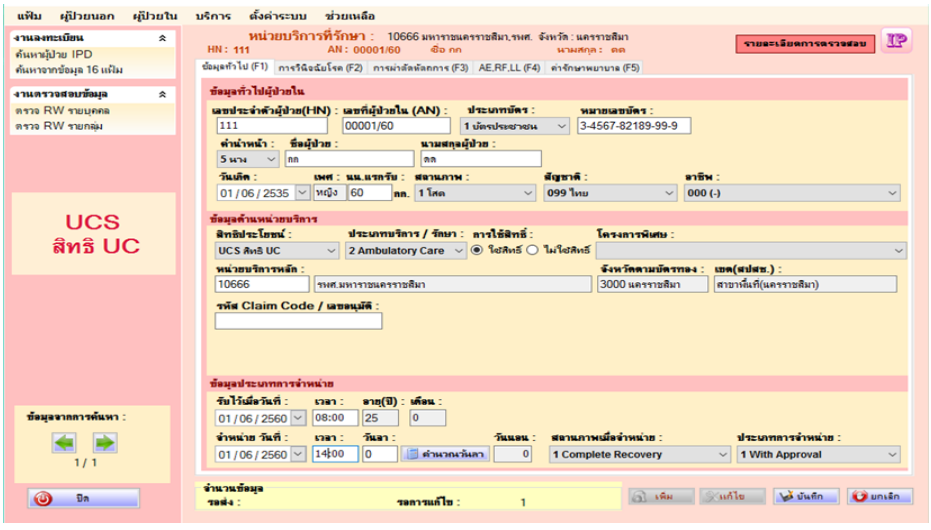
18) การบริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

บันทึกข้อมูลบริการในหน้าผู้ป่วยในเท่านั้น

1.1 บันทึกในหน้าผู้ป่วยใน เลือกประเภทบริการ/รักษา เป็น Ambulatory Care

1.2 AN บันทึกเป็น Running Number ของหน่วยบริการ

1.3 บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน



ภาพการบันทึกข้อมูลบริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

19) การขอรับค่าใช้จ่ายกรณี ให้บริการดูแล รักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟัน และผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. การบันทึกเบิกกรณีการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ การใส่อุปกรณ์เพดานเทียมและอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟัน การใส่เพดานเทียม(Obturator)และ/หรือเครื่องมือจัดโครงสร้างจมูกและสันเหงือก(Nasoalveolar molding หรือ NAM) ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการ ด้วยโปรแกรม e-claim ของ สปสช.ภายใน 30 วันหลังให้บริการ หลังจากนั้น สปสช.จะประมวลผลจ่ายชดเชยและตอบกลับให้หน่วยบริการทราบทุวันจันทร์ วันพุธ วันศุกร์ หลังจากนั้น สปสช.จะออก Statement การจ่ายเงินให้หน่วยบริการโดยตัดรอบการส่งข้อมูลทุกสิ้นเดือน มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยใน หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยให้ครบทุกช่องเหมือนกรณีผู้ป่วยในทั่วไป

1.2 กรณีขอเบิกเพดานเทียม(Obturator)และหรือเครื่องมือจัดโครงสร้างจมูกและสันเหงือก(Nasoalveolar molding) หรือ NAM ให้สามารถเลือกรายการได้ดังนี้

1.2.1 เมนูค่ารักษาพยาบาล หน้า F7 บันทึกค่ารักษาพยาบาล

1.2.2 เลือกรายการที่ช่องอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา ตามภาพ

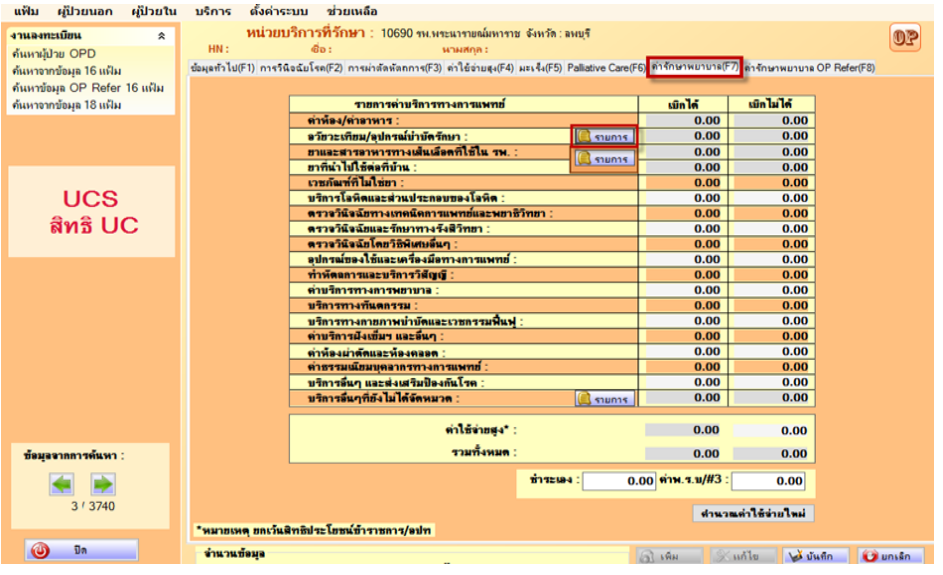
1.2.3 บันทึกรหัสอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมที่ต้องการขอเบิก เช่น 2704 จำนวน 1 ชิ้น ราคาที่ขอเบิก 800 บาท แล้วกดปุ่มบันทึกเพิ่มรายการ ตามภาพดังนี้

1) เลือกรหัสอุปกรณ์

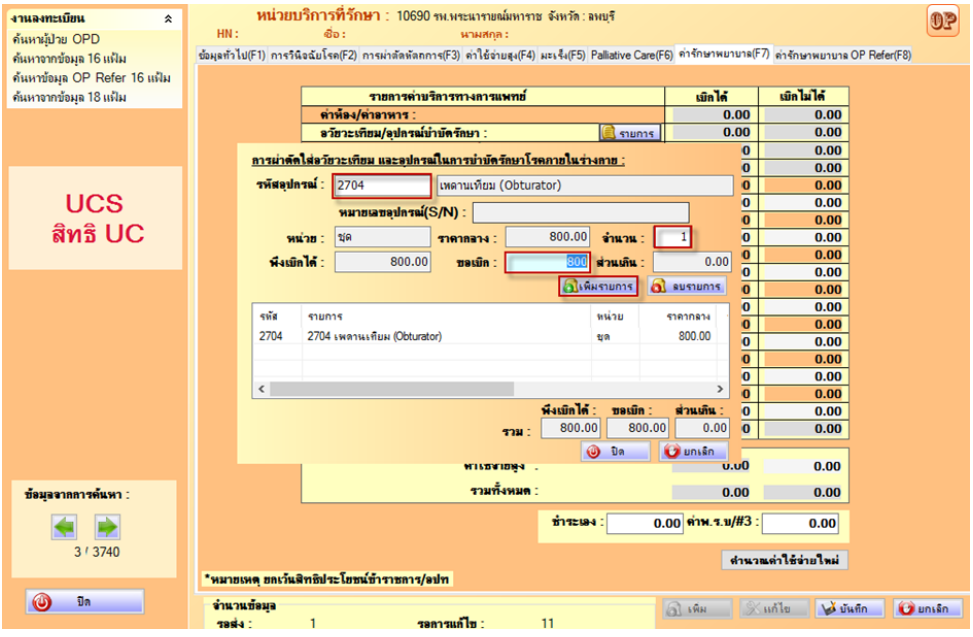
2) บันทึกจำนวนที่ขอเบิก

3) บันทึกจำนวนเงินที่ขอเบิก

4) กดเพิ่มรายการ



ภาพรายการอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา

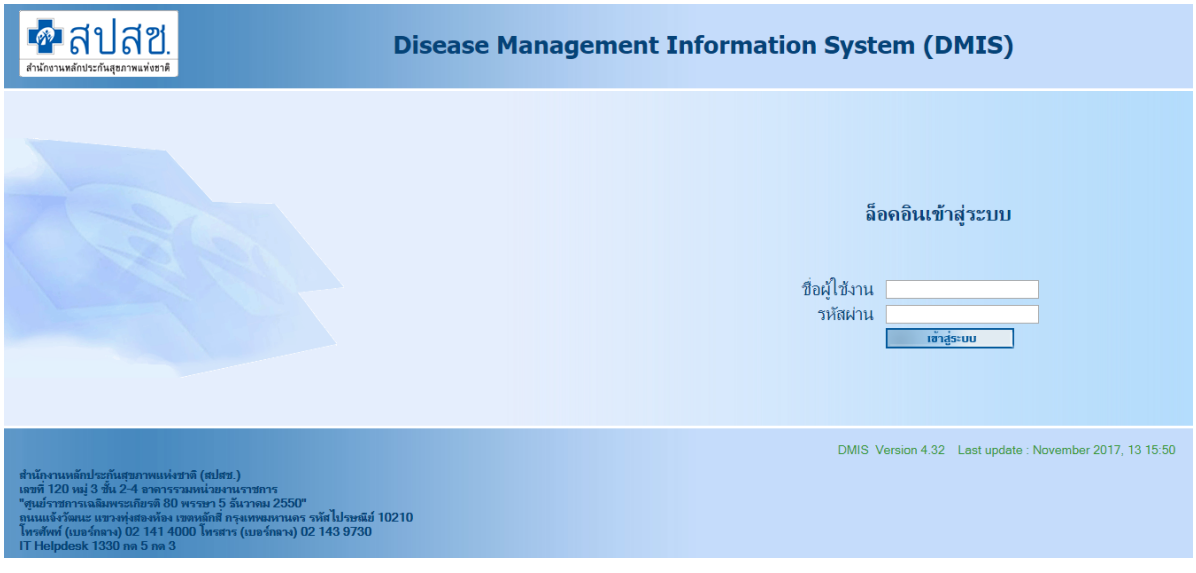


ภาพตัวอย่างการบันทึกเบิกเพดานเทียม

2. การบันทึกเบิกกรณีทันตกรรมจัดฟัน และบริการแก้ไขการพูดและการได้ยิน ในโปรแกรม DMIS_Cleft Lip Cleft Palate

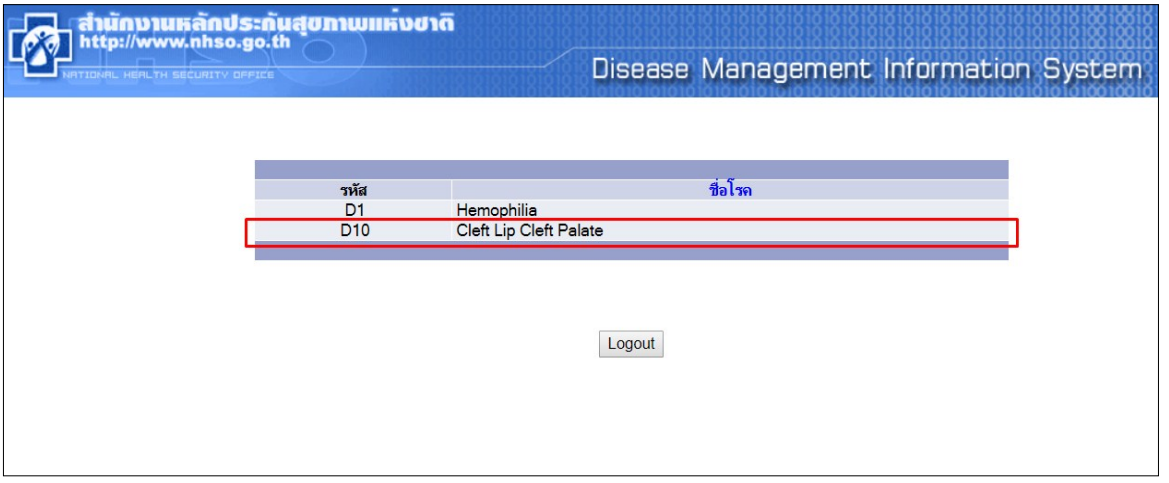
2.1 บันทึกข้อมูลผ่านระบบที่ web site สปสช./บริการออนไลน์/การบริหารจัดการโรคเฉพาะ/1 ลงทะเบียนผู้ป่วยรายโรค(DMIS)

2.2 ล็อคอินเข้าสู่ระบบ ดังภาพ



ภาพการล็อคอินเข้าสู่ระบบ

2.3 เลือกรายการบริหารจัดการโรค เลือกที่ D10 ดังภาพ



ภาพรายการบริหารจัดการโรค

2.4 โปรแกรมจะมีองค์ประกอบในการทำงานของโปรแกรม ดังนี้

1) การลงทะเบียน (ยสส.1)

2) การรักษา/ติดตามผล

การนัด

การลงทะเบียน ยสส.2 (ฝ่าตัด)

การลงทะเบียน ยสส.3 (พัฒนาการ/การคลอด/ประวัติครอบครัว)

การลงทะเบียน ยสส.5 (ฝึกพูด)

การลงทะเบียน ยสส.4 (จัดฟัน)

3) ประวัติการรักษา/ติดตามผล

4) รายงาน

5) รายงานการชดเชย

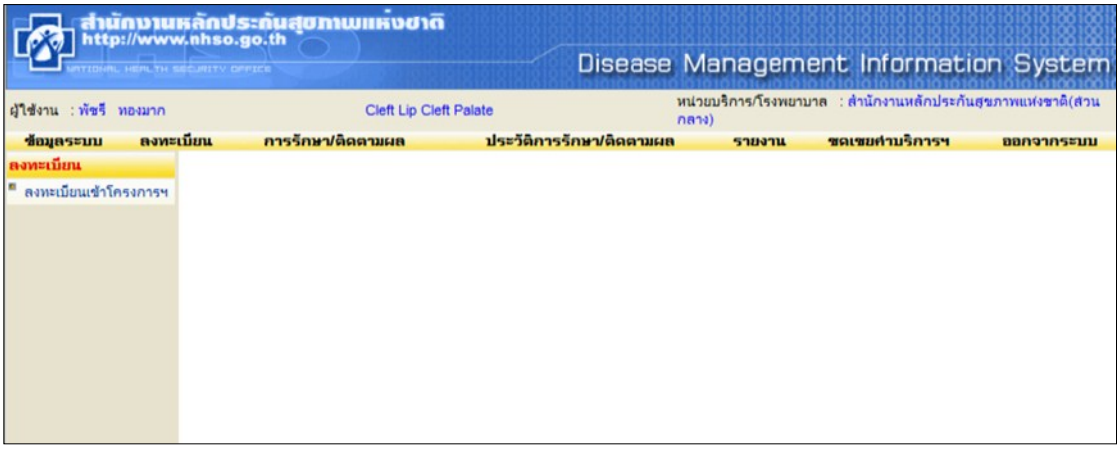
2.5 การลงทะเบียนผู้มีสิทธิ

1) เลือกเมนูลงทะเบียน

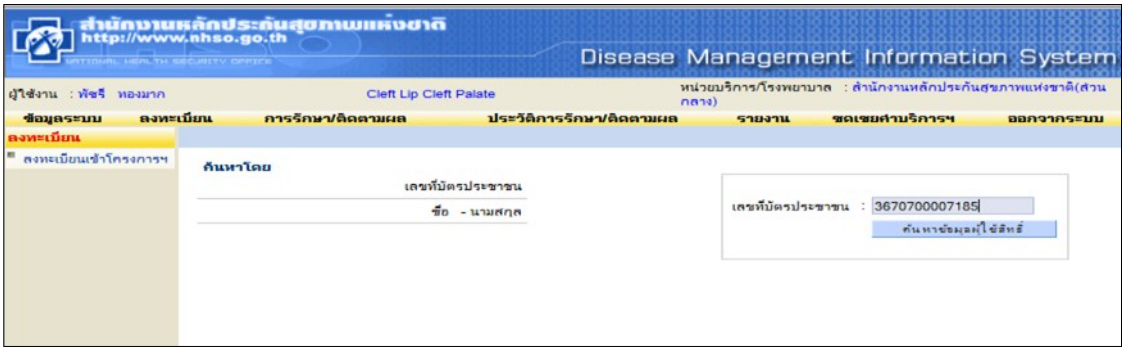
2) ใส่รหัสหรือค้นหาด้วยชื่อ

3) ผลการค้นหาเพื่อลงทะเบียน

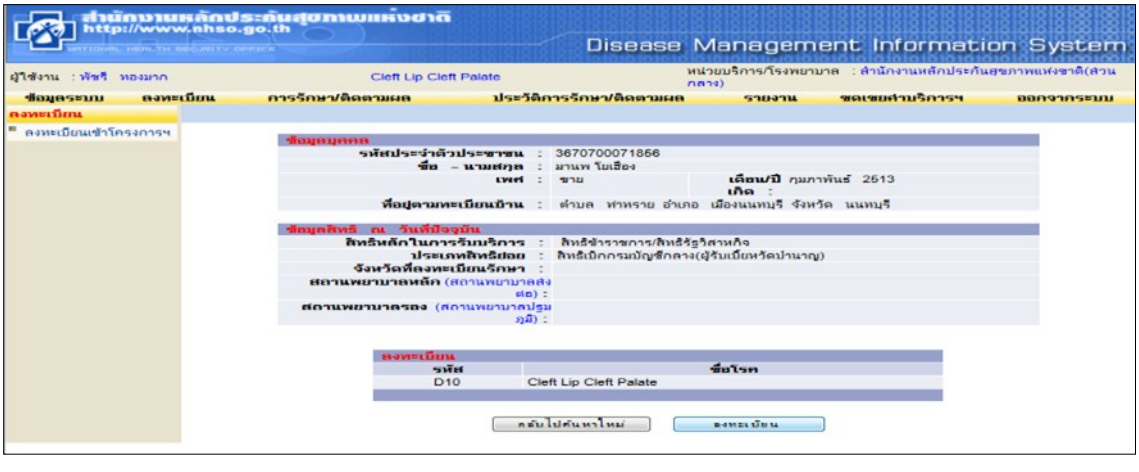
4) บันทึกข้อความต่างๆให้ครบถ้วน สำหรับข้อความสำคัญ *



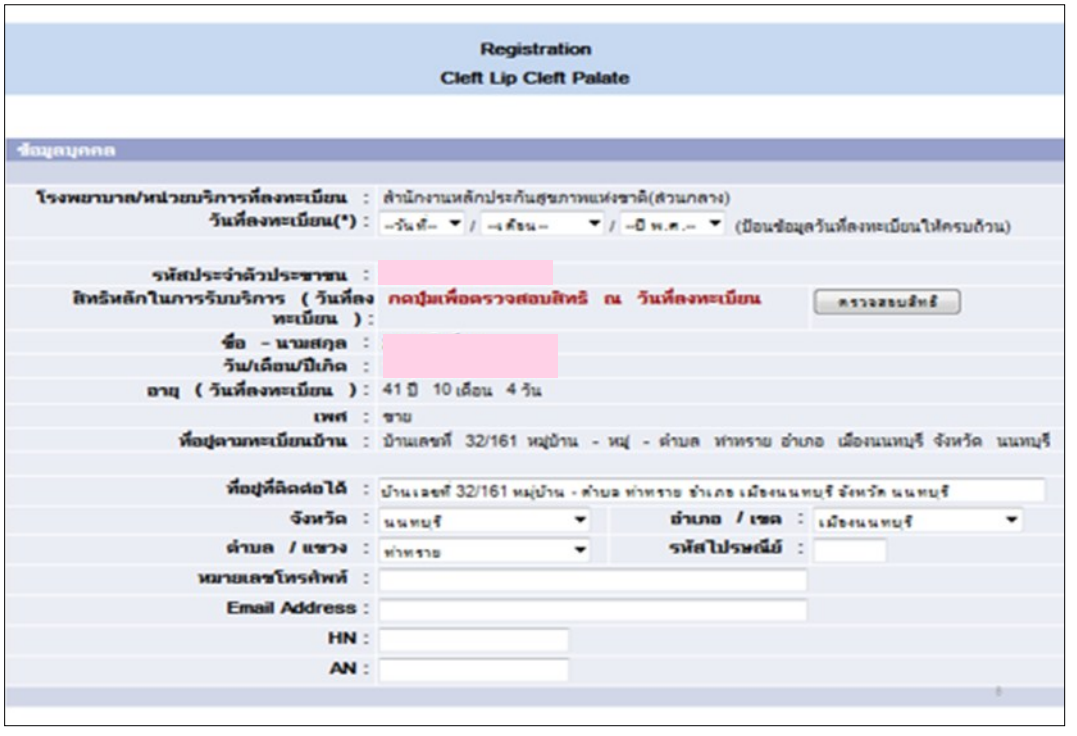
ภาพการลงทะเบียน



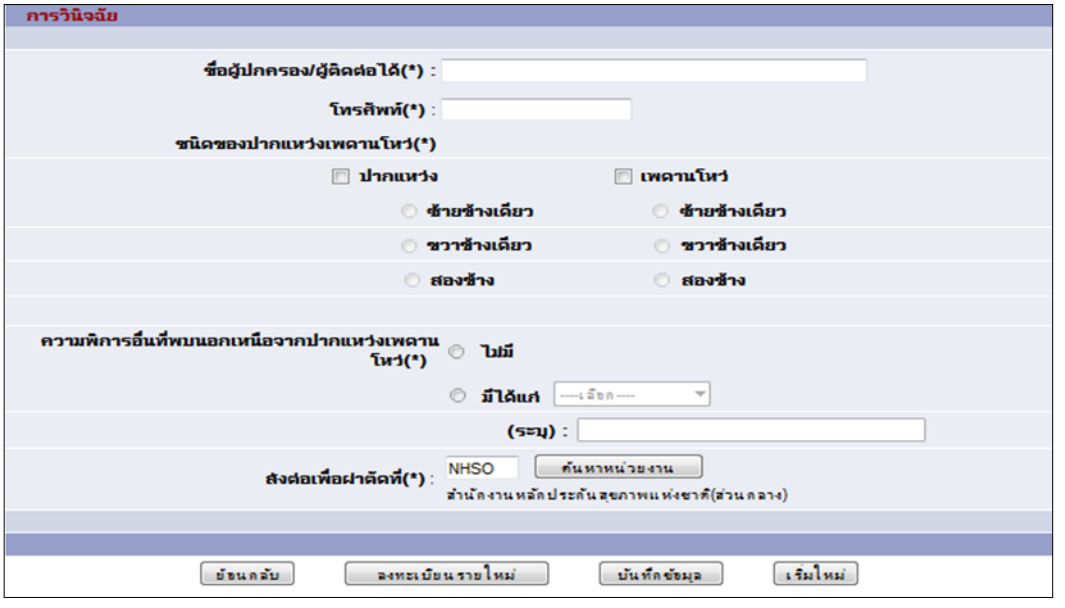
ภาพการค้นหาด้วยรหัส



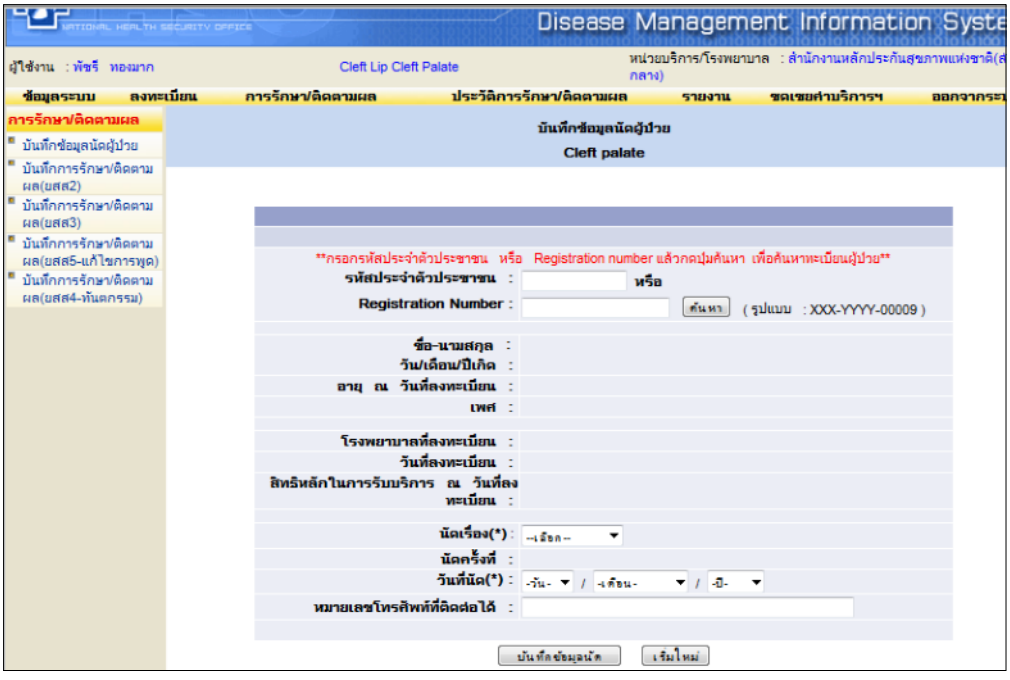
ภาพการค้นหาด้วยชื่อ/รหัส เพื่อลงทะเบียน



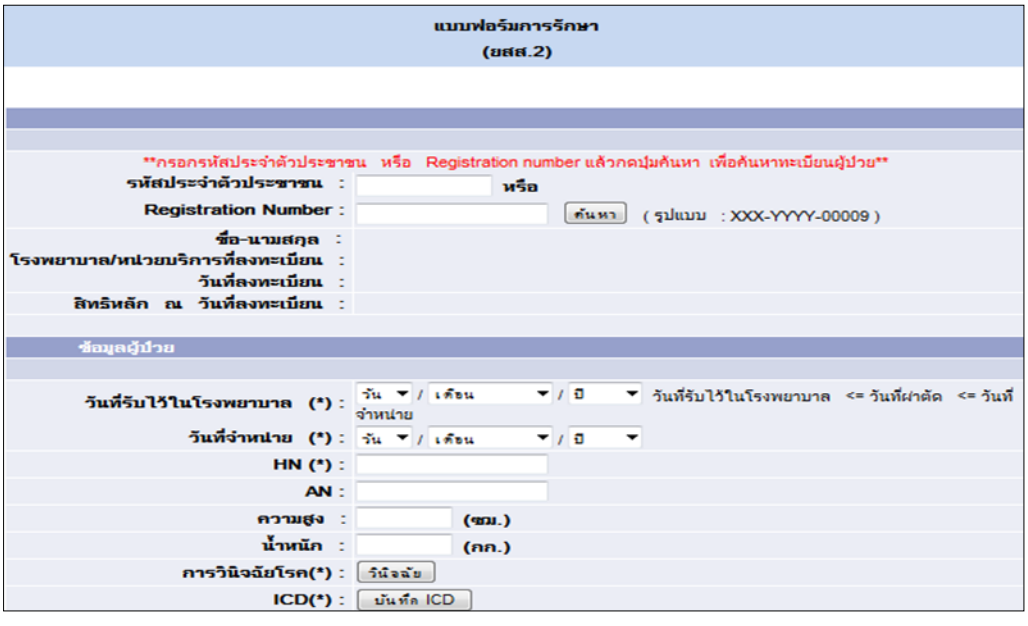
ภาพการค้นหาด้วยรหัส



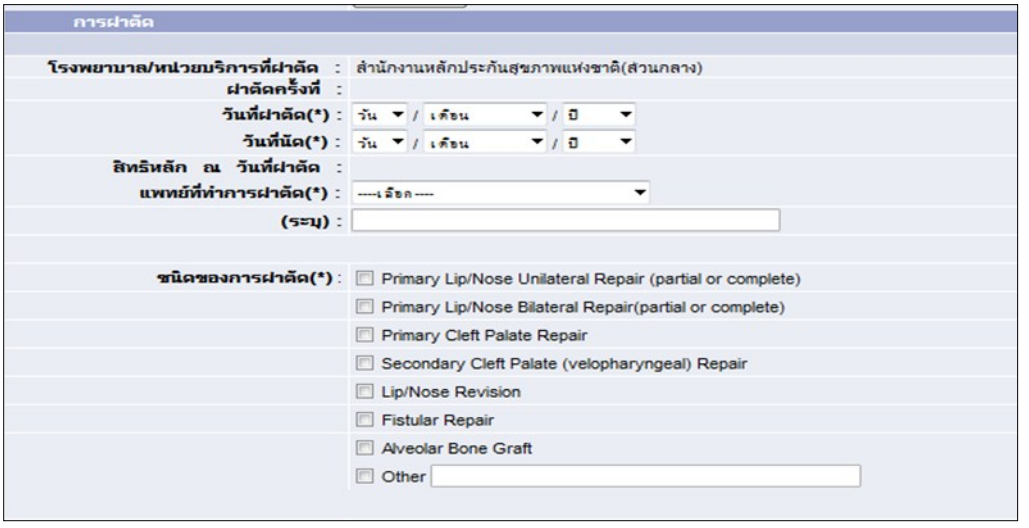
ภาพการบันทึกข้อมูลการวินิจฉัย



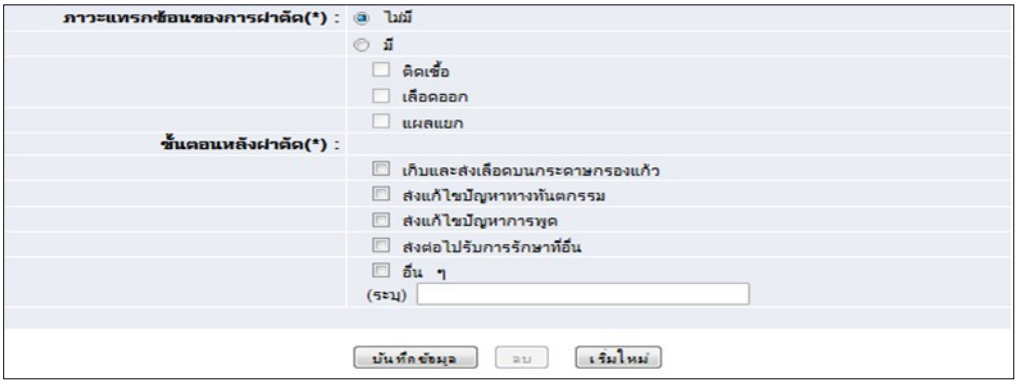
ภาพการบันทึกข้อมูลนัดผู้ป่วย



ภาพการบันทึกข้อมูลการรักษา (ยสส.2)



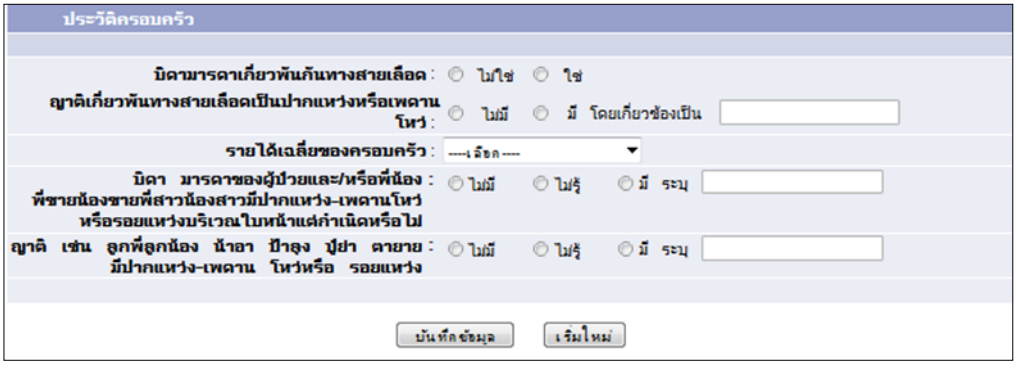
ภาพการบันทึกข้อมูลการรักษา(ยสส.2)



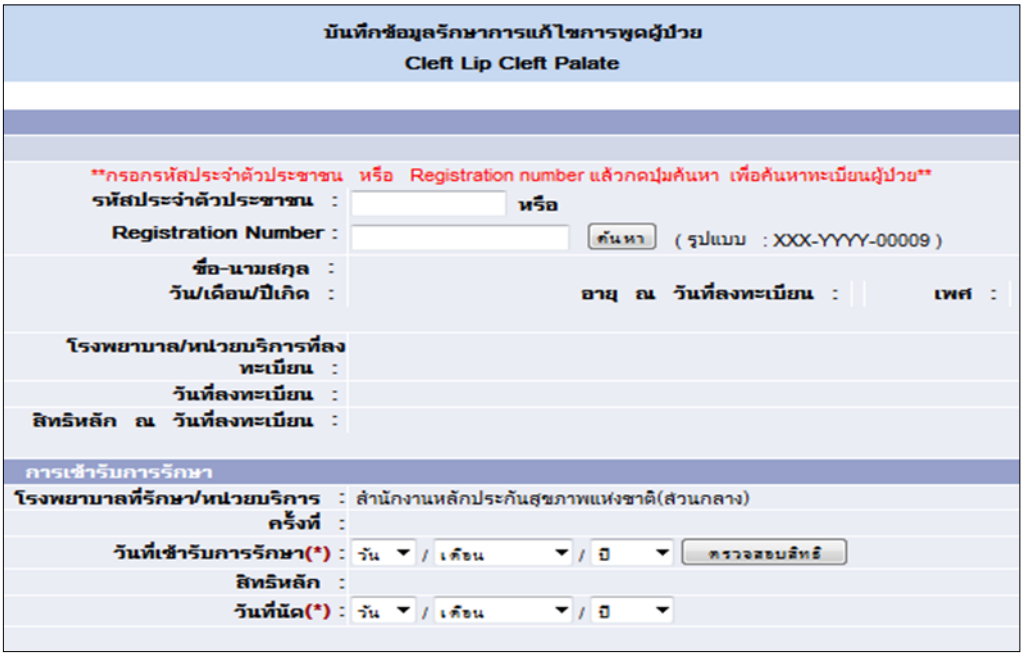
ภาพการบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด

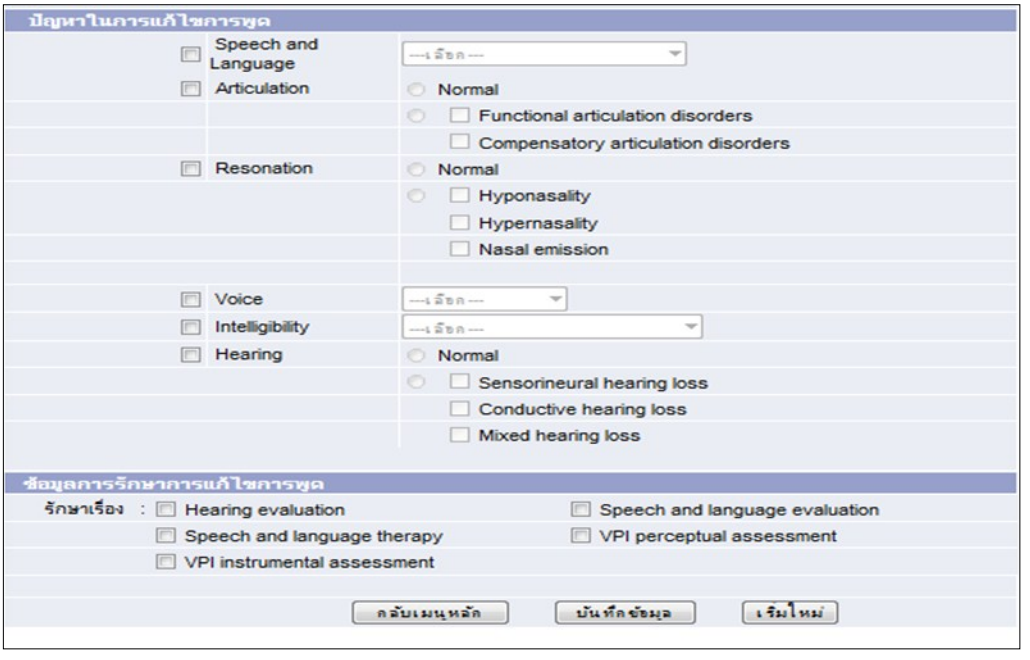


ภาพการบันทึกข้อมูลการรักษา (ยสส.3)

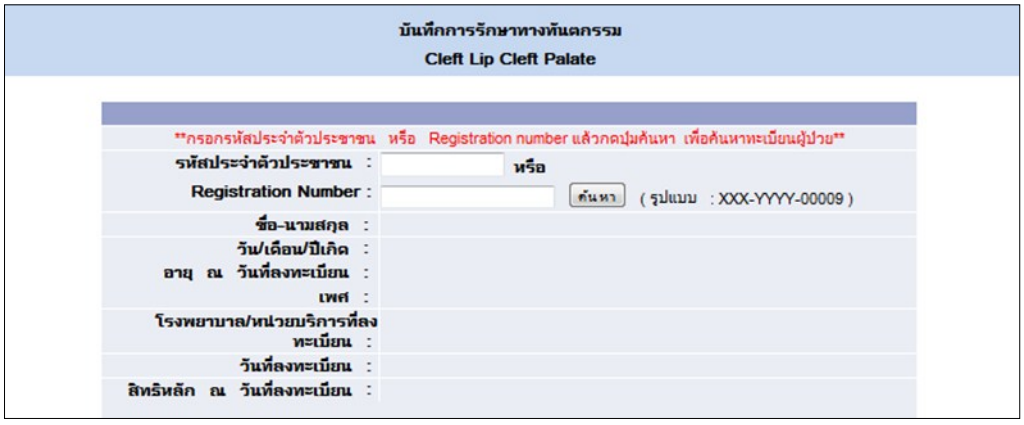


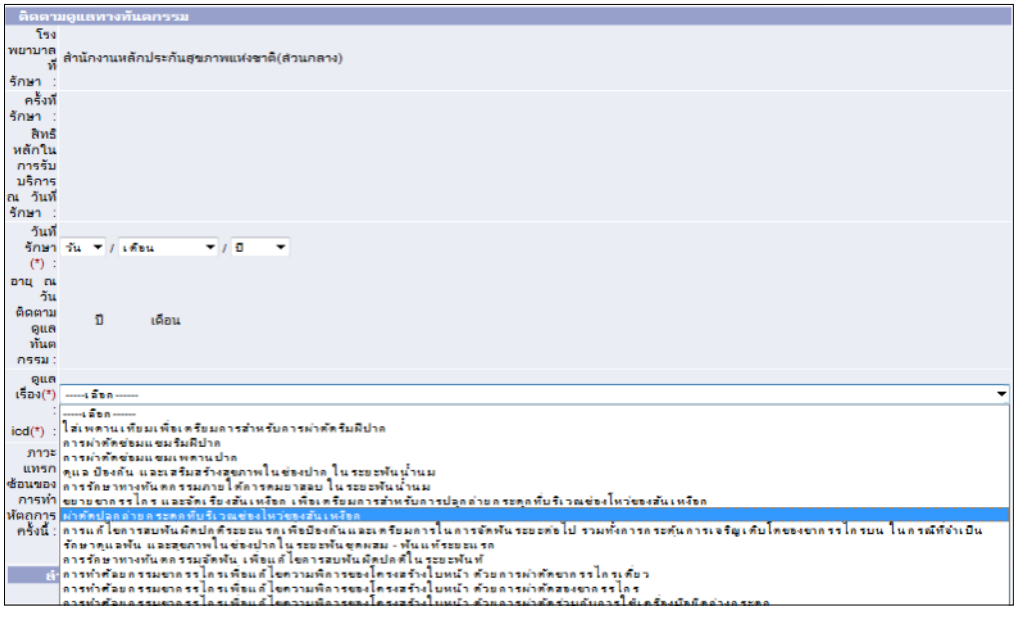
ภาพการบันทึกข้อมูลการรักษา (ยสส.3 ต่อ)



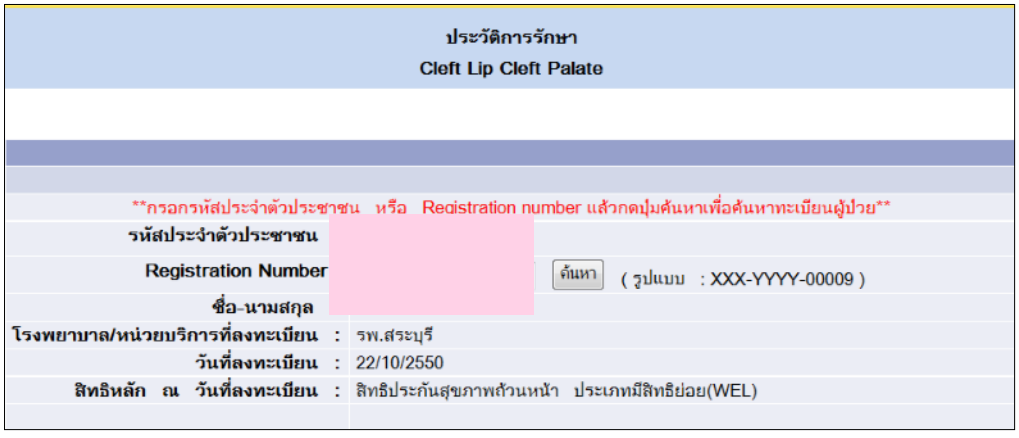


ภาพการบันทึกข้อมูลการแก้ไขการพูด (ยสส.5)

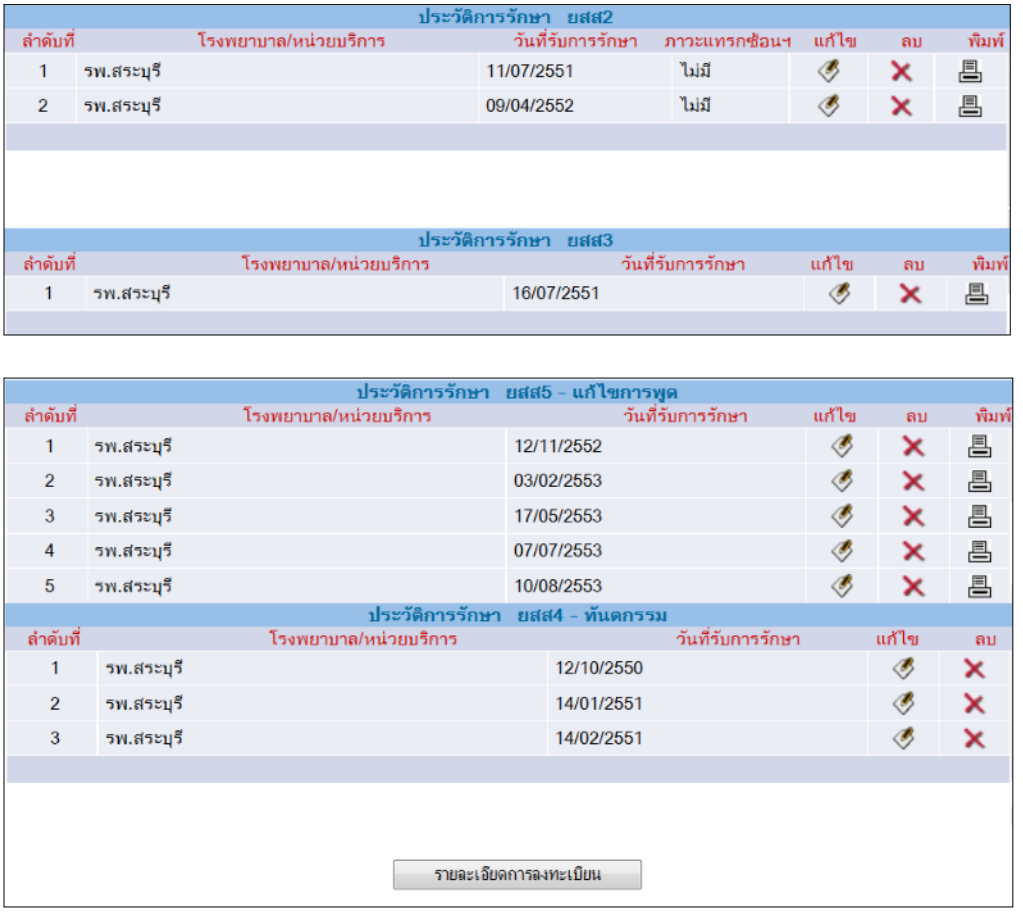




ภาพการบันทึกข้อมูลการรักษาทันตกรรม (ยสส.4)



ภาพประวัติการรักษา



ประวัติการรักษา ยสส2

ลำดับที่	โรงพยาบาล/หน่วยบริการ	วันที่รับการรักษา	ภาวะแทรกซ้อนฯ	แก้ไข	ลบ	พิมพ์
1	รพ.สระบุรี	11/07/2551	ไม่มี			
2	รพ.สระบุรี	09/04/2552	ไม่มี			

ประวัติการรักษา ยสส3

ลำดับที่	โรงพยาบาล/หน่วยบริการ	วันที่รับการรักษา	แก้ไข	ลบ	พิมพ์
1	รพ.สระบุรี	16/07/2551			

ประวัติการรักษา ยสส5 - แก้ไขการพูด

ลำดับที่	โรงพยาบาล/หน่วยบริการ	วันที่รับการรักษา	แก้ไข	ลบ	พิมพ์
1	รพ.สระบุรี	12/11/2552			
2	รพ.สระบุรี	03/02/2553			
3	รพ.สระบุรี	17/05/2553			
4	รพ.สระบุรี	07/07/2553			
5	รพ.สระบุรี	10/08/2553			

ประวัติการรักษา ยสส4 - ทันตกรรม

ลำดับที่	โรงพยาบาล/หน่วยบริการ	วันที่รับการรักษา	แก้ไข	ลบ
1	รพ.สระบุรี	12/10/2550		
2	รพ.สระบุรี	14/01/2551		
3	รพ.สระบุรี	14/02/2551		

รายละเอียดการลงทะเบียน

ภาพรายละเอียดการประวัติการลงทะเบียน รักษาและติดตามผล

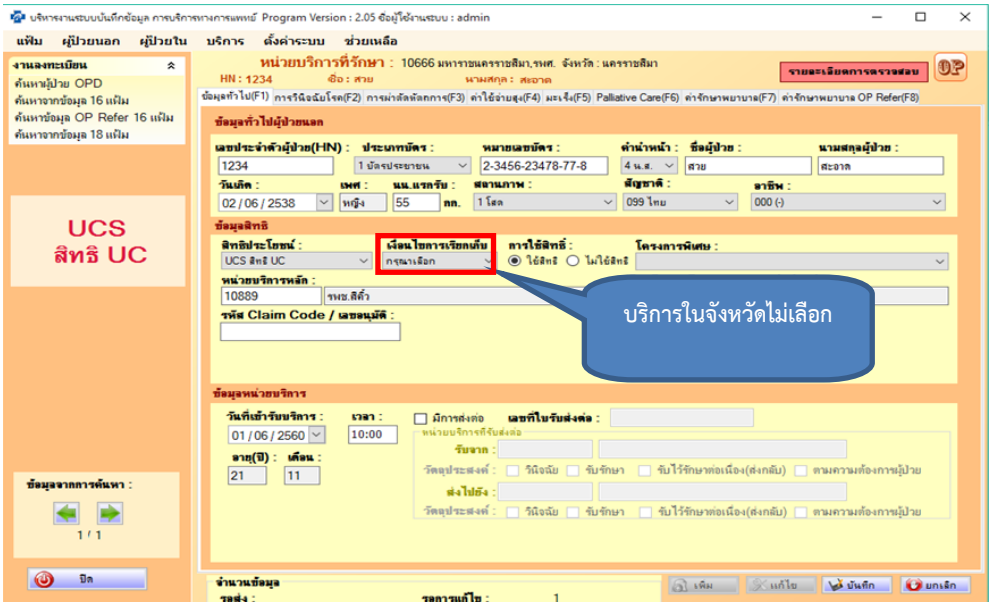
3. การส่งเบิกค่าใช้อุปกรณ์ Maxillary Distractor สามารถดำเนินการตามรายละเอียดตามขั้นตอนการดำเนินการกรณีเบิกใช้ Maxillary Distractor

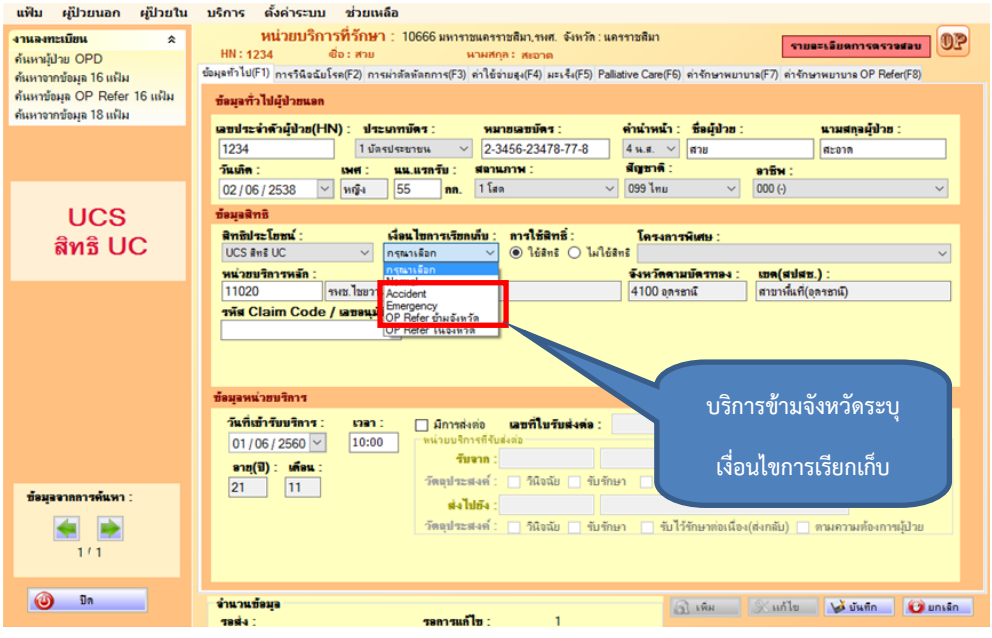
20) รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments)

1. ผู้ป่วยนอก ข้อมูลทั่วไป F1

1.1 กรณีให้บริการในจังหวัด ไม่ต้องเลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บ

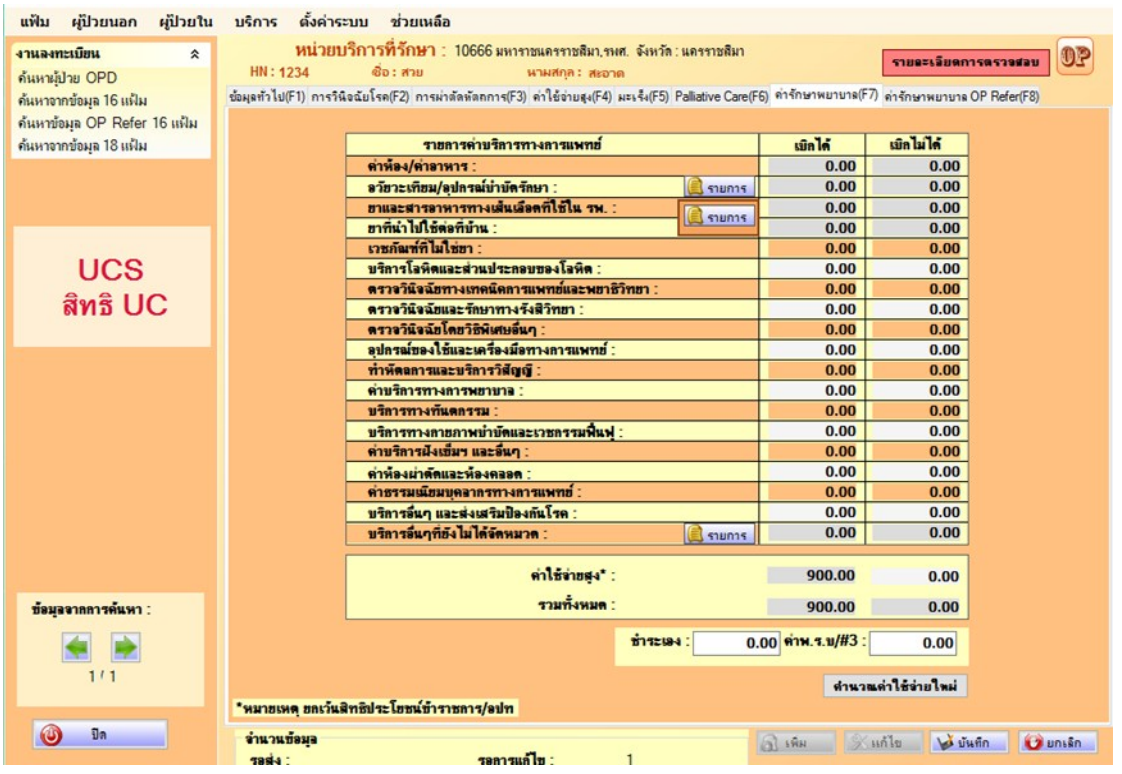
1.2 กรณีให้บริการข้ามจังหวัด เลือกเงื่อนไขเป็น Normal Accident Emergency หรือ OP Refer ข้ามจังหวัด ตามเงื่อนไขการรับบริการและสิทธิประโยชน์ที่กำหนด



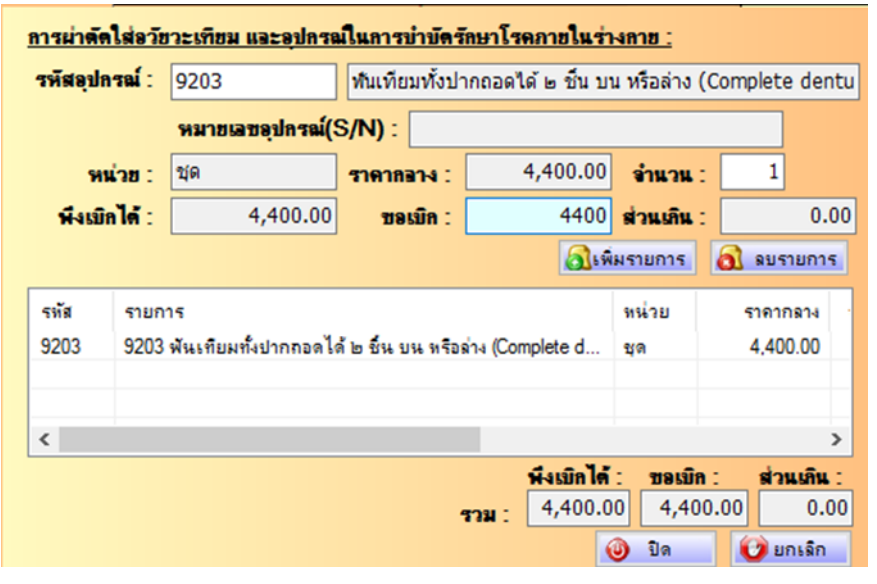


ภาพการบันทึกเบิกอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา

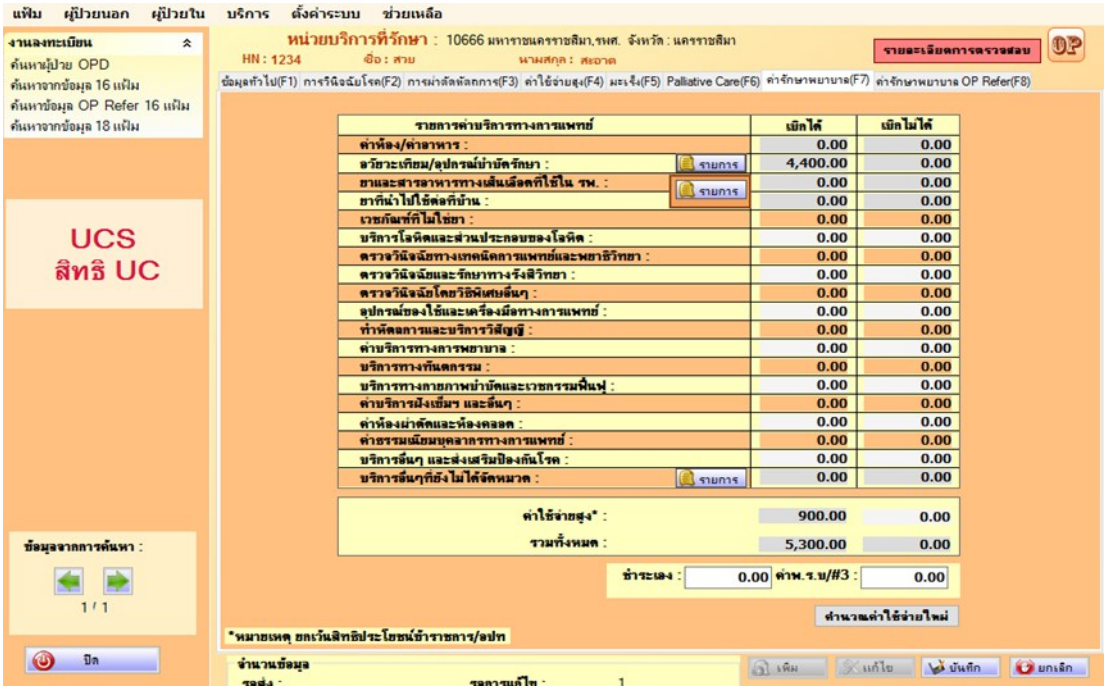
2. การบันทึกเบิกอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษาในหน้าค่ารักษาพยาบาล เหมือนกันทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน



ภาพการบันทึกเบิกอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา



ภาพการบันทึกเบิกอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา



ภาพการบันทึกเบิกอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา

21) การบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

ขั้นตอนการขอ Username/Password เพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลการใช้อุปกรณ์ในระบบ VMI

1. หน่วยบริการรับการตรวจประเมินจาก สปสช. กรณีที่ผ่านตามแนวทางที่กำหนด จะได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน PCI ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. สปสช. โดยสำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ (สจช.) ส่งหนังสือถึงองค์การเภสัชกรรม แจ้งรายชื่อหน่วยบริการเข้าใหม่ เพื่อเพิ่มในฐานข้อมูลเบิกของโปรแกรม องค์การเภสัชกรรม และดำเนินการออก Username/Password ให้หน่วยบริการจัดส่งให้ สจช.

3. สจช. ประสานหน่วยบริการเพื่อแจ้ง Username/Password คู่มือการใช้งานเบื้องต้น และหนังสือแจ้งรายละเอียดรายการอุปกรณ์ที่สามารถเบิกได้ในระบบ VMI เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบันทึกข้อมูลการใช้อุปกรณ์ผ่านโปรแกรมของ อภ.ต่อไป

22) การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ (โปรแกรม e-Claim) แบ่งเป็น

1. ค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการผู้ป่วยใน (รวมบริการผ่าตัด) จ่ายชดเชยตามกลุ่ม วินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ตามอัตราจ่ายผู้ป่วยในระดับเขต

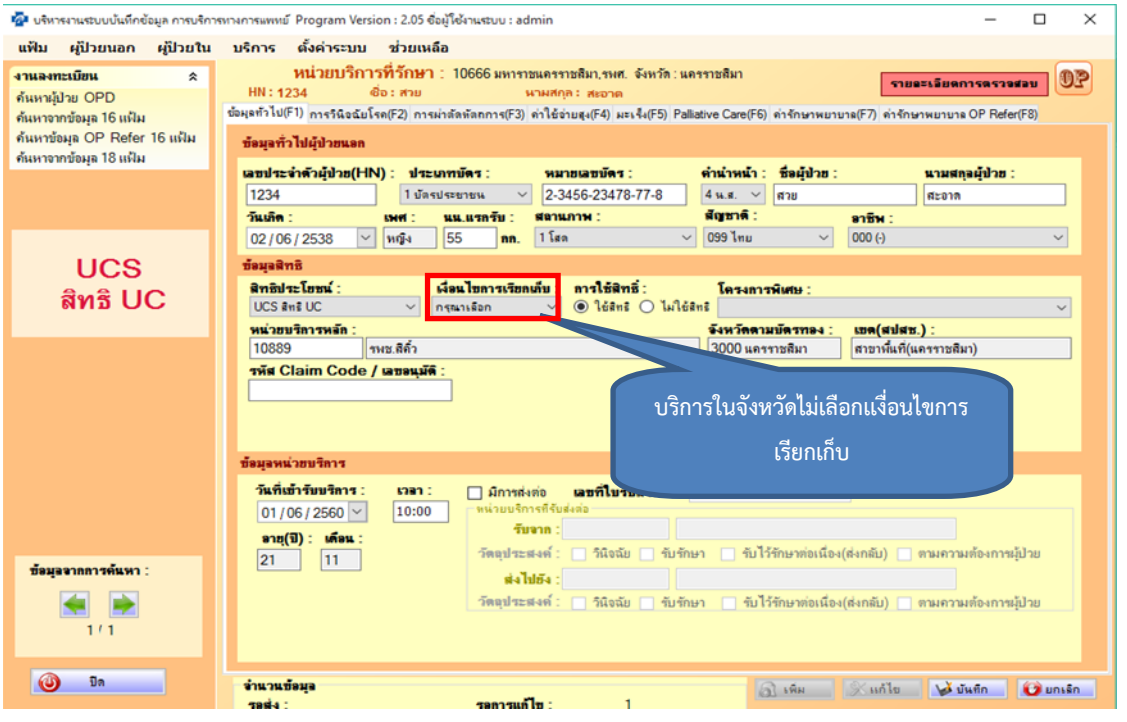
2. ค่าอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมและอุปกรณ์อื่น จ่ายชดเชยเป็นเงินจากกองทุนงบบริการกรณีเฉพาะ ไม่เกินเพดานราคาตามประกาศ สปสช. เรื่องรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมและข้อบ่งชี้ในการบำบัดโรค พ.ศ. 2559 ตามที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมและอุปกรณ์อื่น ๆ ที่ใช้ในระบบ E-Claim พร้อมหลักฐานการใช้อุปกรณ์ข้อเข่าเทียม (สติกเกอร์) ในเวชระเบียน

23) การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง

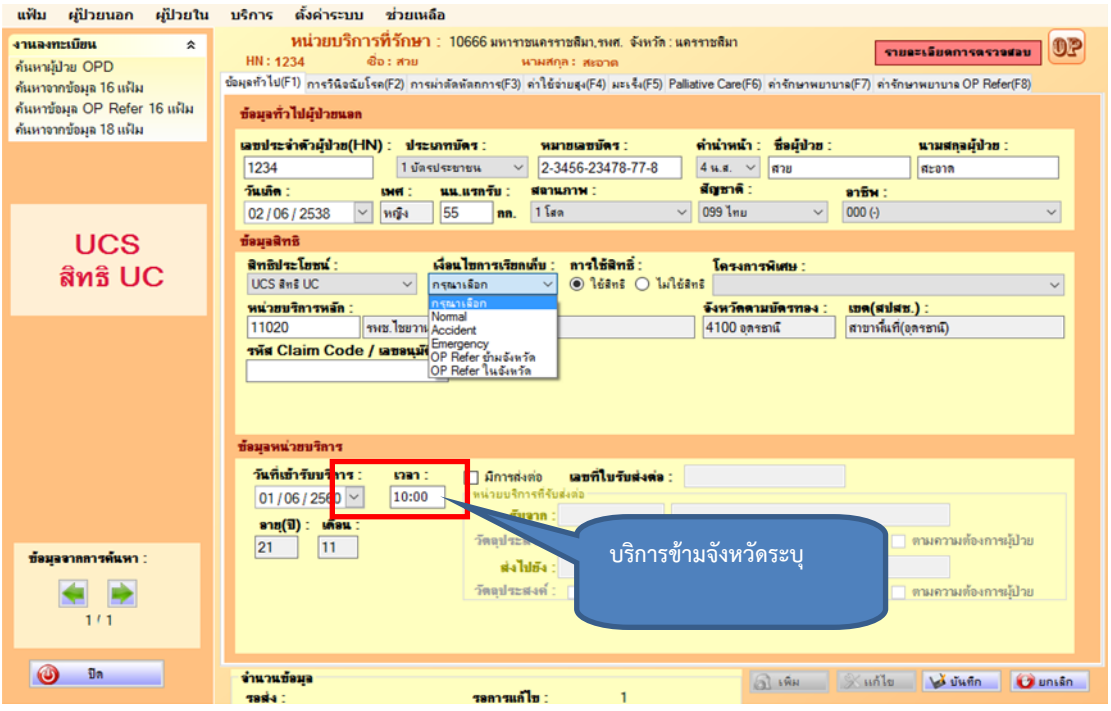
1. ผู้ป่วยนอก ข้อมูลทั่วไป F1

1.1 กรณีให้บริการในจังหวัด ไม่ต้องเลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บ

1.2 กรณีให้บริการข้ามจังหวัด เลือกเงื่อนไขเป็น Normal Accident Emergency หรือ OP Refer ข้ามจังหวัด ตามเงื่อนไขการรับบริการและสิทธิประโยชน์ที่กำหนด

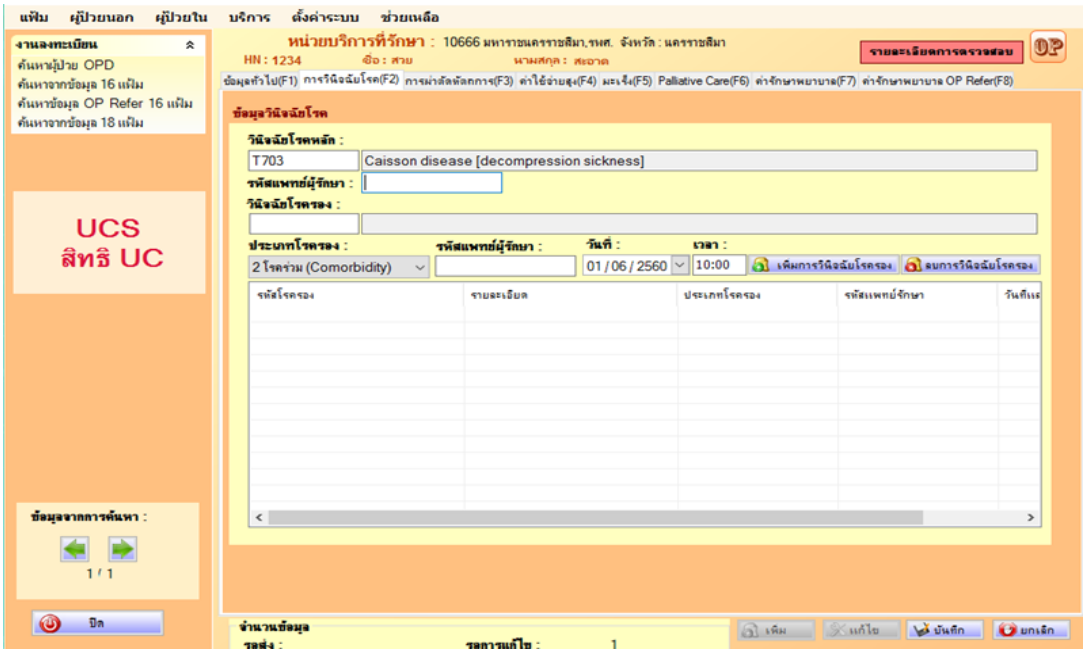


ภาพการบันทึกการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง



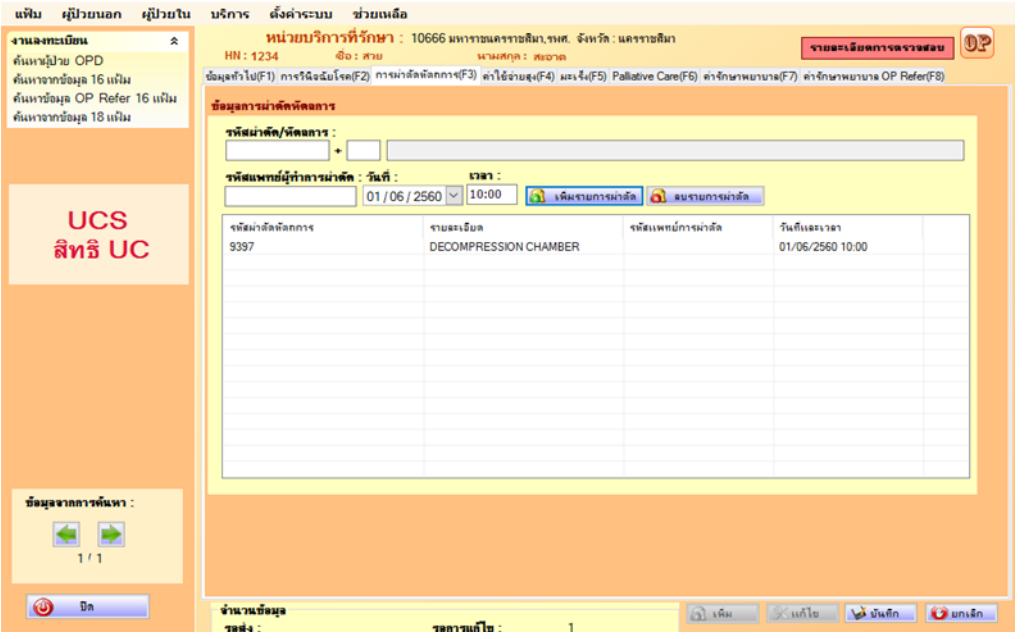
ภาพการบันทึกการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง

2. บันทึกรหัสโรคในหน้า F2 ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน



ภาพการบันทึกการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง

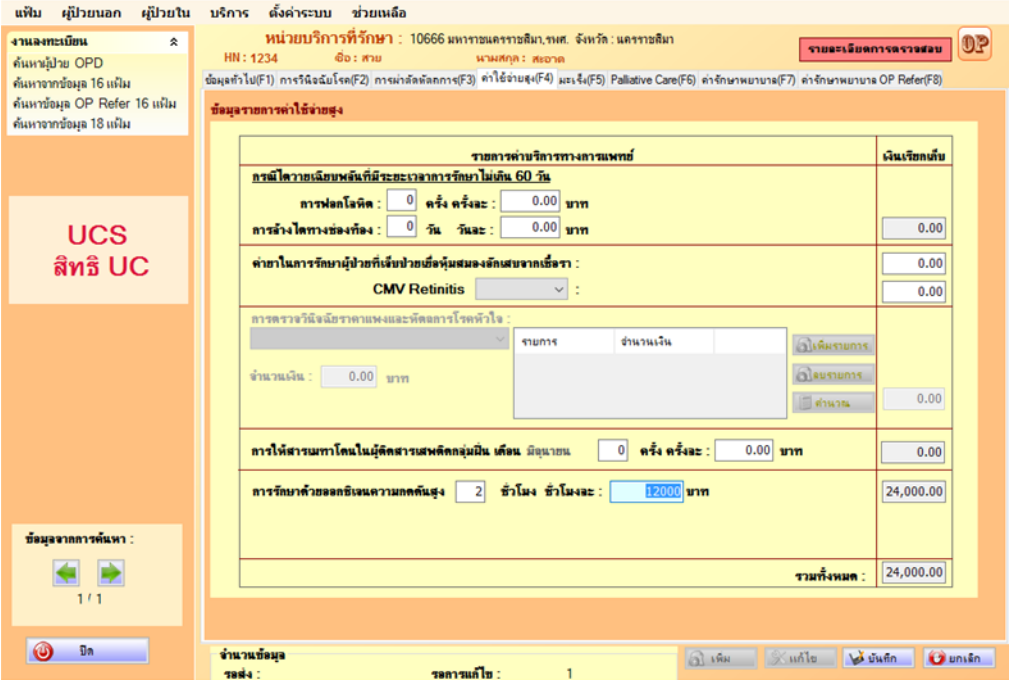
3. บันทึกรหัสหัตถการในหน้า F3 ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน



ภาพการบันทึกการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง

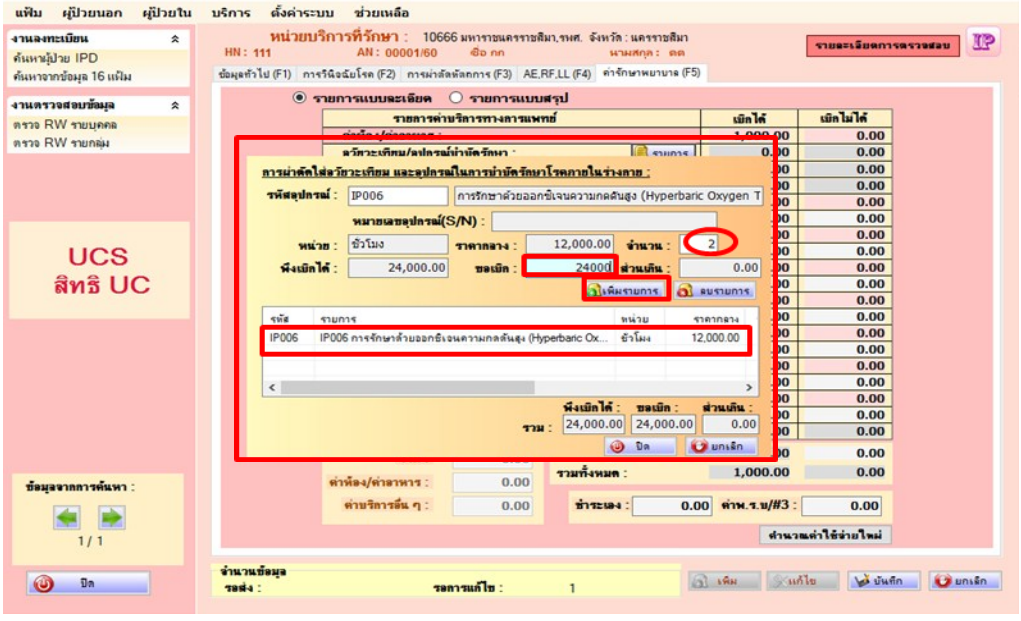
4. บันทึกข้อมูลเบิกกรณีรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง

4.1 ผู้ป่วยนอกบันทึกเบิกในหน้า F4 ค่าใช้จ่ายสูง

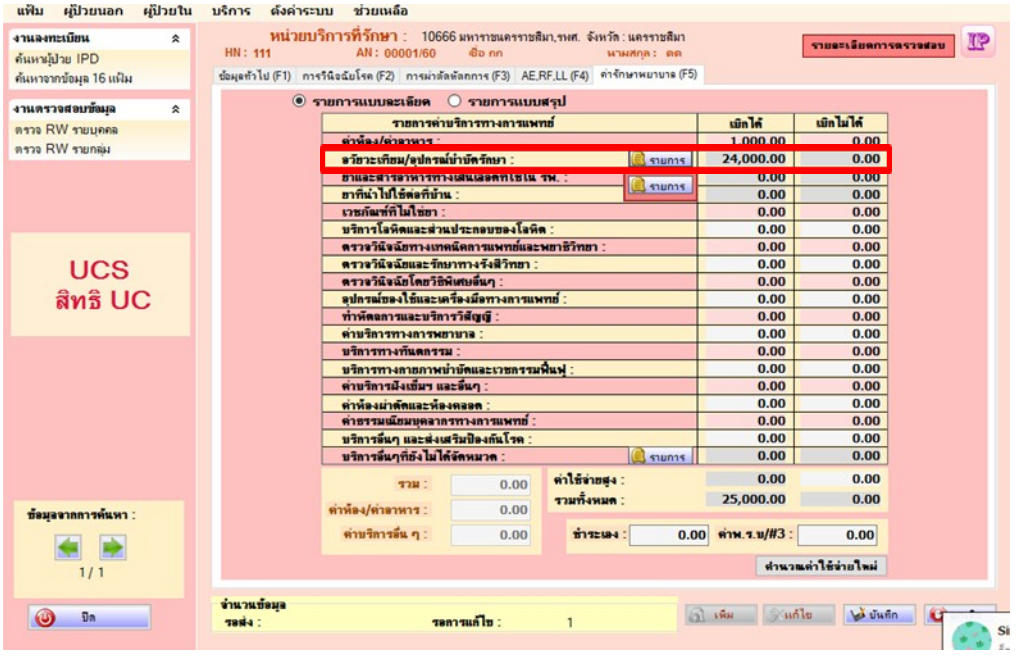


ภาพการบันทึกข้อมูลเบิกกรณีรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง

4.2 ผู้ป่วยในบันทึกหน้าค่ารักษาพยาบาล F5 เมนู อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา รหัสเบิก IP006



ภาพการบันทึกหน้าค่ารักษาพยาบาล อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา

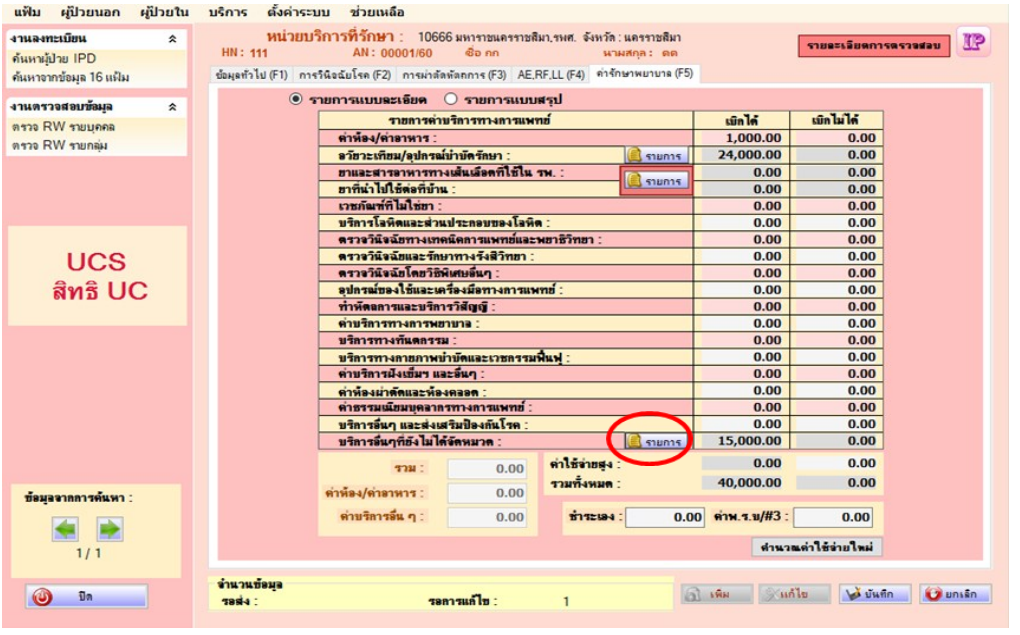


ภาพการบันทึกหน้าค่ารักษาพยาบาล อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา

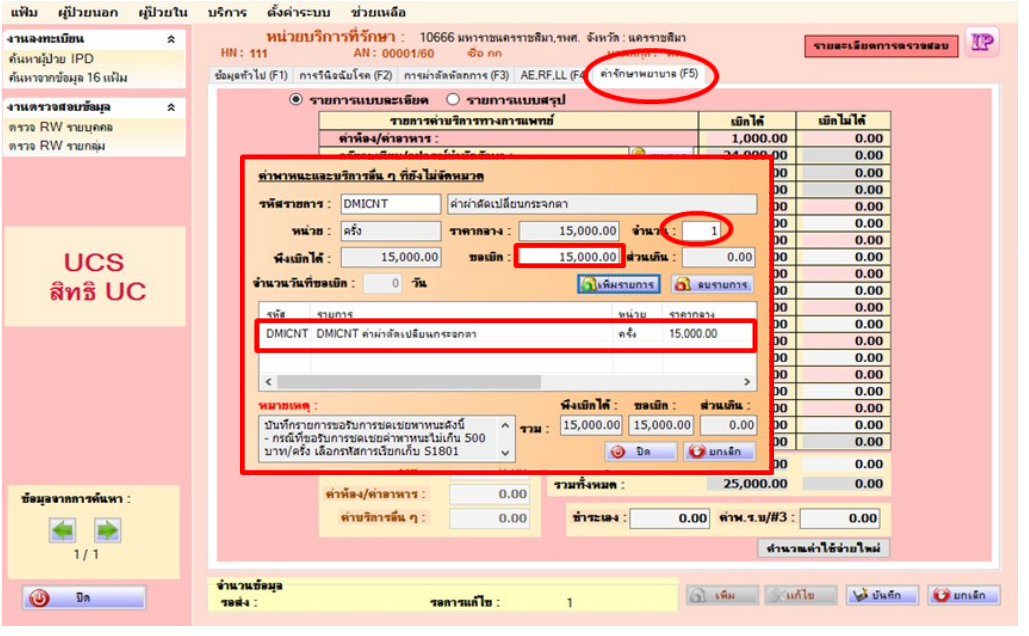
24) การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

1. บันทึกเบิกกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Cornea Transplant) ในหน้าค่ารักษาพยาบาล F5 เมนูรายการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด รหัสเบิก DMICNT

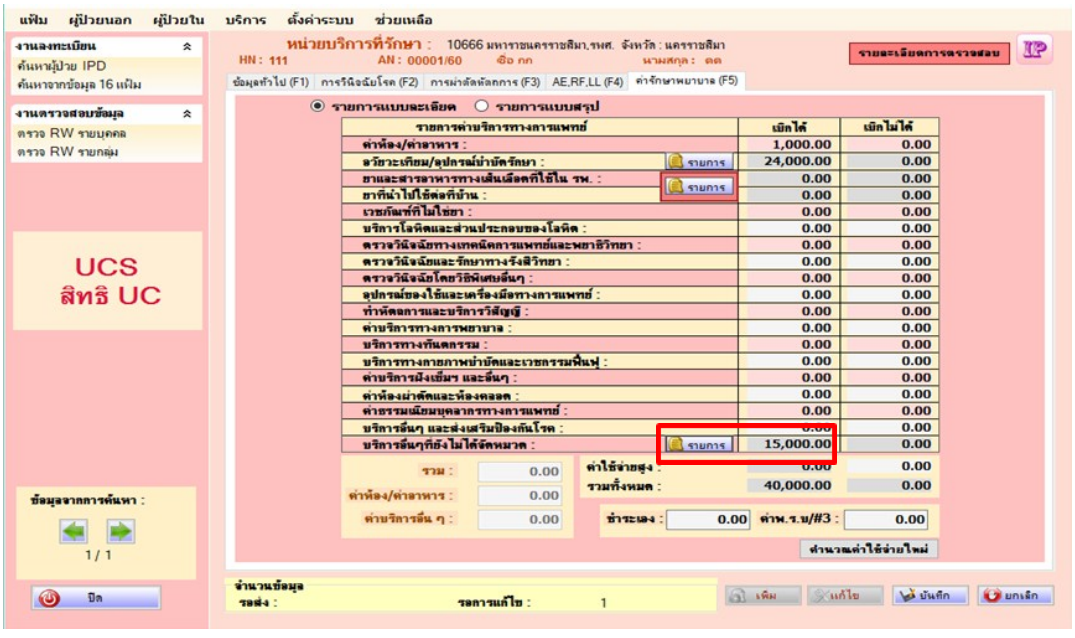
2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน



ภาพการบันทึกเบิกกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา



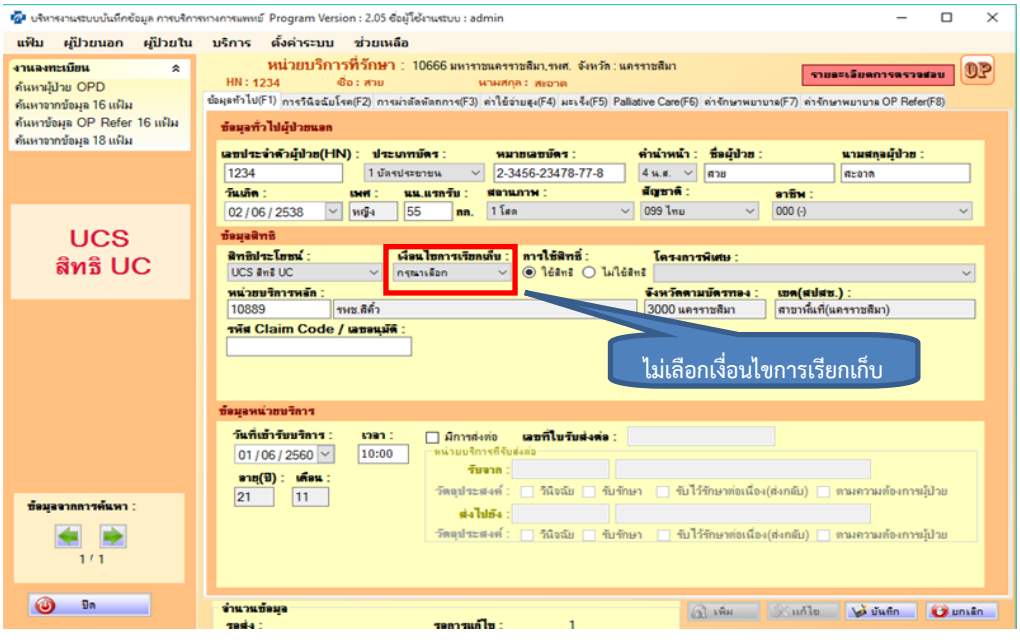
ภาพการบันทึกเบิกกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา



ภาพการบันทึกเบิกกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

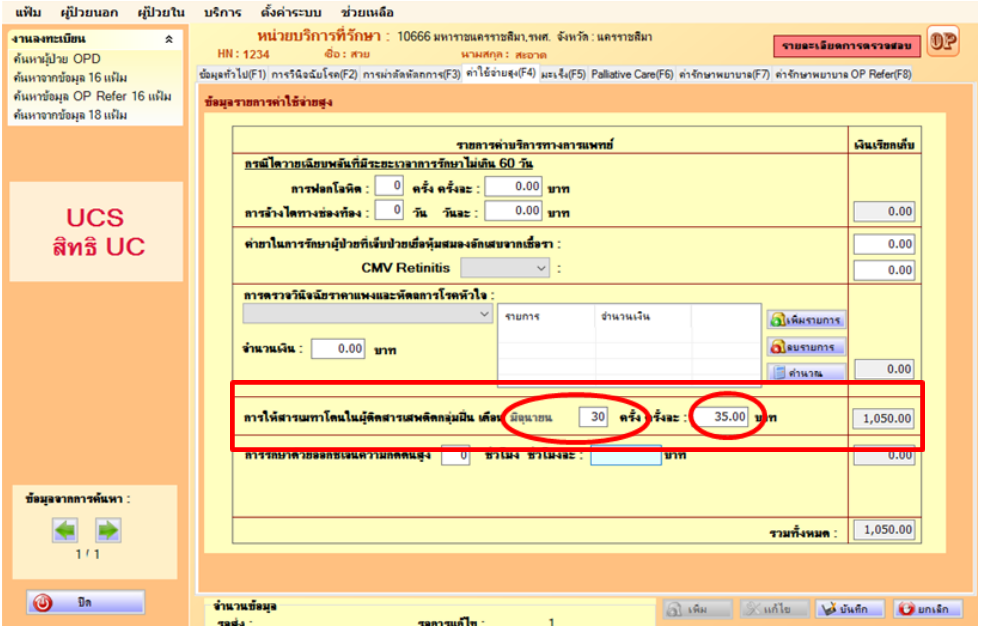
25) ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment: MMT)

1. บันทึกเบิกได้เฉพาะผู้ป่วยนอก ข้อมูลทั่วไป F1 ไม่ต้องเลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บ ผู้ป่วยสามารถรับบริการต่างหน่วยบริการประจำได้

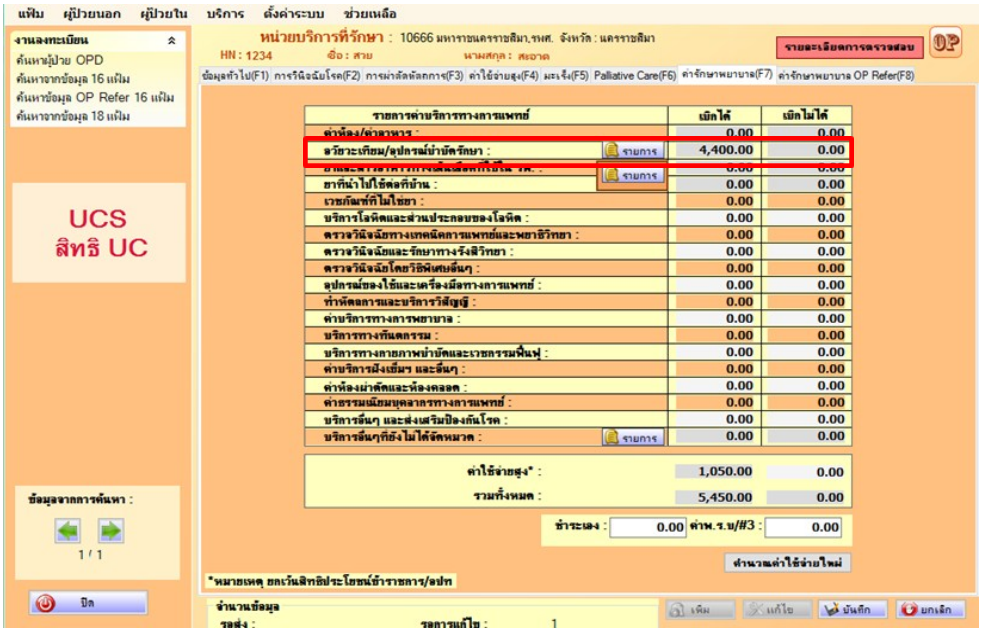


ภาพการบันทึกเบิกได้เฉพาะผู้ป่วยนอก ข้อมูลทั่วไป

2. บันทึกเบิกค่าสารเมทาโดนในหน้า F5 ค่าใช้จ่ายสูง บันทึกจำนวนวันไม่เกินจำนวนวันของเดือนที่รับบริการ



ภาพการบันทึกเบิกได้เฉพาะผู้ป่วยนอก ข้อมูลทั่วไป

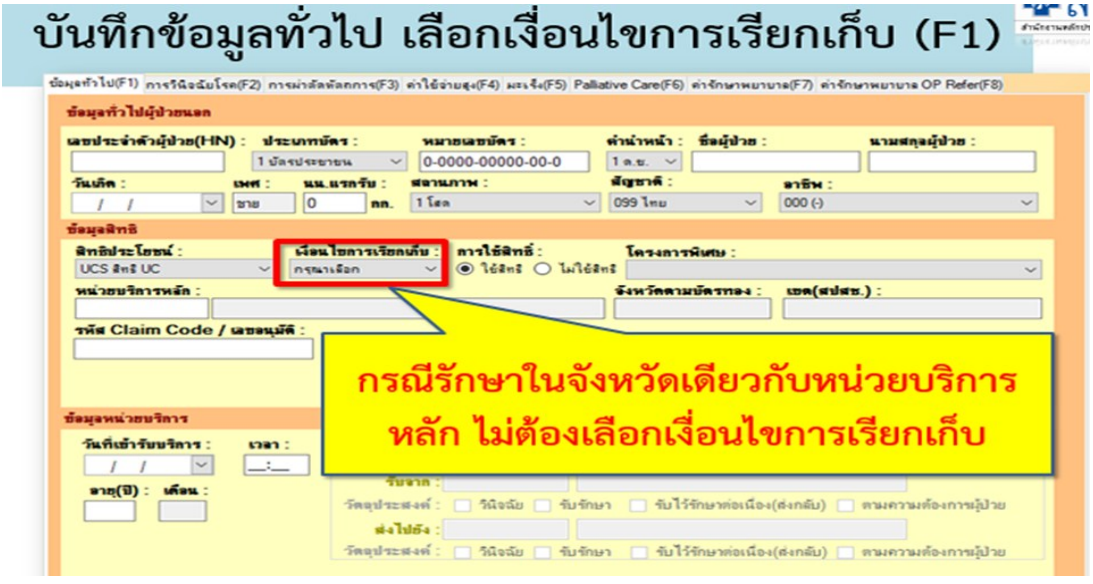


ภาพการบันทึกเบิกได้เฉพาะผู้ป่วยนอก ข้อมูลทั่วไป

26) ค่าบริการแบบประคับประคอง(Palliative care) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

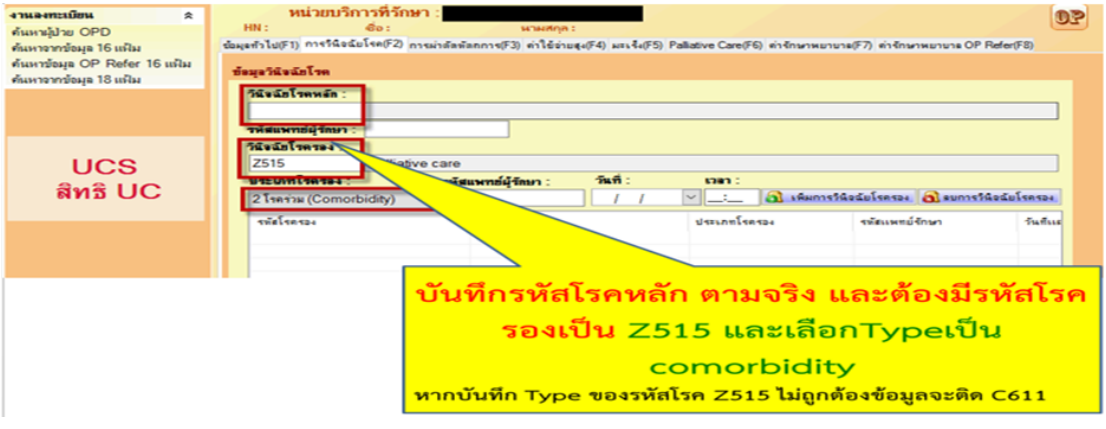
หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการ ด้วยโปรแกรม e-claim ของ สปสช.ภายใน 30 วันหลังให้บริการ หลังจากนั้น สปสช.จะประมวลผลจ่ายชดเชยและตอบกลับให้หน่วยบริการทราบทุกวันจันทร์ วันพุธ วันศุกร์ หลังจากนั้น สปสช.จะออก Statement การจ่ายเงินให้หน่วยบริการโดยตัดรอบการส่งข้อมูลทุกสิ้นเดือน มีรายละเอียด ดังนี้

1. บันทึกข้อมูลทั่วไปให้ครบถ้วน เลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บ (F1) กรณีรักษาในจังหวัดเดียวกับหน่วยบริการหรือหน่วยบริการรักษาเป็นหน่วยบริการประจำ ไม่ต้องเลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บ ตามภาพ



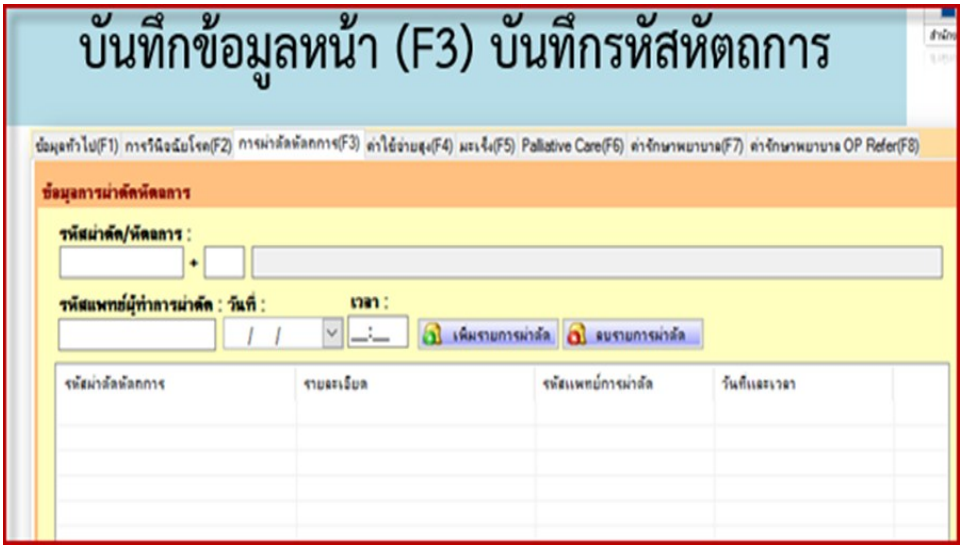
ภาพการบันทึกเงื่อนไขการเรียกเก็บบริการดูแลแบบประคับประคอง

2. บันทึกข้อมูลหน้า (F2) บันทึกรหัสโรค ดังภาพ



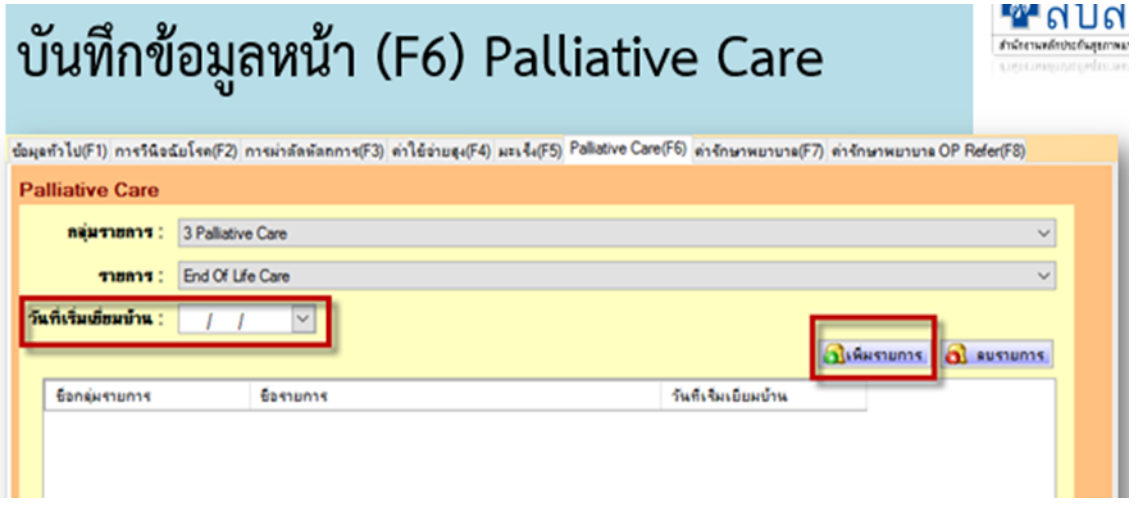
ภาพการบันทึกรหัสโรค

3. บันทึกข้อมูลหน้า (F3) บันทึกรหัสหัตถการให้สอดคล้องกับกรณีที่ขอเบิก ตามภาพ



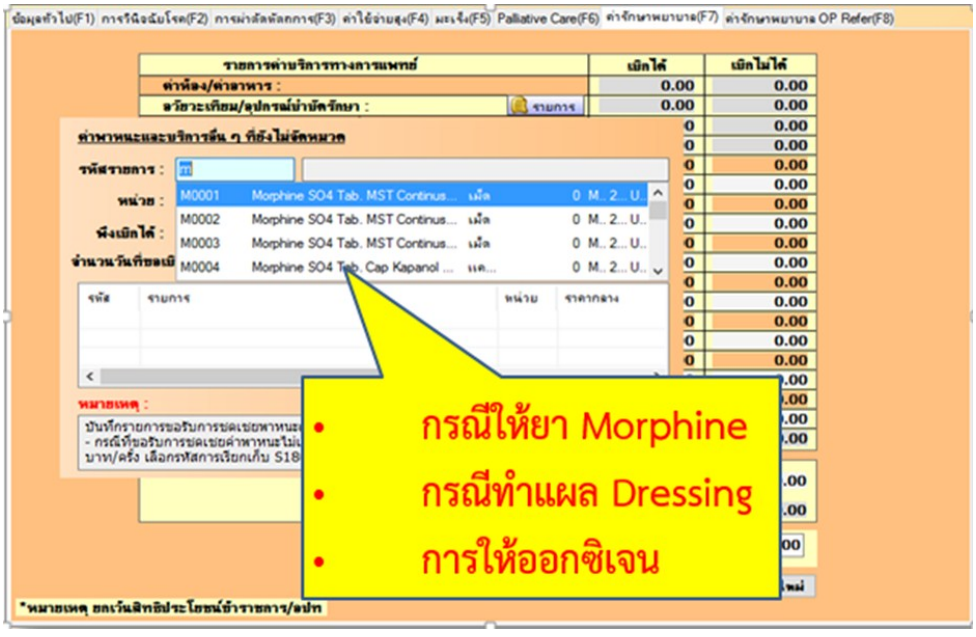
ภาพการบันทึกข้อมูลหน้า (F3) บันทึกรหัสหัตถการ

4. บันทึกข้อมูลหน้า (F6) Palliative Carey เลือกกลุ่มรายการ 3 เลือกรายการ : End Of Life Care และระบุวันที่เริ่มเยี่ยมบ้าน แล้วกดปุ่มเพิ่มรายการ ตามภาพ



ภาพบันทึกข้อมูลหน้า (F6) Palliative Care

3. บันทึกข้อมูลหน้า F7 เลือกที่ปุ่มรายการบริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด กรณีที่หน่วยบริการมีการให้บริการเกี่ยวกับการให้ยา Morphine และหรือทำแผล (Dressing) และหรือมีการให้ออกซิเจน โดยเลือกตามรายการ ถ้าไม่ได้ให้บริการกรณีดังกล่าวแต่มีการออกเยี่ยมบ้าน ไม่ต้องบันทึกรายการในส่วนนี้ ตามภาพ



ภาพบันทึกข้อมูลหน้า F7 เลือกที่ปุ่มรายการบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด

ภาคผนวก 13

ขั้นตอนการอุทธรณ์จ่ายชดเชย (e-Appeal) ผ่านโปรแกรม e-Claim

คำนิยาม

การอุทธรณ์การจ่ายชดเชย (e-Appeal) หมายถึง การขอแก้ไขข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ (ผ่าน A) และเป็นข้อมูลที่ได้ตัดยอดข้อมูลออกรายงานการรักษา (Statement) แล้ว ในระบบอิเลคทรอนิกส์ผ่านโปรแกรม e-Claim

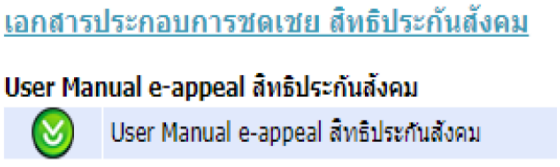
หลักเกณฑ์

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) และข้อมูล OP Refer ข้ามจังหวัด สามารถดำเนินการอุทธรณ์การจ่ายชดเชย (e-Appeal) ได้ เฉพาะข้อมูลที่ออก Statement แล้วเท่านั้น

สิทธิข้าราชการ (OFC) สามารถดำเนินการอุทธรณ์การจ่ายชดเชย (e-Appeal) ได้ เฉพาะข้อมูลที่ออก Statement แล้วเท่านั้น

สิทธิองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อปท. (LGO) สามารถดำเนินการอุทธรณ์การจ่ายชดเชย (e-Appeal) ได้ เฉพาะข้อมูลที่ได้รับ REP และเป็นข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ (ผ่าน A) เท่านั้น

สิทธิประกันสังคม (SSS) สามารถดำเนินการอุทธรณ์การจ่ายชดเชย (e-Appeal) ได้ เฉพาะข้อมูลที่ออก Statement แล้วเท่านั้น คู่มือการดำเนินการสามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บ e-Claim เมนูดาวน์โหลด ส่วนของเอกสารประกอบการชดเชย สิทธิประกันสังคม



ขั้นตอนการขออุทธรณ์ข้อมูล

การอุทธรณ์จ่ายชดเชย (e-Appeal) เพื่อขอแก้ไขข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจาก สปสช. มีขั้นตอนดังนี้

1. การตรวจสอบสถานะข้อมูล เพื่อให้ทราบสถานะข้อมูลที่ต้องการแก้ไขเป็นข้อมูลที่ออก Statement แล้วหรือไม่ สามารถตรวจสอบผ่านทางหน้าเว็บ e-Claim มีขั้นตอนดังนี้

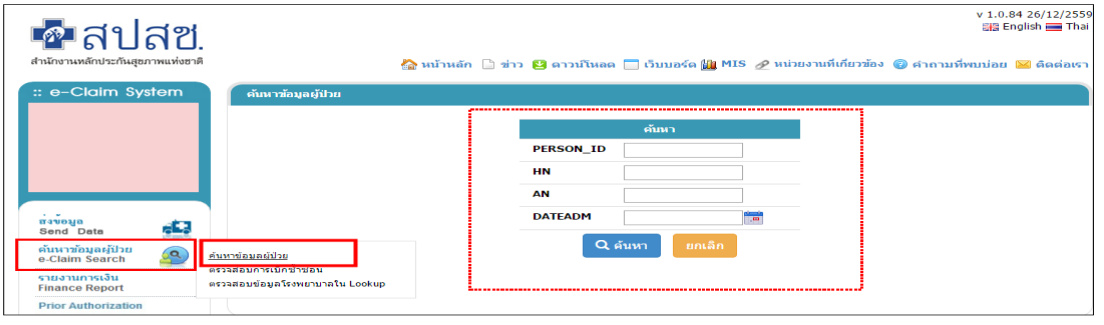
1.1 เลือกที่เมนูค้นหาข้อมูลผู้ป่วย

1.2 เลือกเมนูค้นหาข้อมูลผู้ป่วย

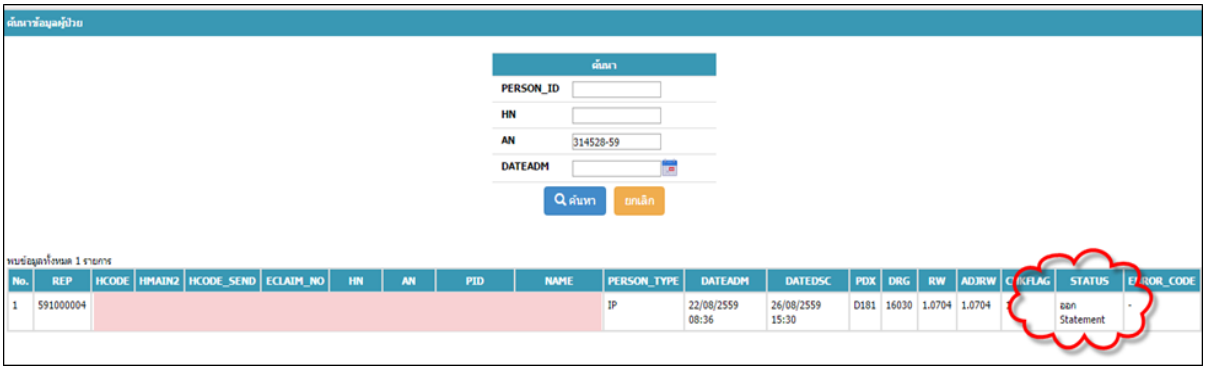
1.3 เมื่อเข้าสู่หน้า ค้นหาข้อมูลผู้ป่วย ให้ระบุเงื่อนไข ดังนี้

- ระบุ PERSON_ID (เลขที่บัตรประชาชน)
- ระบุ HN
- ระบุ AN
- ระบุ DATEADM (วันที่รับบริการ)

1.4 ข้อมูลที่จะสามารถทำ e-appeal ได้ ต้องเป็นข้อมูลที่ STATUS= ออก Statement เท่านั้น

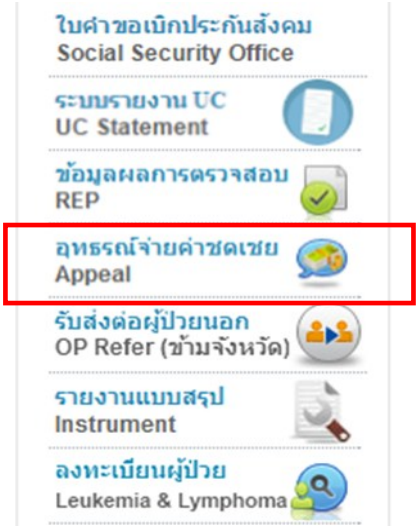


ภาพหน้าจอค้นหาข้อมูลผู้ป่วย



ภาพหน้าจอแสดงผลการค้นหาข้อมูลผู้ป่วย

2. การดาวน์โหลดไฟล์ e-Appeal หากตรวจสอบข้อมูลที่ต้องการแก้ไขมีสถานะเป็น “ออก Statement” แล้ว ให้ผู้ใช้งานเลือกที่เมนู อุทธรณ์จ่ายค่าชดเชย Appeal



ภาพหน้าจอแสดงเมนูอุทธรณ์จ่ายค่าชดเชย Appeal

2.1 เมื่อเข้าสู่หน้า การอุทธรณ์จ่ายค่าชดเชย (e-Appeal) ให้ระบุเงื่อนไข ดังนี้

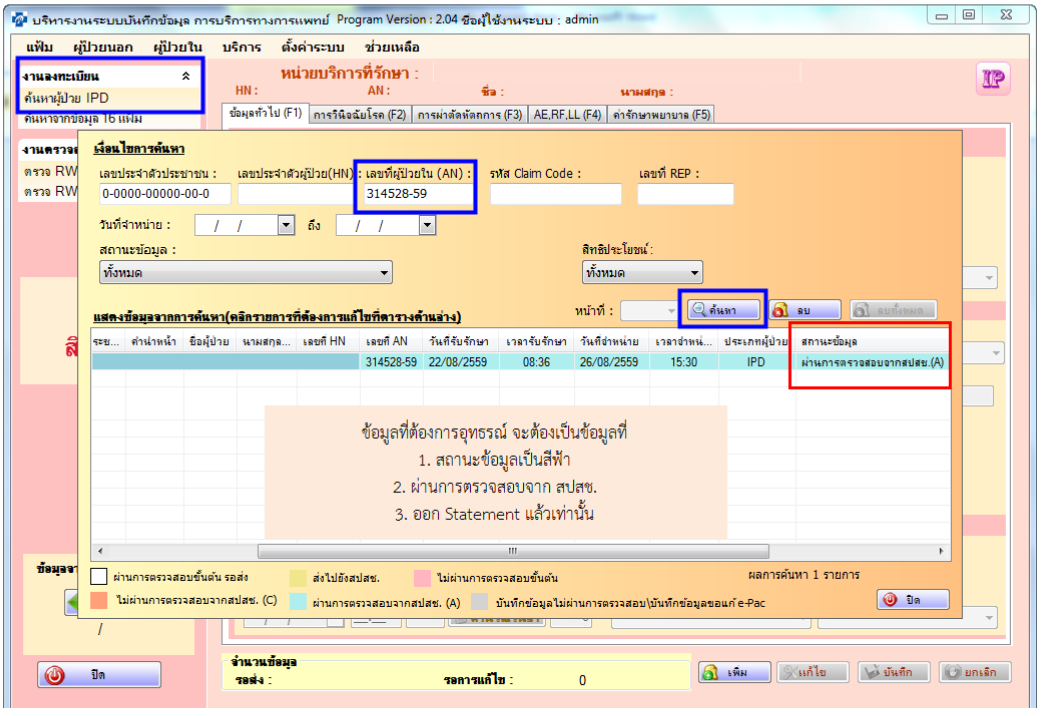
- เลือกเป็น IPD (ผู้ป่วยใน) หรือ OPD (ผู้ป่วยนอก)
- ระบุ PERSON_ID (เลขที่บัตรประชาชน)
- ระบุ HN
- ระบุ AN
- ระบุ DATEADM (วันที่รับบริการ)

2.2 เมื่อระบุรายละเอียดเงื่อนไข แล้วให้กดปุ่ม ค้นหา และหน้าจอจะแสดงข้อมูลผู้ป่วย และให้คลิกที่ Download เพื่อ Download ข้อมูลการอุทธรณ์ค่าชดเชย e-Appeal เพื่อนำเข้าโปรแกรม e-Claim



ภาพหน้าจอแสดงเงื่อนไขการค้นหาข้อมูล e-appeal

3. **ตรวจสอบสถานะข้อมูลที่ต้องการอุทธรณ์ ในโปรแกรม e-Claim** สถานะข้อมูลต้องเป็นสีฟ้า (ผ่านการตรวจสอบจาก สปสช.) และเป็นข้อมูลที่ออก Statement แล้วเท่านั้น โดยเลือกที่เมนูค้นหาผู้ป่วย OPD หรือค้นหาผู้ป่วย IPD แล้วแต่กรณี ดังภาพ



ภาพหน้าจอโปรแกรม e-Claim แสดงผลการค้นหาข้อมูลที่ต้องการอุทธรณ์

<u>ปัญหาที่พบบ่อย</u>

1. **หากสถานะข้อมูลเป็นสีเหลือง** เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการจะต้องทำการรับ REP ให้เรียบร้อยก่อน

2. **หากสถานะข้อมูลเป็นสีเทา** ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่ สปสช. เพื่อแจ้งแนวทางการแก้ไข เพราะปัญหาของหน่วยบริการแต่ละแห่งจะแตกต่างกัน

3. **หากไม่พบข้อมูลที่ต้องการแก้ไขในโปรแกรม e-Claim** ให้เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการทำหนังสือขอฐานข้อมูลกลับจาก สปสช. โดยใช้แบบฟอร์ม FM-20-002 ดาวน์โหลดได้จากเว็บ e-Claim เมนูดาวน์โหลด



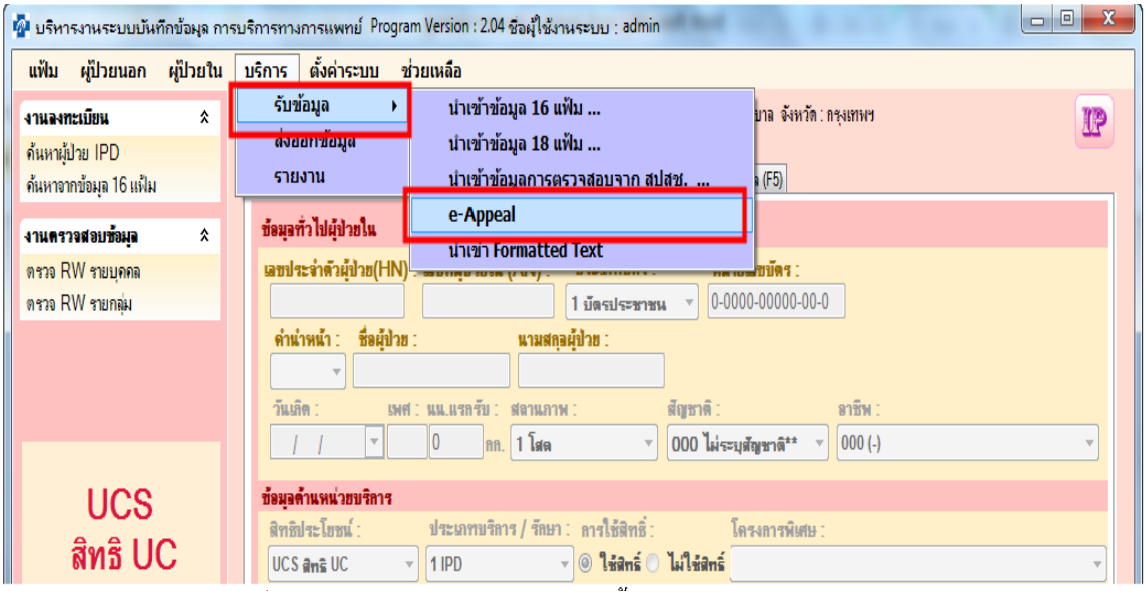
4. การนำเข้าข้อมูล e-appeal หากสถานะข้อมูลที่ต้องการอุทธรณ์เป็นสีฟ้า ให้ทำการนำเข้าข้อมูล e-appeal ขั้นตอนดังนี้

4.1 เลือกที่เมนูบริการ >> รับข้อมูล >> e-Appeal

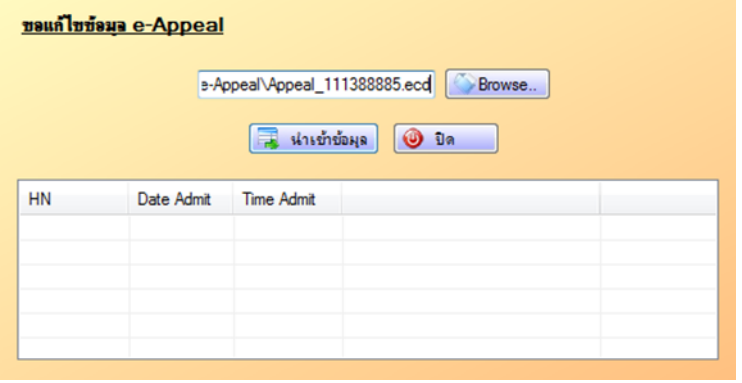
4.2 Browse.. ไฟล์ e-appeal ที่ดาวน์โหลดจากเว็บ ในข้อ 2.2

4.3 กดปุ่มนำเข้าข้อมูล หากสถานะข้อมูลถูกต้อง โปรแกรมจะแจ้งว่าปรับสถานะข้อมูลแล้ว

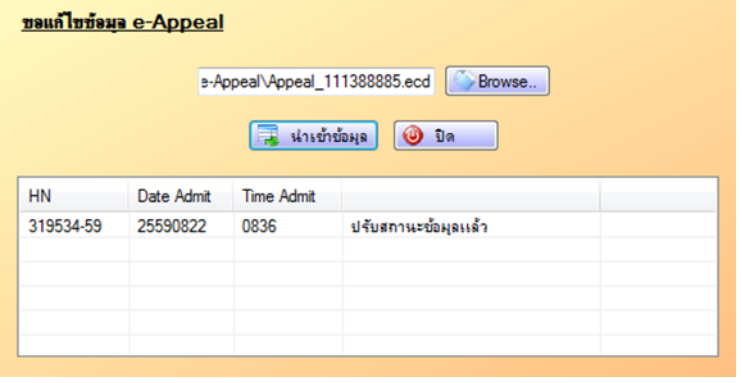
4.4 หากโปรแกรมแจ้งข้อความอื่น ให้ตรวจสอบสถานะข้อมูลตามแนวทางข้อ 3 ส่วนของปัญหาที่พบบ่อย



ภาพหน้าจอโปรแกรม e-Claim แสดงขั้นตอนการรับไฟล์ e-Appeal



ภาพหน้าจอโปรแกรม e-Claim แสดงการ Browe ไฟล์ e-appeal ที่ดาวน์โหลดจากเว็บ



ภาพหน้าจอโปรแกรม e-Claim แสดงข้อความหลังการนำเข้าไฟล์ e-appeal

5. การแก้ไขข้อมูล เมื่อนำเข้าไฟล์ e-Appeal ในโปรแกรม e-Claim เรียบร้อยแล้ว ให้ดำเนินการดังนี้

5.1 เลือกที่เมนูค้นหาผู้ป่วย OPD หรือค้นหาผู้ป่วย IPD แล้วแต่กรณี กรอกรายละเอียดเคสที่ต้องการอุทธรณ์ กดค้นหา จะปรากฏข้อมูล 2 record ประกอบด้วย

- **ข้อมูลสถานะสีเทา** หมายถึง ข้อมูลเก่าซึ่งไม่สามารถทำการแก้ไขข้อมูลได้ (Log)
- **ข้อมูลสถานะสีขาว** หมายถึง ข้อมูลที่หน่วยบริการสามารถทำการแก้ไขได้ โดยการ Double click ที่ข้อมูล จากนั้นทำการแก้ไขข้อมูล และตรวจสอบการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง แล้วจึงส่งออกไฟล์ เพื่อส่งไปยัง สปสช.

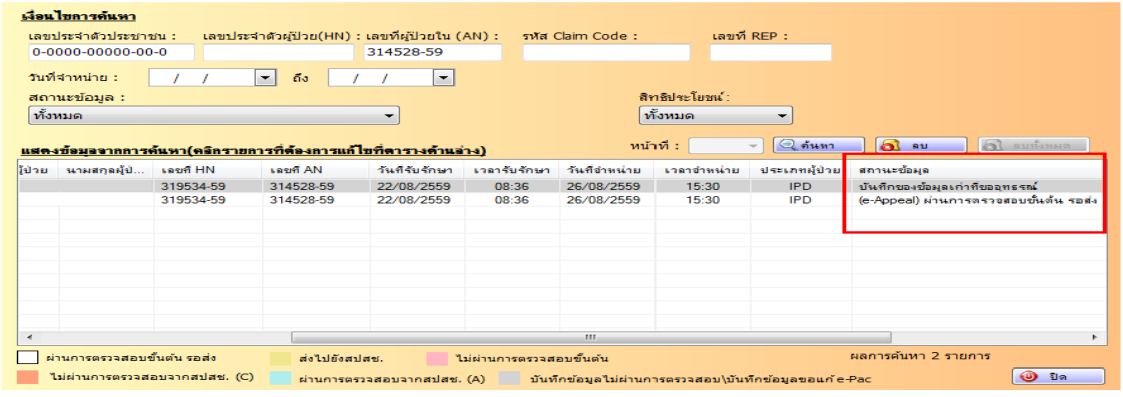
5.2 เลือกข้อมูล record สถานะสีขาว เพื่อทำการแก้ไข

5.3 แก้ไขข้อมูลให้ครบถ้วน

5.4 จากนั้นกดบันทึก

หมายเหตุ

การนำเข้าไฟล์ e-Appeal ในโปรแกรม e-Claim ใน 1 เคส สามารถนำเข้าได้เพียง 1 ครั้งเท่านั้น ดังนั้น เมื่อนำเข้าไฟล์ e-appeal เรียบร้อยแล้ว **ห้ามลบข้อมูล record สีขาว เด็ดขาด** เพราะจะทำให้หน่วยบริการไม่สามารถทำการ e-appeal ได้ หากเกิดปัญหาหลังการนำเข้าข้อมูล เช่น บันทึกข้อมูลไม่ผ่าน ติด C เบื้องต้น ให้เจ้าหน้าที่โทรประสานแจ้งหน้าที่ e-Claim เพื่อสอบถามแนวทางการแก้ไข



ภาพหน้าจอโปรแกรม e-Claim แสดงสถานะข้อมูลหลังจากรับไฟล์ e-Appeal

6. การส่งออกไฟล์ e-Appeal

หลังจากที่หน่วยบริการดำเนินการแก้ไขข้อมูลเรียบร้อยแล้ว หน่วยบริการต้องส่งออกข้อมูลในรูปแบบไฟล์ .ecd เพื่อส่งเข้ามาตรวจสอบในระบบ online การส่งออกข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

6.1 เลือกที่เมนูบริการ >> ส่งออกข้อมูล

6.2 เลือก**รูปแบบข้อมูล เป็น 3 = ข้อมูล Appeal** และเลือกสิทธิประโยชน์

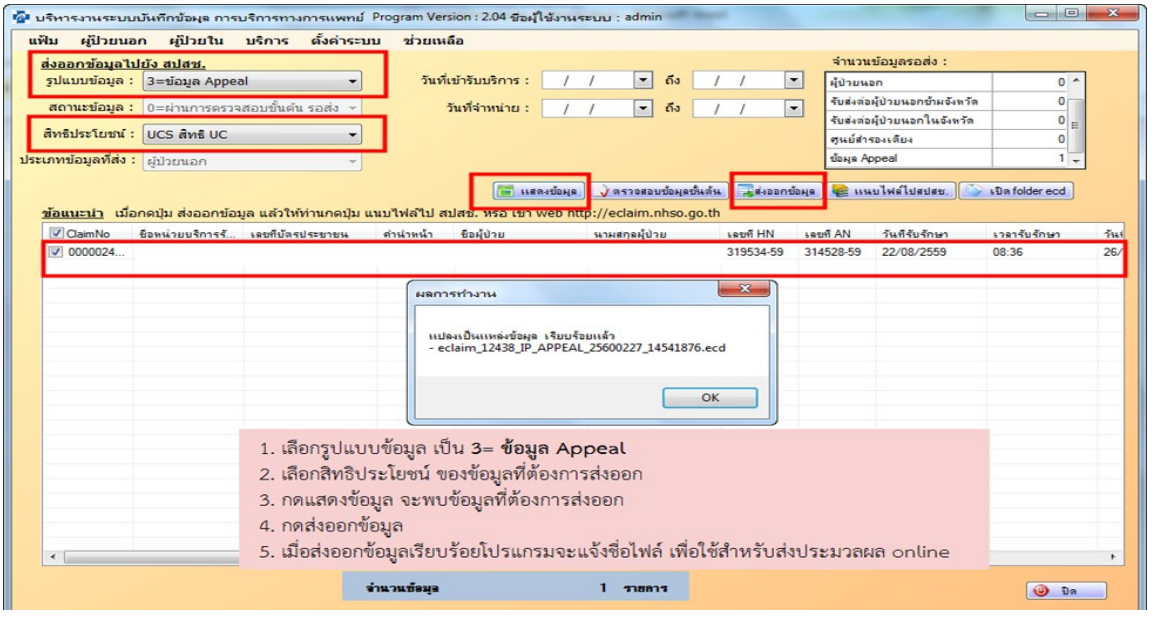
6.3 เลือกสิทธิประโยชน์ ของข้อมูลที่ต้องการส่งออก

6.4 กดแสดงข้อมูล จะพบข้อมูลที่ต้องการส่งออก

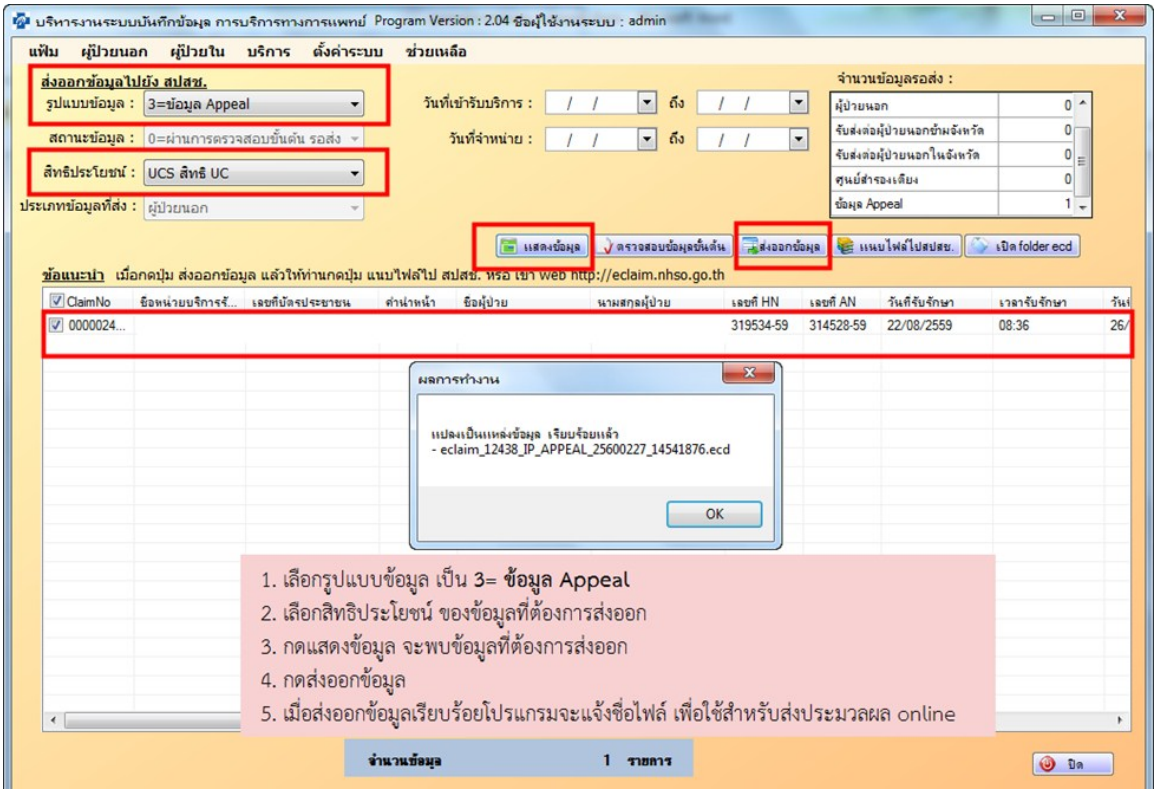
6.5 กดส่งออกข้อมูล

6.6 เมื่อส่งออกข้อมูลเรียบร้อยโปรแกรมจะแจ้งชื่อไฟล์

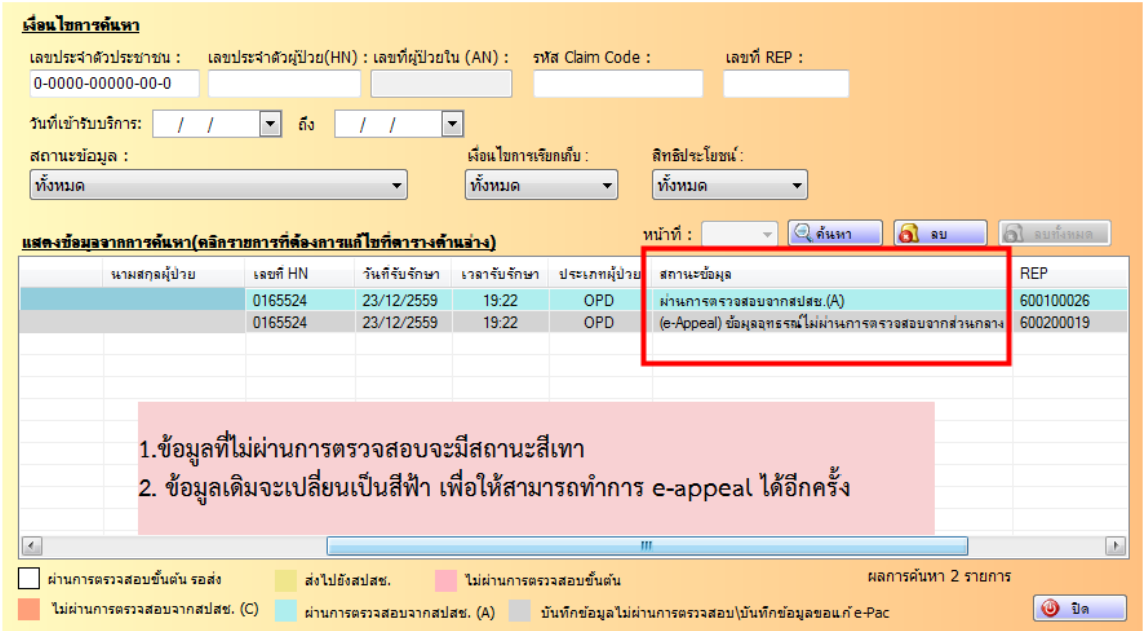
6.7 ให้นำไฟล์ดังกล่าวส่งเข้าระบบเพื่อประมวลผลต่อไป



ภาพหน้าจอโปรแกรม e-Claim การส่งออกข้อมูล



ภาพหน้าจอโปรแกรม e-Claim แสดงการเลือกข้อมูล e-appeal เพื่อส่งออกไฟล์ .ecd



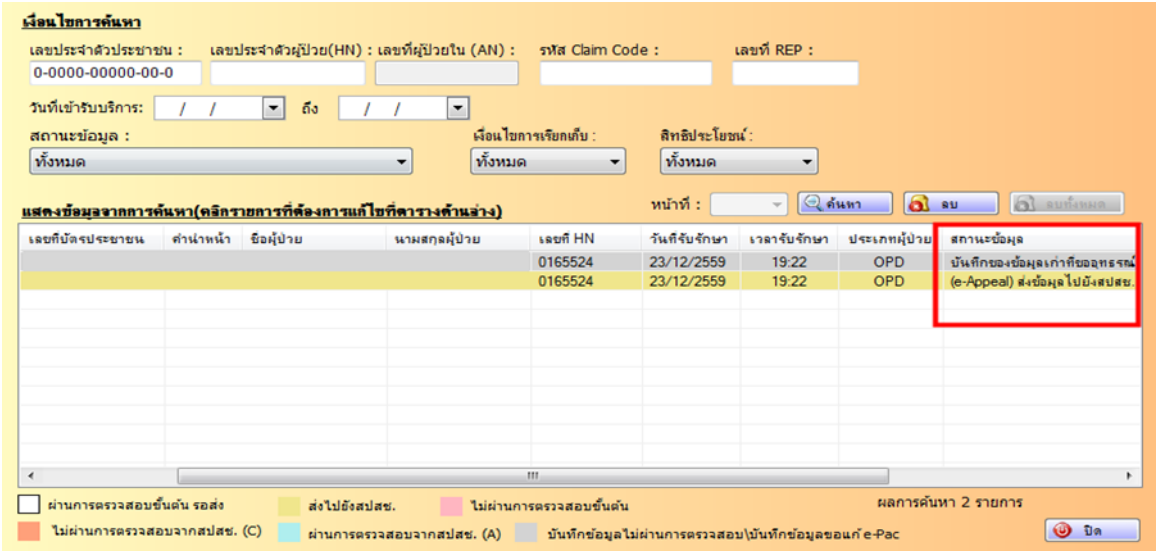
ภาพหน้าจอโปรแกรม e-Claim แสดงสถานะข้อมูลหลังจากรับ rep กรณีข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบ

7. กรณี e-Appeal ไม่ผ่านการตรวจสอบ การแก้ไขหน่วยบริการจะต้องดำเนินการ e-appeal ใหม่อีกครั้ง โดยสถานะข้อมูลจะแสดง ดังนี้

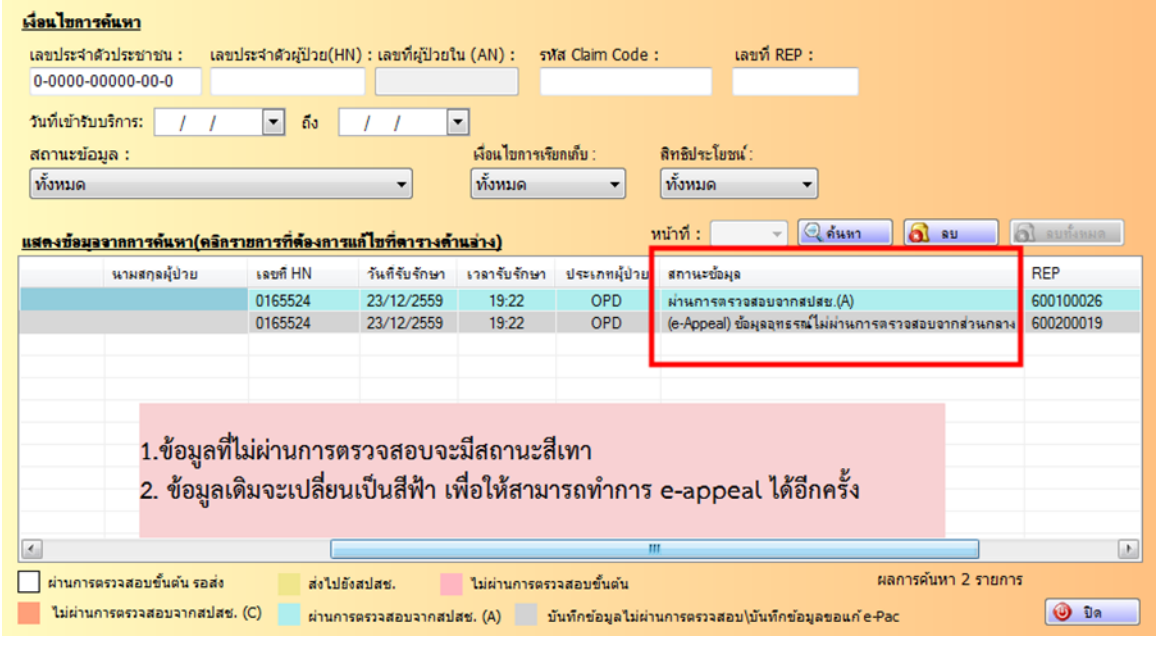
7.1 เมื่อรับ REP **ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ** จะมีสถานะ “สีเทา”

7.2 ข้อมูลเคสเดิมจะเปลี่ยนสถานะจาก “สีเทา” เป็น “สีฟ้า”

7.3 ให้หน่วยบริการดำเนินการ e-Appeal ใหม่อีกครั้ง



ภาพหน้าจอโปรแกรม e-Claim แสดงสถานะข้อมูลหลังจากส่งออกข้อมูล



ภาพหน้าจอโปรแกรม e-Claim แสดงสถานะข้อมูลหลังจากรับ rep กรณีข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบ

ปฏิทินตัดยอดข้อมูล การออก Statement และการออกรายงานจ่ายชดเชย (พึงรับ-พึงจ่าย) สำหรับข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP Refer) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2562

เดือนที่ส่งข้อมูล	วันตัดยอดการส่งข้อมูล	สิ้นสุดวัน Approve ข้อมูล	วันส่งข้อมูลทันเวลา (PS=0)	งวด และวันออก Statement											
				6110	6111	6112	6201	6202	6203	6204	6205	6206	6207	6208	6209
ก.ย.61	30-ก.ย.-61	14-ต.ค.-61	31-ต.ค.-61	31-ต.ค.-61	30-พ.ย.-61	31-ธ.ค.-61	31-ม.ค.-62	28-ก.พ.-62	31-มี.ค.-62	30-เม.ย.-62	31-พ.ค.-62	30-มิ.ย.-62	31-ก.ค.-62	31-ส.ค.-62	25-ก.ย.-61
ต.ค.61	31-ต.ค.-61	14-พ.ย.-61	30-พ.ย.-61		30-พ.ย.-61	31-ธ.ค.-61	31-ม.ค.-62	28-ก.พ.-62	31-มี.ค.-62	30-เม.ย.-62	31-พ.ค.-62	30-มิ.ย.-62	31-ก.ค.-62	31-ส.ค.-62	25-ก.ย.-61
พ.ย.61	30-พ.ย.-61	14-ธ.ค.-61	31-ธ.ค.-61			31-ธ.ค.-61	31-ม.ค.-62	28-ก.พ.-62	31-มี.ค.-62	30-เม.ย.-62	31-พ.ค.-62	30-มิ.ย.-62	31-ก.ค.-62	31-ส.ค.-62	25-ก.ย.-61
ธ.ค.61	31-ธ.ค.-61	14-ม.ค.-61	31-ม.ค.-62				31-ม.ค.-62	28-ก.พ.-62	31-มี.ค.-62	30-เม.ย.-62	31-พ.ค.-62	30-มิ.ย.-62	31-ก.ค.-62	31-ส.ค.-62	25-ก.ย.-61
ม.ค.62	31-ม.ค.-62	14-ก.พ.-62	28-ก.พ.-62					28-ก.พ.-62	31-มี.ค.-62	30-เม.ย.-62	31-พ.ค.-62	30-มิ.ย.-62	31-ก.ค.-62	31-ส.ค.-62	25-ก.ย.-61
ก.พ.62	28-ก.พ.-62	14-มี.ค.-62	31-มี.ค.-62						31-มี.ค.-62	30-เม.ย.-62	31-พ.ค.-62	30-มิ.ย.-62	31-ก.ค.-62	31-ส.ค.-62	25-ก.ย.-61
มี.ค.62	31-มี.ค.-62	14-เม.ย.-62	30-เม.ย.-62							30-เม.ย.-62	31-พ.ค.-62	30-มิ.ย.-62	31-ก.ค.-62	31-ส.ค.-62	25-ก.ย.-61
เม.ย.62	30-เม.ย.-62	14-พ.ค.-62	31-พ.ค.-62								31-พ.ค.-62	30-มิ.ย.-62	31-ก.ค.-62	31-ส.ค.-62	25-ก.ย.-61
พ.ค.62	31-พ.ค.-62	14-มิ.ย.-62	30-มิ.ย.-62									30-มิ.ย.-62	31-ก.ค.-62	31-ส.ค.-62	25-ก.ย.-61
มิ.ย.62	30-มิ.ย.-62	14-ก.ค.-62	31-ก.ค.-62										31-ก.ค.-62	31-ส.ค.-62	25-ก.ย.-61
ก.ค.62	31-ก.ค.-62	14-ส.ค.-62	31-ส.ค.-62											31-ส.ค.-62	25-ก.ย.-61
ส.ค.62	31-ส.ค.-62	14-ก.ย.-62	30-ก.ย.-62												25-ก.ย.-61
หน่วยบริการได้รับเงินชดเชย				30-พ.ย.-61	29-ธ.ค.-61	31-ม.ค.-62	28-ก.พ.-62	30-มี.ค.-62	30-เม.ย.-62	31-พ.ค.-62	29-มิ.ย.-62	31-ก.ค.-62	31-ส.ค.-62	28-ก.ย.-62	31-ต.ค.-62

ภาคผนวก 15

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 และเครื่องมือรังสี
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	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
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	
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	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
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 semiautomatic 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	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
63	8.5.4	45005	MR Spectroscopy	ครั้ง	4,000	
64	8.5.7	45020	MRI + MRA (nonbrain)	ครั้ง	12,000	
65	8.5.9	45022	MRI + MRA + MRV	ครั้ง	15,000	
66	8.5.11	45101	MRI Brain	ครั้ง	8,000	
67	8.5.12	45102	MRI Brain + MRA	ครั้ง	11,000	
68	8.5.13	45103	MRI Brain + CSF flow	ครั้ง	11,000	
69	8.5.14	45104	MRI Hippocampus	ครั้ง	4,000	
70	8.5.15	45110	MRI Pituitary gland	ครั้ง	8,000	
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	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่ว	ราคา	หมายเหตุ
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	
	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	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
111	8.6.5	47005	Octreoscan (In-111 Pentetreotide)	ครั้ง	59,000	
112	8.6.6	47201	Parotid scan	ครั้ง	2,800	
113	8.6.7	47202	Parathyroid (MIBI)	ครั้ง	4,000	
114	8.6.9	47204	Thyroid scan pertechnetrate	ครั้ง	800	
115	8.6.10	47205	Parathyroid (MIBI + Pertechnetate)	ครั้ง	4,200	
116	8.6.11	47301	Lung scan	ครั้ง	5,800	
117	8.6.12	47401	MUGA scan (Multiple Gated Acquisition)	ครั้ง	3,000	
118	8.6.13	47402	Heart SPECT MIBI TL-201	ครั้ง	8,300	
119	8.6.14	47403	Venogram scan	ครั้ง	1,000	
120	8.6.15	47404	Lymphatic scan (Dextrans)	ครั้ง	7,400	
121	8.6.16	47501	GI Bleeding (Phaytate)	ครั้ง	2,300	
122	8.6.17	47502	GI Bleeding (RBC)	ครั้ง	4,700	
123	8.6.18	47503	GI scan (Albumin)	ครั้ง	7,600	
124	8.6.19	47504	Gastric emptying	ครั้ง	3,200	
125	8.6.20	47505	Meckels scan	ครั้ง	4,000	
126	8.6.21	47506	Liver scan (Phytate)	ครั้ง	2,100	
127	8.6.22	47507	Liver scan (RBC)	ครั้ง	3,500	
128	8.6.23	47508	Hepatobiliary (DISIDA)	ครั้ง	5,800	
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 laryngoscopy with or without laser therapy	ครั้ง	1,500	
	11.4		**ทางเดินหายใจและปอด**			
151	11.4.2	71320	Rigid bronchoscope	ครั้ง	1,200	
152	11.4.3	71321	Rigid bronchoscope with FB removal/ dilatation	ครั้ง	1,400	ไม่รวมค่าดมยา
153	11.4.4	71322	Laryngo-esophago-bronchoscope	ครั้ง	2,050	
154	11.4.5	71330	FOL Bronchoscopy	ครั้ง	1,800	- เป็นกล้องตรวจ VDO - ไม่รวมค่าดมยา
155	11.4.6	71331	FOL Bronchoscopy & biopsy	ครั้ง	1,900	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
156	11.4.7	71332	FOL Bronchoscopy with remove FB	ครั้ง	2,100	
157	11.4.8	71333	FOL Bronchoscopy & treatment (laser,heat)	ครั้ง	2,600	
	11.6		**ทางเดินอาหาร**			
158	11.6.4	71520	การส่องตรวจช่องท้อง (Peritonescopy)	ครั้ง	700	
159	11.6.5	71530	Esophagoscopy	ครั้ง	1,300	- เป็นกล้องตรวจ VDO - ไม่รวมค่าดมยา
160	11.6.6	71531	Esophagoscopy with remove FB	ครั้ง	1,400	
161	11.6.8	71540	Gastroduodenoscopy	ครั้ง	1,300	
162	11.6.9	71541	Gastroduodenoscopy & biopsy	ครั้ง	1,500	
163	11.6.10	71542	Esophago-gastroscope with banding	ครั้ง	1,900	ไม่รวมสาย Banding
164	11.6.11	71543	Gastroscope & adrenaline injection	ครั้ง	1,600	รวมยา Adrena-line
165	11.6.12	71544	Gastroduodenoscopy & sclerother-apy (laser, heat)	ครั้ง	2,900	รวมอุปกรณ์ ยา และ/ หรือ Probe ที่ใช้
166	11.6.13	71545	Endoscopic ultrasound	ครั้ง	3,000	
167	11.6.15	71551	การส่องตรวจทวารหนักและซิกมอยด์ (Proctosigmoidoscopy fiberoptic)	ครั้ง	1,000	
168	11.6.17	71560	Colonoscopy (การส่องตรวจลำไส้ใหญ่)	ครั้ง	2,300	

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
169	11.6.18	71561	Colonoscopy & biopsy	ครั้ง	2,500	แยกคิดค่าชิ้นเนื้อ
170	11.6.19	71562	Colonoscopy & Polypectomy	ครั้ง	3,300	
	11.15		**รังสีร่วมรักษา : vascular intervention and other interventions**			
171	11.15.1	72940	Fluoroscopew	ครั้ง	1,700	ราคานี้คำนวณที่เวลา 2 ชั่วโมง รวม Set พื้นฐานในหัตถการ ถุงมือ Mask ผ้าปู เสื้อคลุม การใช้ออกซิเจน เครื่องมือวัดสัญญาณชีพผู้ป่วย

หมายเหตุ : รายการค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยนอก (รายการที่กำหนดราคากลาง) หน่วยบริการจะได้รับชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกินราคากลางของแต่ละรายการตามที่กำหนด

ภาคผนวก 16

ปฏิทินการออก Statement สำหรับสิทธิข้าราชการ ปีงบประมาณ 2562

งวด	งวดส่งประจำเดือน	สรุปข้อมูลออก Statement (2 วันทำการ)	รพ.ตรวจสอบข้อมูล จัดทำใบขอเบิก และส่งกลับ สปสช. (4 วันทำการ)	สปสช.ตรวจสอบ และส่งกรมบัญชีกลาง (5 วันทำการ)
OP 181001	1-15 ต.ค.61	17 ต.ค.61	21 ต.ค.61	26 ต.ค.61
OP 181002	16-31 ต.ค.61	2 พ.ย.61	6 พ.ย.61	11 พ.ย.61
IP 181001	**ต.ค.61**	**20 ต.ค.61**	**24 ต.ค.61**	**29 ต.ค.61**
OP 181101	1-15 พ.ย.61	17 พ.ย.61	21 พ.ย.61	26 พ.ย.61
OP 181102	16-30 พ.ย.61	2 ธ.ค.61	6 ธ.ค.61	11 ธ.ค.61
IP 181101	**พ.ย.61**	**20 พ.ย.61**	**24 พ.ย.61**	**29 พ.ย.61**
OP 181201	1-15 ธ.ค.61	17 ธ.ค.61	21 ธ.ค.61	26 ธ.ค.61
OP 181202	16-31 ธ.ค.61	2 ม.ค.62	6 ม.ค.62	11 ม.ค.62
IP 181201	**ธ.ค.61**	**20 ธ.ค.61**	**24 ธ.ค.61**	**29 ธ.ค.61**
OP 190101	1-15 ม.ค.62	17 ม.ค.62	21 ม.ค.62	26 ม.ค.62
OP 190102	16-31 ม.ค.62	2 ก.พ.62	6 ก.พ.62	11 ก.พ.62
IP 190101	**ม.ค.62**	**20 ม.ค.62**	**24 ม.ค.62**	**29 ม.ค.62**
OP 190201	1-15 ก.พ.62	17 ก.พ.62	21 ก.พ.62	26 ก.พ.62
OP 190202	16-28 ก.พ.62	2 มี.ค.62	6 มี.ค.62	11 มี.ค.62
IP 190201	**ก.พ.62**	**20 ก.พ.62**	**24 ก.พ.62**	**1 มี.ค.62**
OP 190301	1-15 มี.ค.62	17 มี.ค.62	21 มี.ค.62	26 มี.ค.62
OP 190302	16-31 มี.ค.62	2 เม.ย.62	6 เม.ย.62	11 เม.ย.62
IP 190301	**มี.ค.62**	**20 มี.ค.62**	**24 มี.ค.62**	**29 มี.ค.62**
OP 190401	1-15 เม.ย.62	17 เม.ย.62	21 เม.ย.62	26 เม.ย.62
OP 190402	16-30 เม.ย.62	2 พ.ค.62	6 พ.ค.62	11 พ.ค.62
IP 190401	**เม.ย.62**	**20 เม.ย.62**	**24 เม.ย.62**	**29 เม.ย.62**
OP 190501	1-15 พ.ค.62	17 พ.ค.62	21 พ.ค.62	26 พ.ค.62
OP 190502	16-31 พ.ค.62	2 มิ.ย.62	6 มิ.ย.62	11 มิ.ย.62
IP 190501	**พ.ค.62**	**20 พ.ค.62**	**24 พ.ค.62**	**29 พ.ค.62**

งวด	งวดส่ง ประจำเดือน	สรุปข้อมูลออก Statement (2 วันทำการ)	รพ.ตรวจสอบข้อมูล จัดทำใบขอเบิก และ ส่งกลับ สปสช. (4 วันทำการ)	สปสช.ตรวจสอบ และส่ง กรมบัญชีกลาง (5 วันทำการ)
OP 190601	1-15 มิ.ย.62	17 มิ.ย.62	21 มิ.ย.62	26 มิ.ย.62
OP 190602	16-30 มิ.ย.62	2 ก.ค.62	6 ก.ค.62	11 ก.ค.62
IP 190601	**มิ.ย.62**	**20 มิ.ย.62**	**24 มิ.ย.62**	**29 มิ.ย.62**
OP 190701	1-15 ก.ค.62	17 ก.ค.62	21 ก.ค.62	26 ก.ค.62
OP 190702	16-31 ก.ค.62	2 ส.ค.62	6 ส.ค.62	11 ส.ค.62
IP 190701	**ก.ค.62**	**20 ก.ค.62**	**24 ก.ค.62**	**29 ก.ค.62**
OP 190801	1-15 ส.ค.62	17 ส.ค.62	21 ส.ค.62	26 ส.ค.62
OP 190802	16-31 ส.ค.62	2 ก.ย.62	6 ก.ย.62	11 ก.ย.62
IP 190801	**ส.ค.62**	**20 ส.ค.62**	**24 ส.ค.62**	**29 ส.ค.62**
OP 190901	1-15 ก.ย.62	17 ก.ย.62	21 ก.ย.62	26 ก.ย.62
OP 190902	16-30 ก.ย.62	2 ต.ค.62	6 ต.ค.62	11 ต.ค.62
IP 190901	**ก.ย.62**	**20 ก.ย.62**	**24 ก.ย.62**	**29 ก.ย.62**

หมายเหตุ : หากวันที่กำหนดของแต่ละช่วงตรงกับวันหยุด จะเลื่อนเท่ากับจำนวนวันหยุดเป็นวันทำการถัดไป

ภาคผนวก 17

การบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สิทธิข้าราชการ สิทธิพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฯ

สิทธิข้าราชการ / สิทธิพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

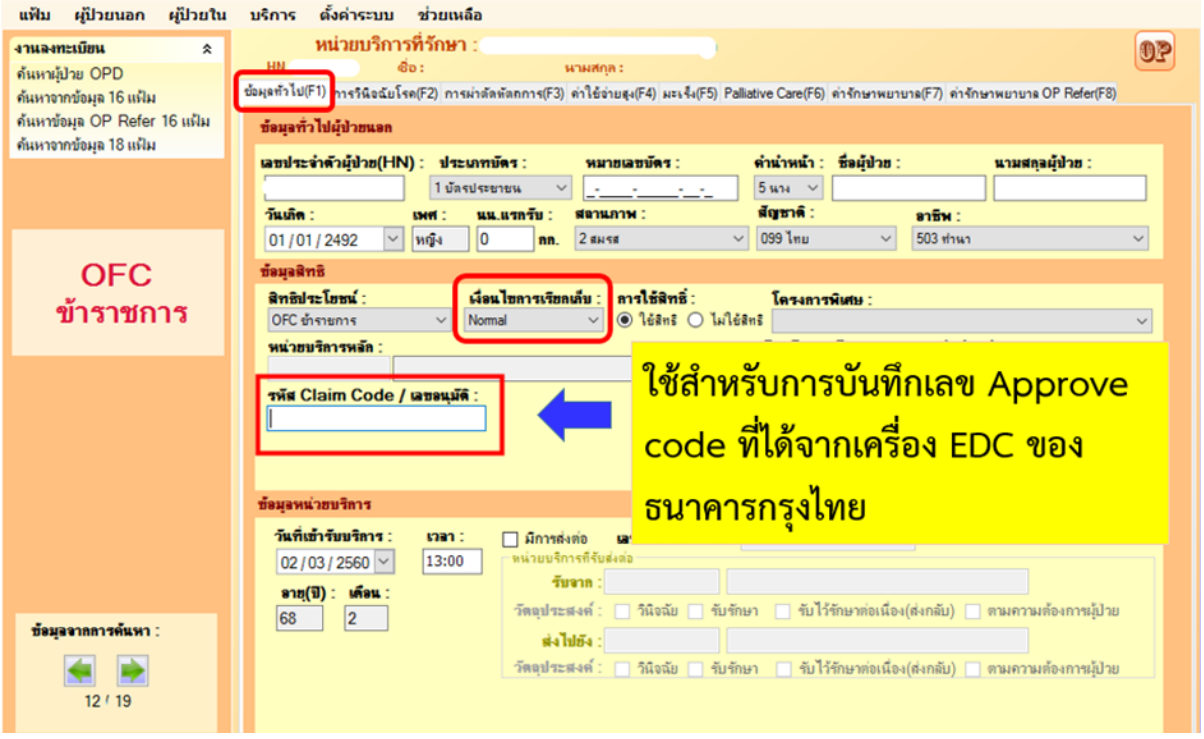
1) <u>การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก</u>

1) การบันทึกข้อมูลในหน้าจอข้อมูลทั่วไป (F1)

1.1) บันทึกข้อมูลทั่วไป

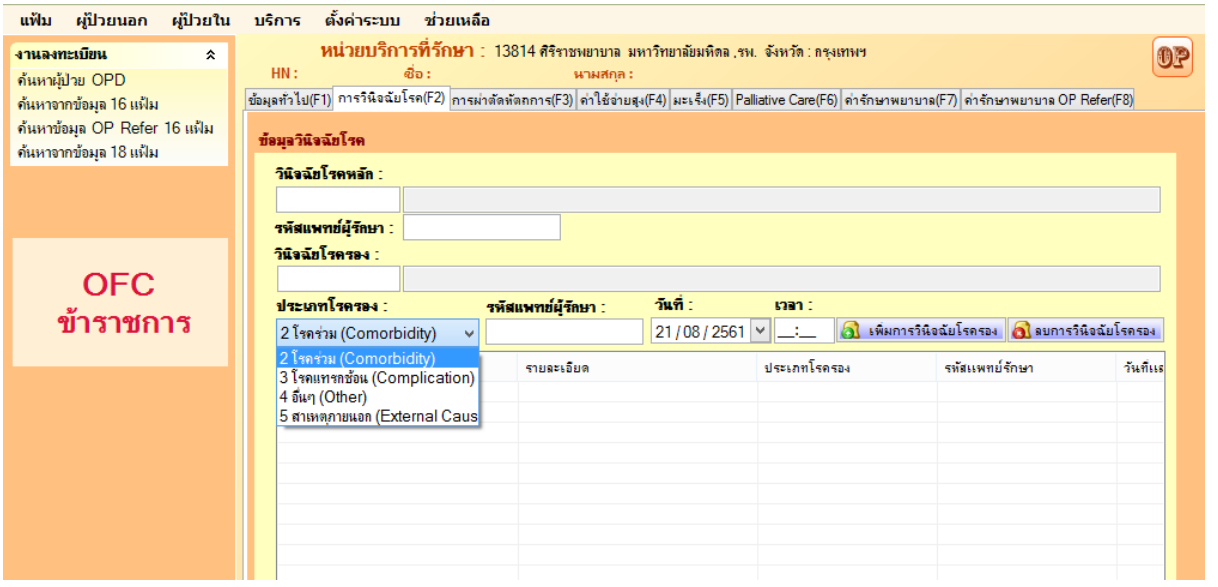
1.2) การเลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บ ให้เลือกตามอาการที่เข้ารับบริการ Normal/Accident/ Emergency

1.3) ในช่องรหัส Claim Code ให้บันทึกเลข Approval Code ที่ได้จากเครื่องรับรายการบัตรอิเล็กทรอนิกส์ (EDC) ของธนาคารกรุงไทย (เฉพาะสิทธิข้าราชการ)

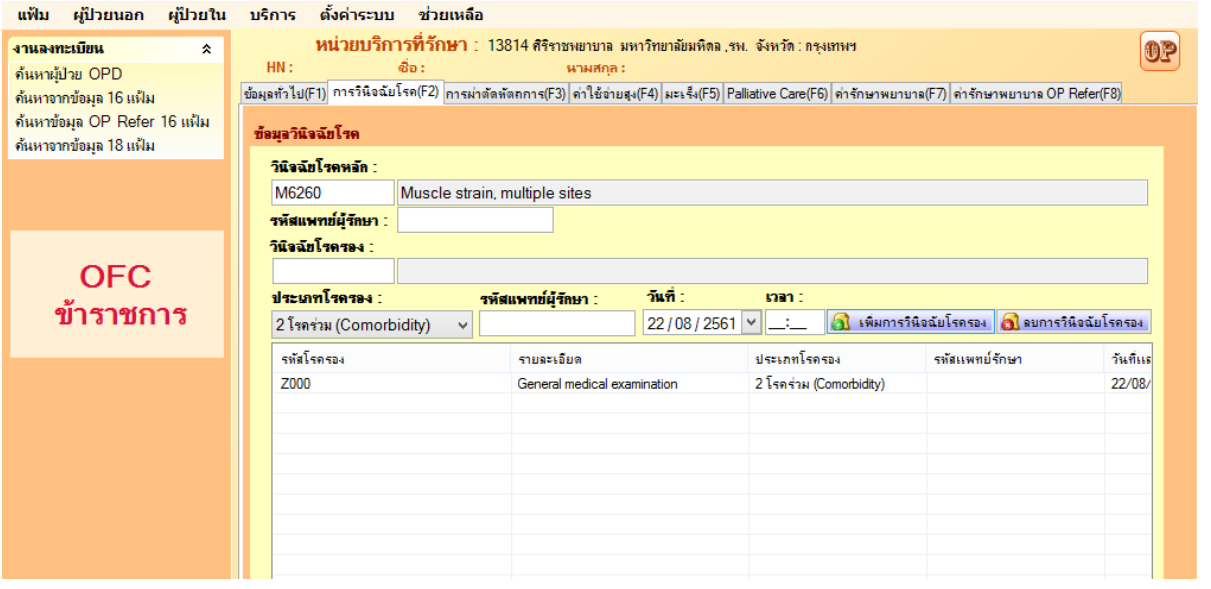


ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกหน้าจอข้อมูลทั่วไป (F1)

2) การบันทึกหน้าจอการวินิจฉัยโรค (F2) ให้บันทึกรหัสโรคตามการวินิจฉัยของแพทย์



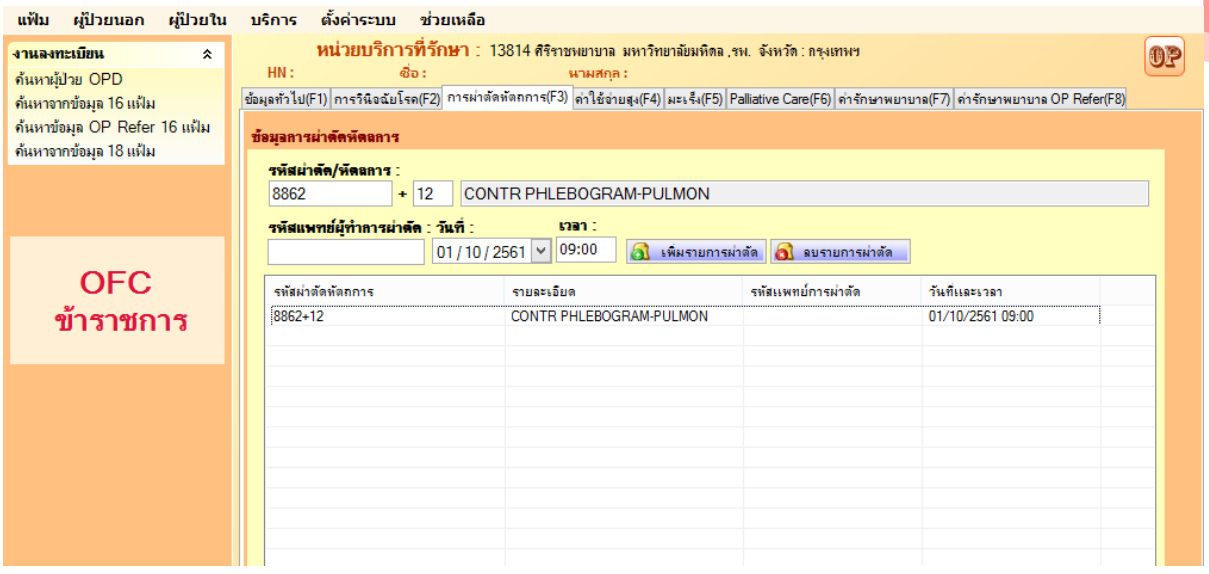
ภาพที่ แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกหน้าจอการวินิจฉัยโรค (F2)



ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกหน้าจอการวินิจฉัยโรค (F2)

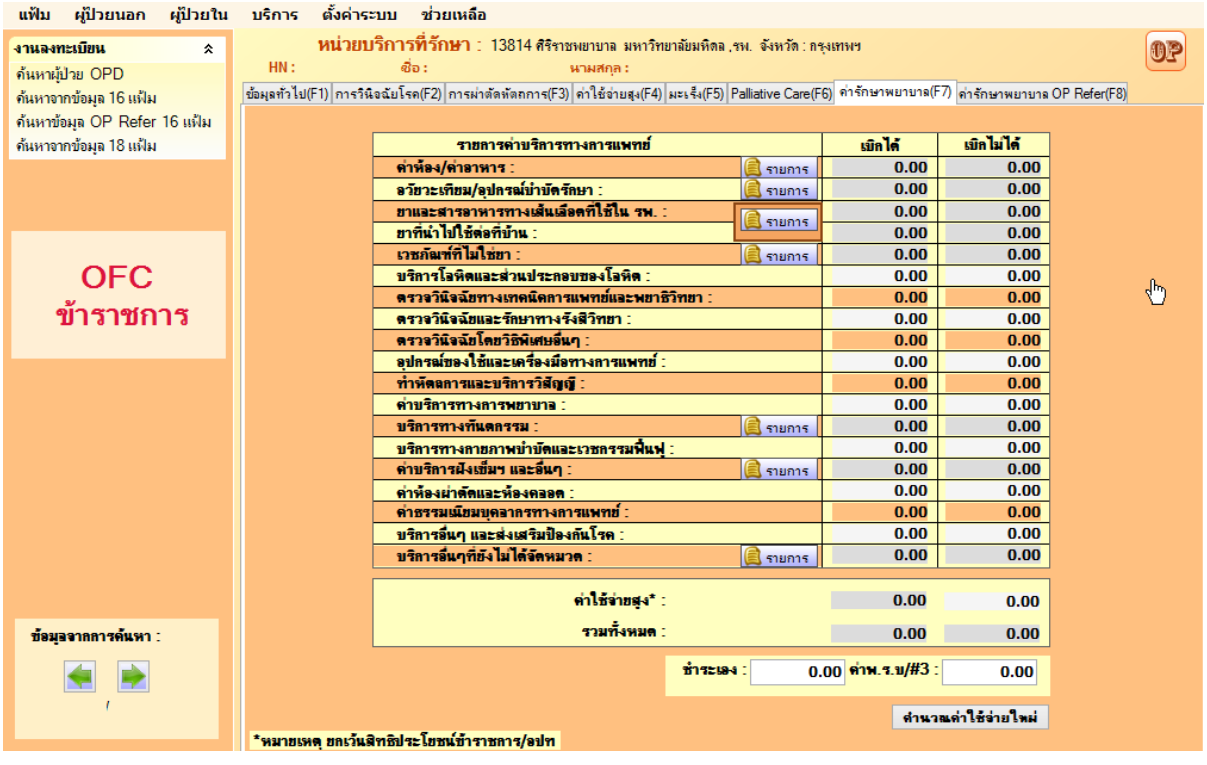
3) การบันทึกหน้าจอการผ่าตัดหัตถการ (F3)

ถ้ามีการทำผ่าตัดหรือหัตถการ ให้บันทึกรหัสการผ่าตัดหัตถการ ตามที่มีการให้บริการ กรณีมีการทำหัตถการเดียวกันมากกว่า 1 ครั้ง ให้บันทึกรหัส Extention Code มาด้วย



ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกหน้าจอการผ่าตัดหัตถการ (F3)

4) **การบันทึกค่ารักษาพยาบาล (F7)** ให้บันทึกค่ารักษาพยาบาลแยกตามรายหมวด



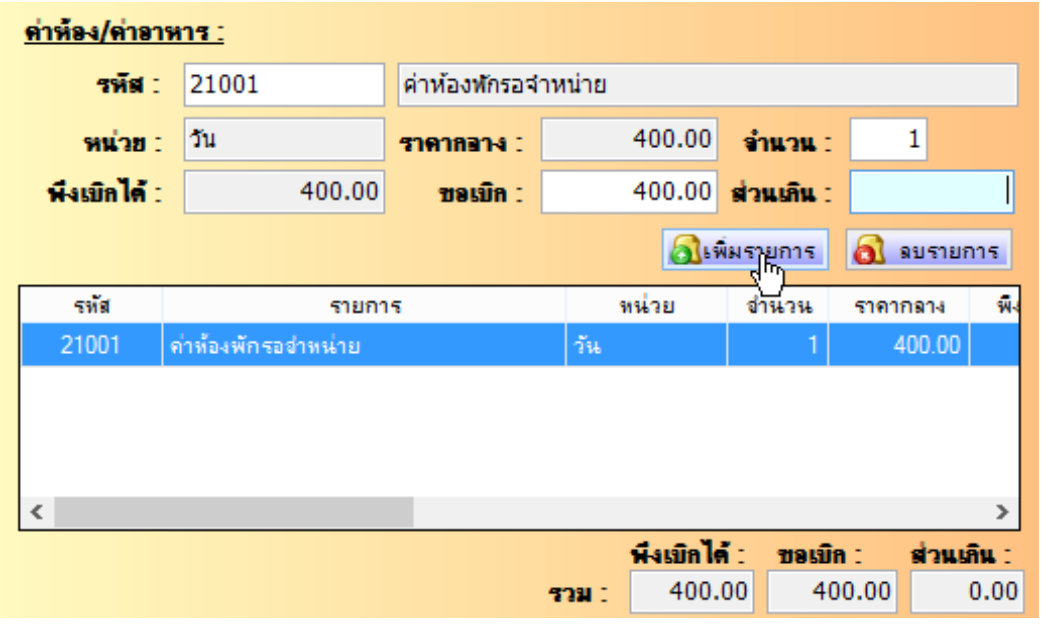
ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกหน้าจอค่ารักษาพยาบาล (F7)

4.1) การบันทึกค่าห้อง/ค่าอาหาร

1) บันทึกเลือกรหัสรายการเบิกจ่ายค่าห้อง ค่าอาหาร

2) บันทึกจำนวนวัน และจำนวนเงินที่ขอเบิก

3) กรณีที่มีค่าใช้จ่ายในส่วนที่เบิกไม่ได้ ให้บันทึกรหัส xxxx1 : ค่าห้อง/ค่าอาหารส่วนที่เบิกไม่ได้



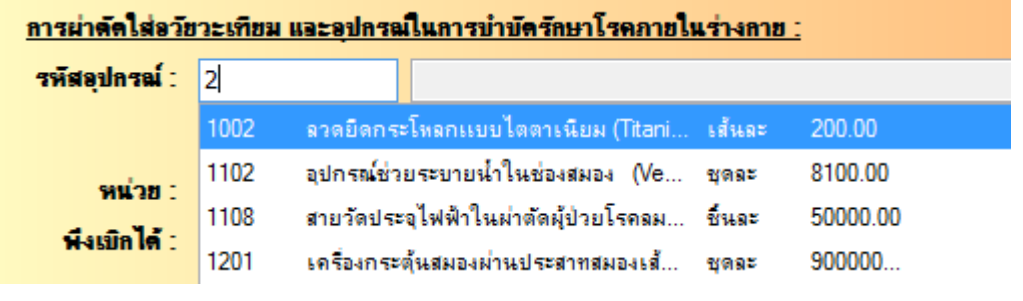
ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกหน้าจอค่ารักษาพยาบาล (F7) ค่าห้อง/ค่าอาหาร

4.2) การบันทึกอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

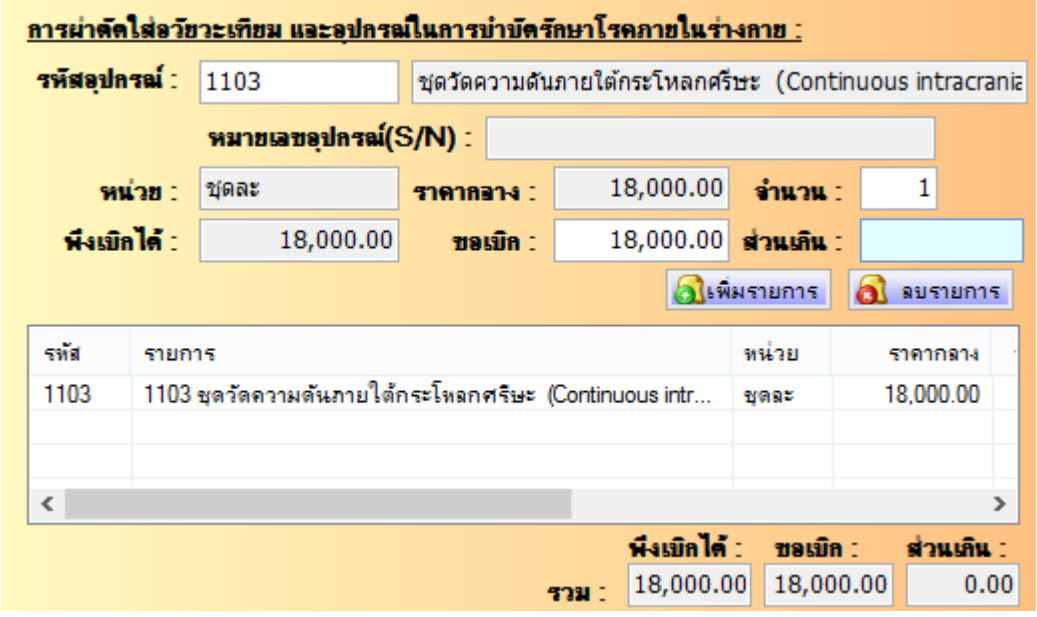
1) บันทึกเลือกรหัสรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

2) บันทึกจำนวนอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ และจำนวนเงินที่ขอเบิก

3) กรณีที่มีค่าใช้จ่ายในส่วนที่เบิกไม่ได้ ให้บันทึกรหัส xxxx2 : อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษาส่วนที่เบิกไม่ได้



ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกหน้าจอค่ารักษาพยาบาล (F7) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ



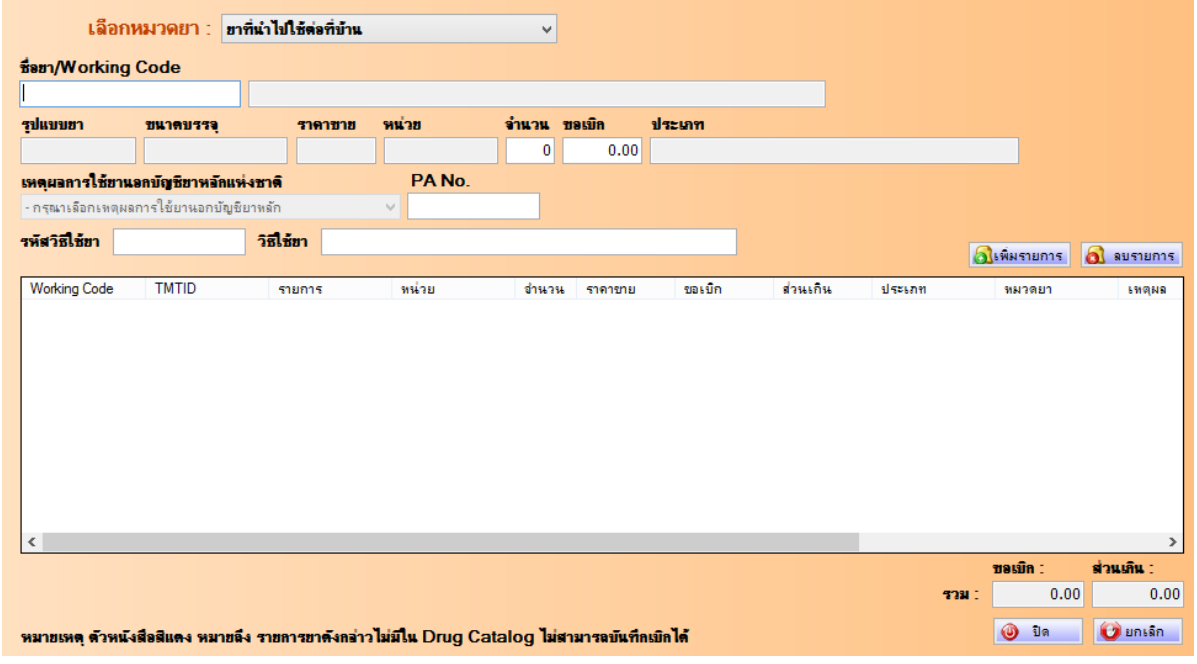
ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกหน้าจอค่ารักษาพยาบาล (F7) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ

4.3) การบันทึกรายการยาและสารอาหารที่ใช้ใน รพ.

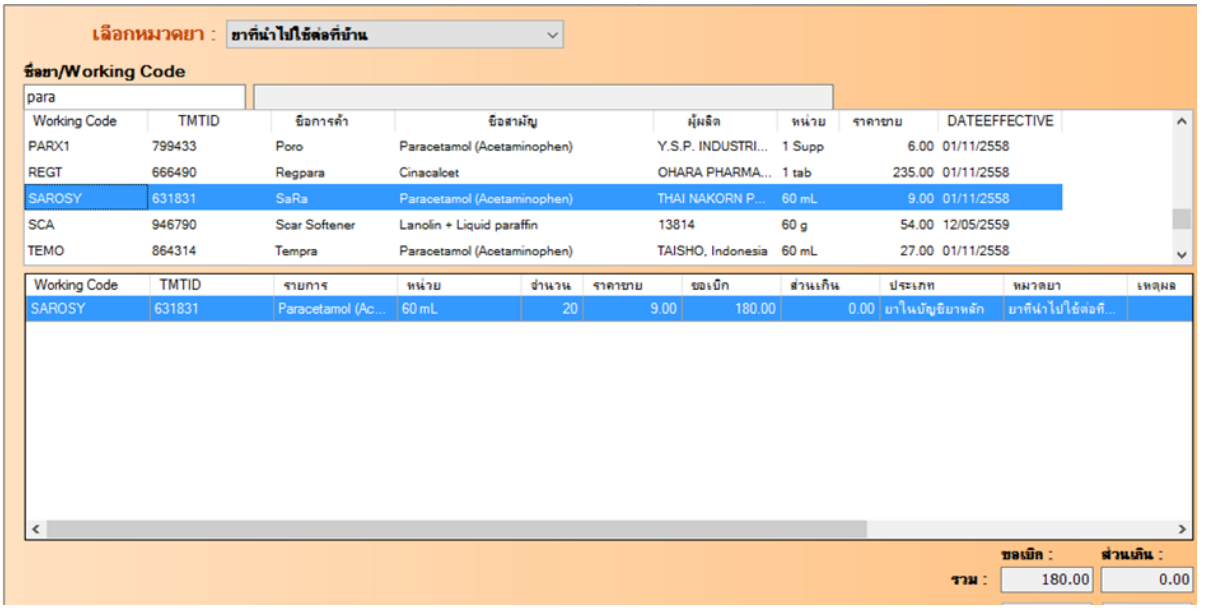
1) เลือกรายการยาและสารอาหารที่ใช้ใน รพ.

2) บันทึกจำนวนรายการยา และจำนวนเงินที่ขอเบิก

3) กรณีที่มีค่าใช้จ่ายในส่วนที่เบิกไม่ได้ ให้บันทึกรหัส XXXX3 : ยาที่ใช้ใน รพ. และนำกลับบ้านส่วนที่เบิกไม่ได้



ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกหน้าจอค่ารักษาพยาบาล (F7) ค่ายาและสารอาหารฯ



ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกหน้าจอค่ารักษาพยาบาล (F7) ค่ายาและสารอาหารฯ

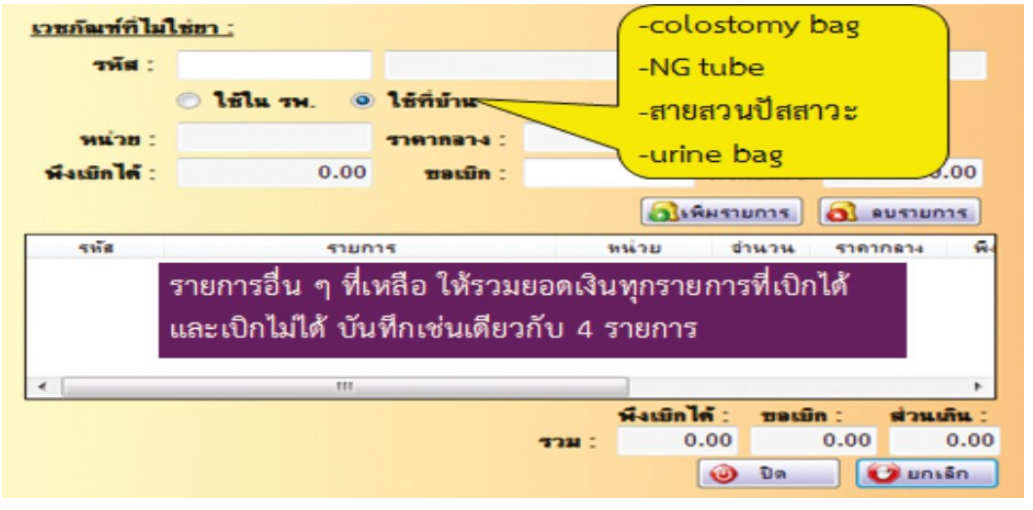
4.4) การบันทึกเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา สำหรับนำไปใช้ที่บ้าน

1) บันทึกเลือกประเภทของเวชภัณฑ์ ระบุใช้ที่บ้าน

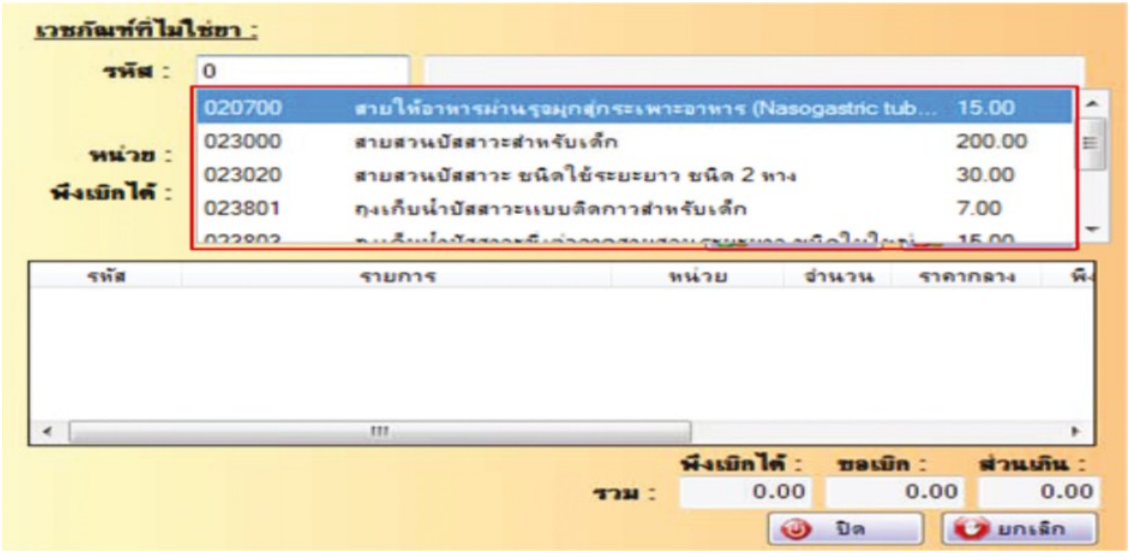
2) รหัสรายการเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา

3) บันทึกจำนวน และจำนวนเงินที่ขอเบิก

4) กรณีที่มีค่าใช้จ่ายในส่วนที่เบิกไม่ได้ ให้บันทึกรหัส XXXX5 : เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาส่วนที่เบิกไม่ได้



ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกหน้าจอค่ารักษาพยาบาล (F7) ค่ายาและสารอาหารฯ



ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกหน้าจอค่ารักษาพยายาล (F7) ค่ายาและสารอาหารฯ

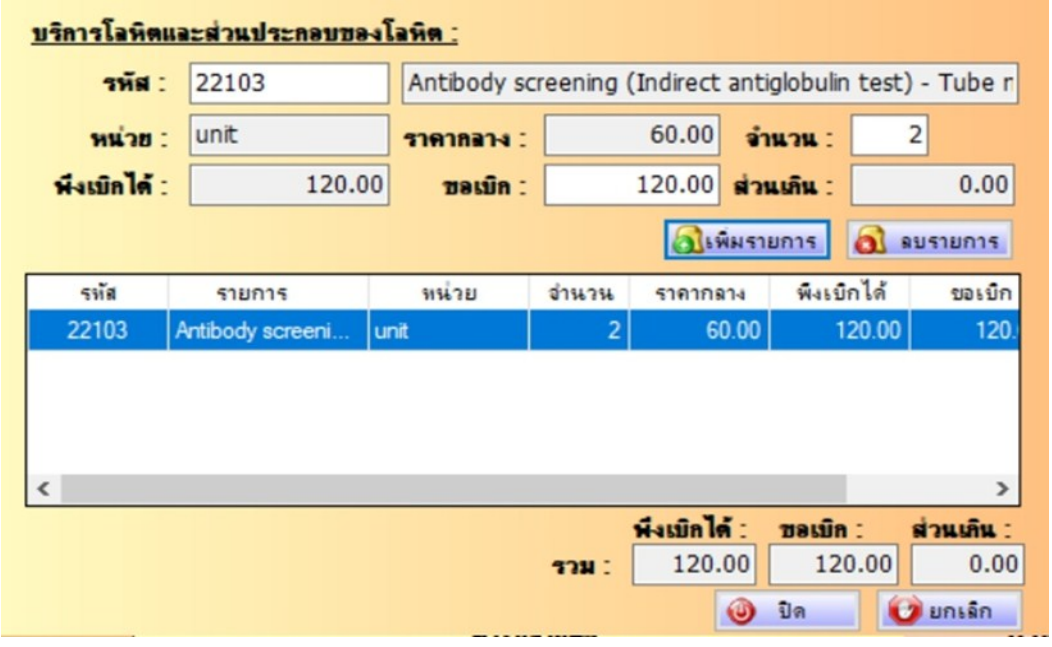
4.5) การบันทึกกรณี บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

1) บันทึกรหัสรายการ บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

2) บันทึกจำนวนที่ต้องการขอเบิก

3) บันทึกจำนวนเงินขอเบิก

4) กดปุ่ม เพิ่มรายการ



ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วนอกหน้าจอค่ารักษาพยาบาล (F7) บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

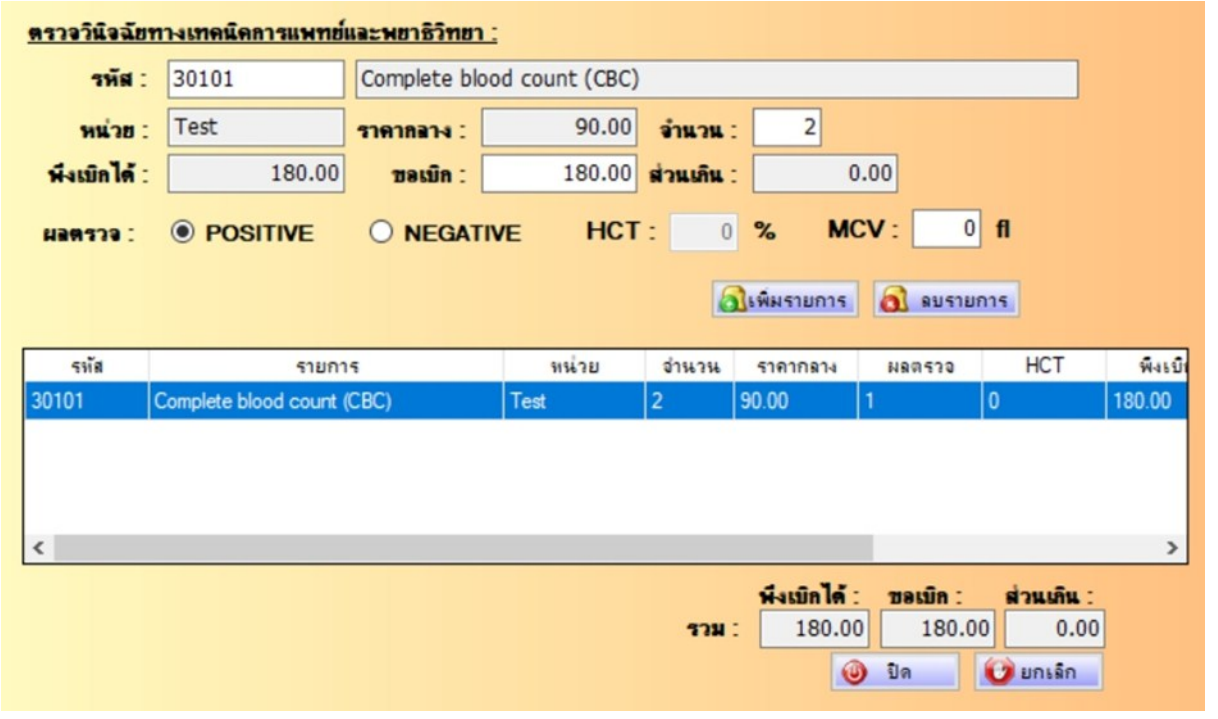
4.6) การบันทึกกรณี ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

1) บันทึกรหัสรายการ ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

2) บันทึกจำนวนที่ต้องการขอเบิก

3) บันทึกจำนวนเงินขอเบิก

4) กดปุ่ม เพิ่มรายการ



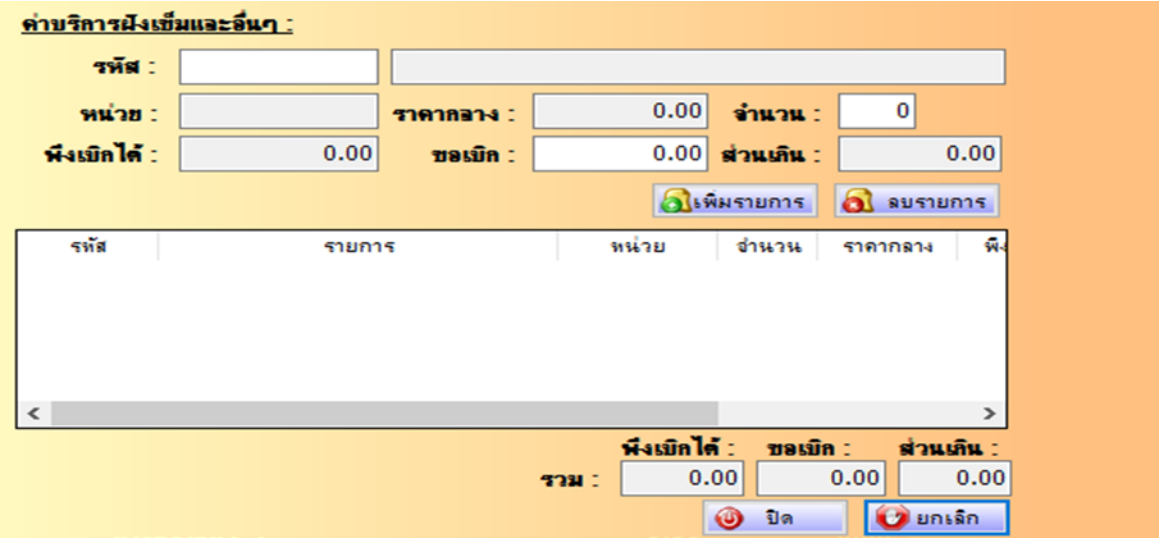
ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วนอกหน้าจอค่ารักษาพยาบาล (F7) ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ และพยาธิวิทยา

4.7) การบันทึกกรณีบริการทางทันตกรรม (หมวด 13) และกรณีการฝังเข็มและอื่นๆ (หมวด 15)

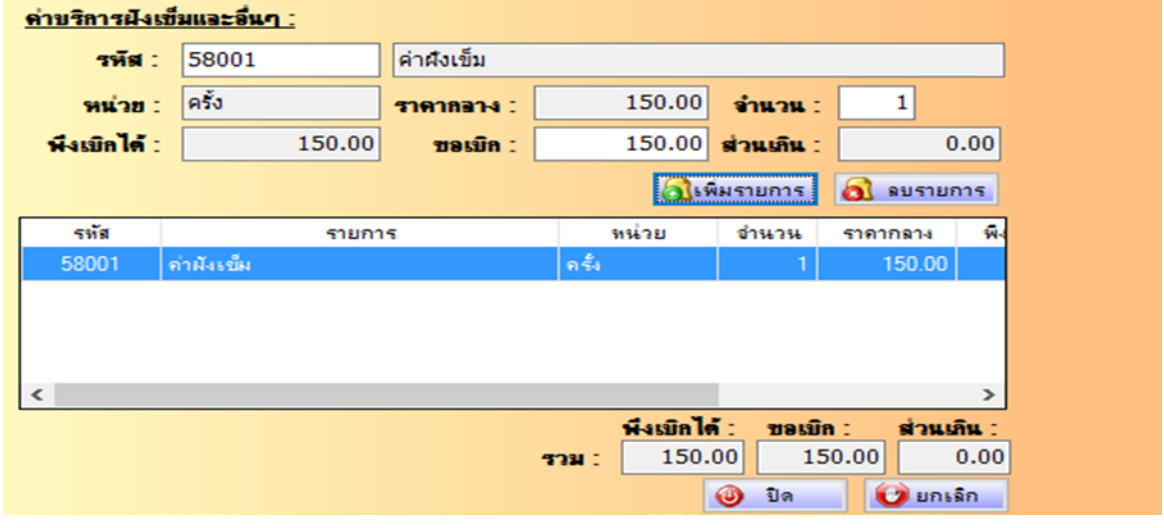
1) บันทึกบริการทางทันตกรรมและบันทึกบริการฝังเข็มและอื่นๆ

2) บันทึกจำนวน และจำนวนเงินที่ขอเบิกตามที่กำหนด

3 กรณีที่มีค่าใช้จ่ายในส่วนที่เบิกไม่ได้ ให้บันทึกรหัส XXX13 : บริการทันตกรรมส่วนที่เบิกไม่ได้ และ XXX15 : ค่าบริการฝังเข็มและอื่น ๆ ส่วนที่เบิกไม่ได้



ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกหน้าจอค่ารักษาพยาบาล (F7) ค่าบริการฝังเข็มฯ และอื่นๆ



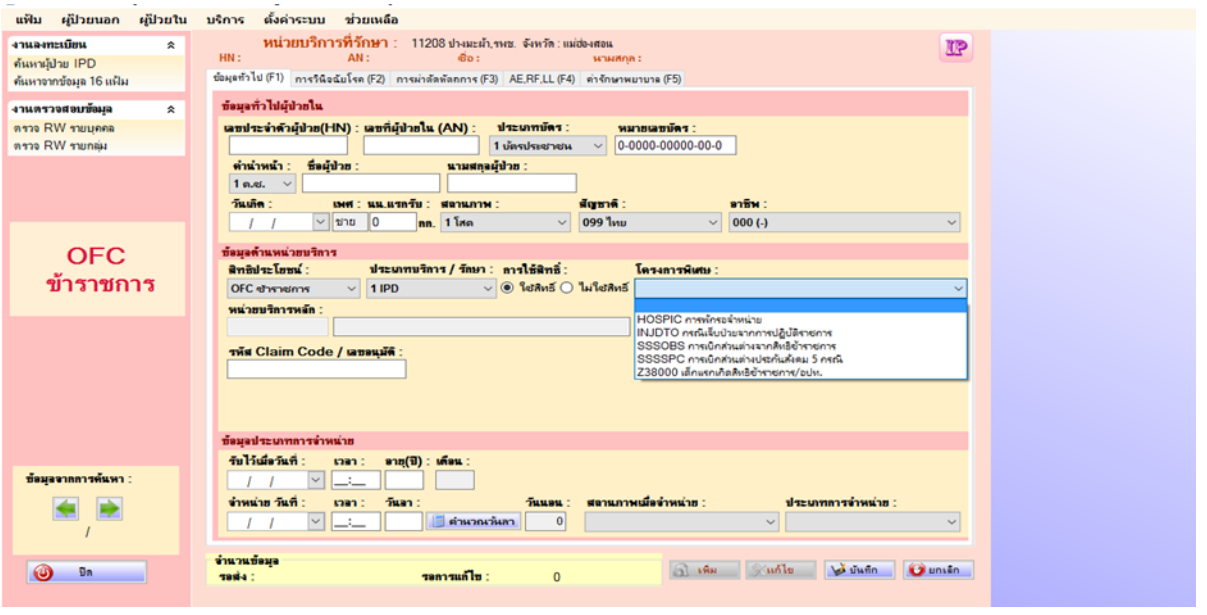
ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกหน้าจอค่ารักษาพยาบาล (F7) บริการอื่นๆ ที่ไม่ได้จัดหมวด

2) <u>การบันทึกข้อมูลกรณีผู้ป่วยใน</u>

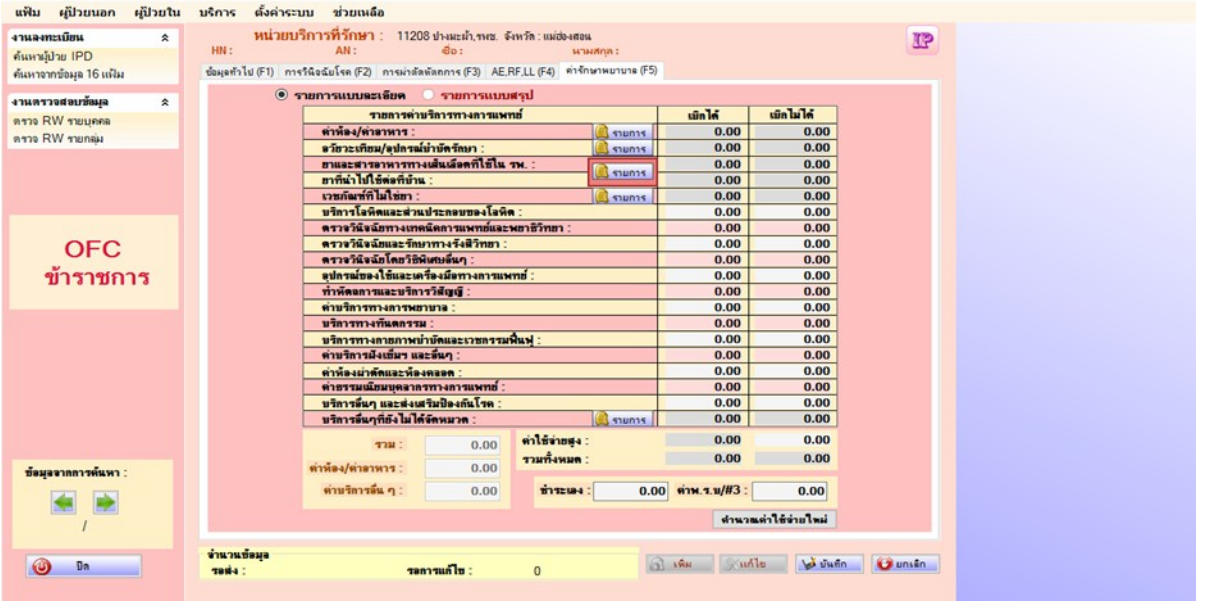
1) บันทึกข้อมูลทั่วไปในหน้า F1

2) บันทึกรหัสโรค รหัสหัตถการ ในหน้า F2 และ F3

3) บันทึกค่ารักษาพยาบาลแยกรายหมวด ในหน้า F5



ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน หน้าจอข้อมูลทั่วไป (F1)



ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน หน้าจอค่ารักษาพยาบาล (F5)

4) การบันทึกข้อมูลกรณีผู้ป่วยพักรอจำหน่าย

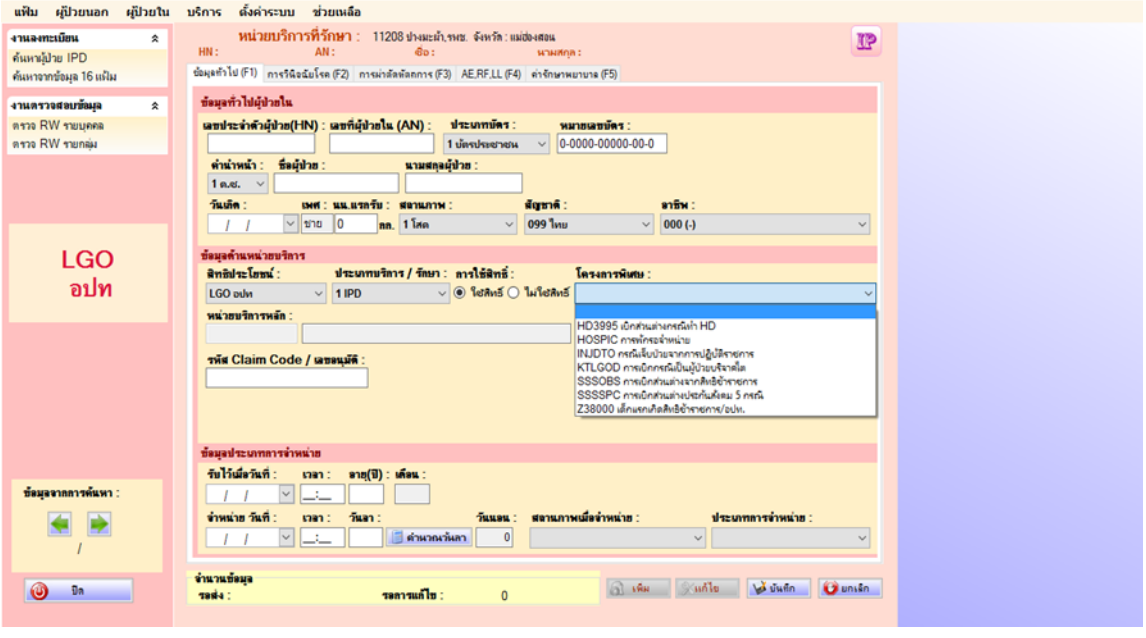
5) กรณีการได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการ

6) การบันทึกข้อมูลการเบิกส่วนเกินของสิทธิประกันสังคม

7) การบันทึกข้อมูลกรณีการเปลี่ยนถ่ายไต สำหรับผู้บริจาคสิทธิอื่น

กรณีสิทธิ อปท. ต้องบันทึกข้อมูลรหัสโครงการพิเศษตามที่กำหนด ดังนี้

- การบันทึกข้อมูลกรณีผู้ป่วยพักรอจำหน่าย = HOSPIC
- กรณีการได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการ = INJDTO
- การบันทึกข้อมูลการเบิกส่วนเกินของสิทธิประกันสังคม (กรณีส่วนต่างค่าคลอด=SSSOBS, ส่วนต่างค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม = HD3995, ส่วนต่างกรณีอื่นๆ =SSSSPC)
- การบันทึกข้อมูลกรณีการเปลี่ยนถ่ายไต สำหรับผู้บริจาคสิทธิอื่น = KTLGOD



ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน หน้าจอข้อมูลทั่วไป (F1) โครงการพิเศษ

การบันทึกข้อมูลกรณีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ต้องระบุเหตุผลที่ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ (EA-EF) ในหมวดค่ายา ดังนี้

EA = เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา หรือแพ้ยาที่สามารถใช้ได้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

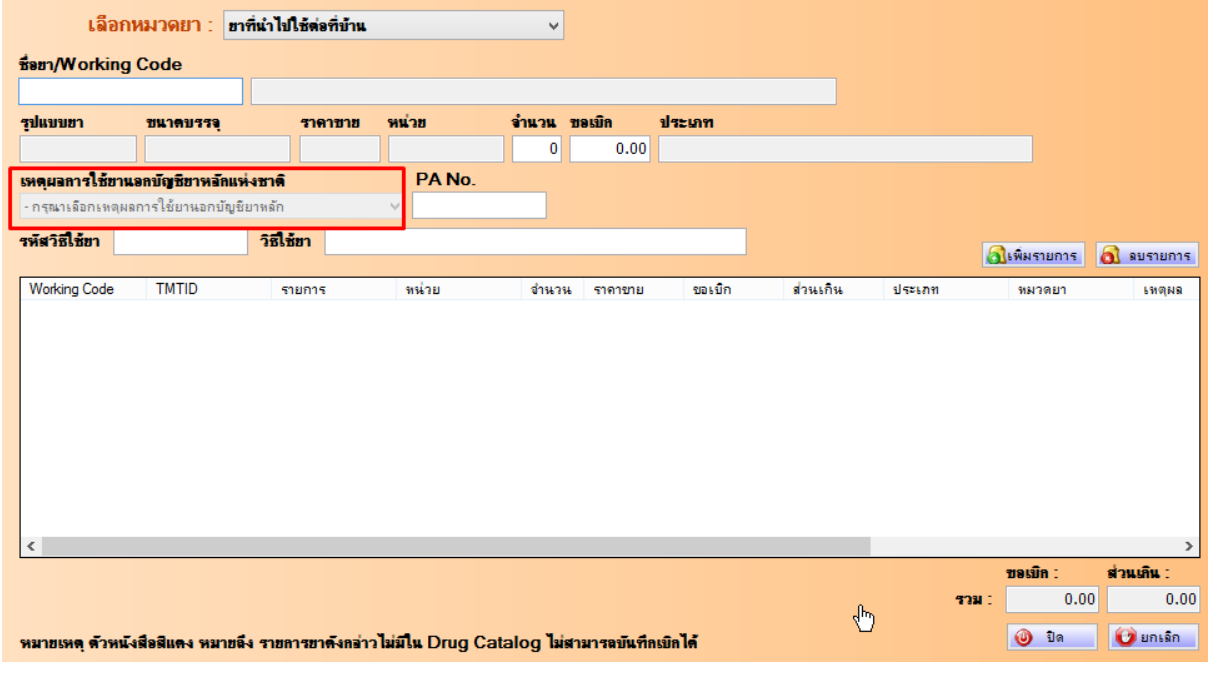
EB = ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย แม้ว่าได้ใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว

EC = ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการใช้ยานี้ ตามข้อบ่งใช้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ED = ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาในบัญชีอย่างสัมบูรณ์ (absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามการใช้ยาบัญชีร่วมกับยาอื่น (contraindicated/serious/major drug interaction) ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

EE = ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)

EF = ผู้ป่วยแสดงความจำนงต้องการ (เบิกไม่ได้)



ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน หน้าจอค่ารักษาพยาบาล (F7) ยาที่นำไปใช้ต่อที่บ้าน

สิทธิประกันสังคม

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารสุข ในแต่ละกรณีดังนี้

1) กรณีไตวายเฉียบพลัน (Acute Renal Failure)

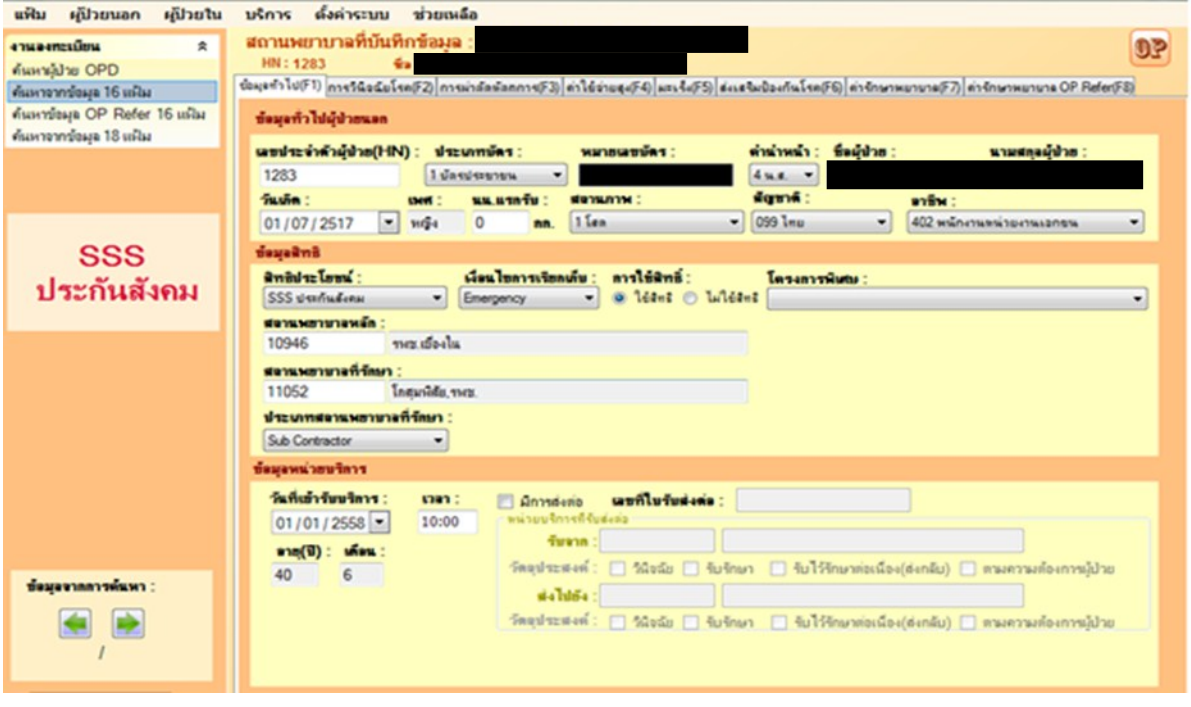
1.1) **กรณีผู้ป่วยนอก** ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่าใช้จ่ายสูง [F4]
- ค่ารักษาพยาบาล [F7]

1.2) **กรณีผู้ป่วยใน** ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F5]

การบันทึกข้อมูลทั่วไปในหน้า F1

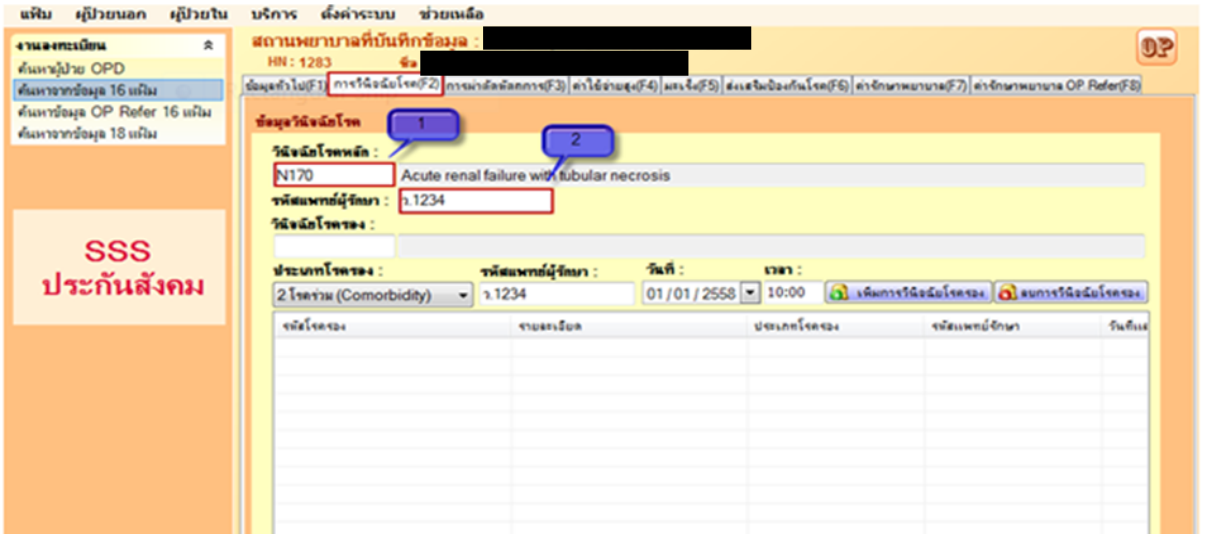


ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก หน้าจอข้อมูลทั่วไป (F1)

การบันทึกรหัสการวินิจฉัยโรค และรหัสหัตถการ ในหน้า F2 และ F3

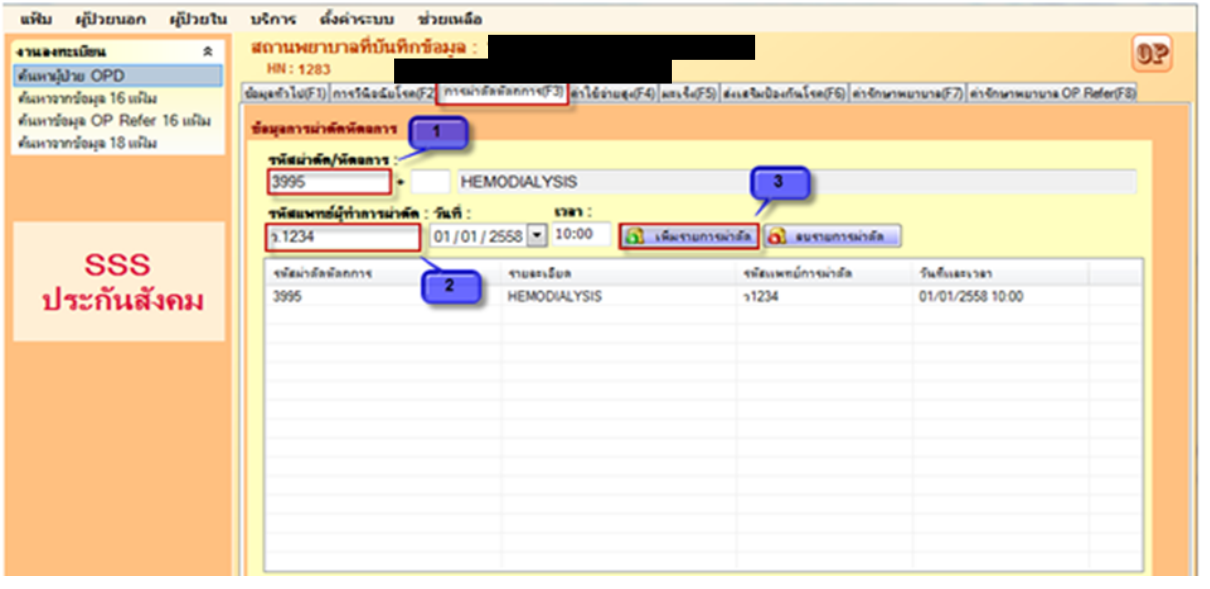
1) บันทึกรหัสการวินิจฉัยโรค และรหัสหัตถการ ให้สอดคล้องกับกรณีการเบิกจ่าย

2) ต้องบันทึกเลขที่เวชกรรมของแพทย์ผู้ให้การรักษา ในหน้า F2 ทุกครั้ง



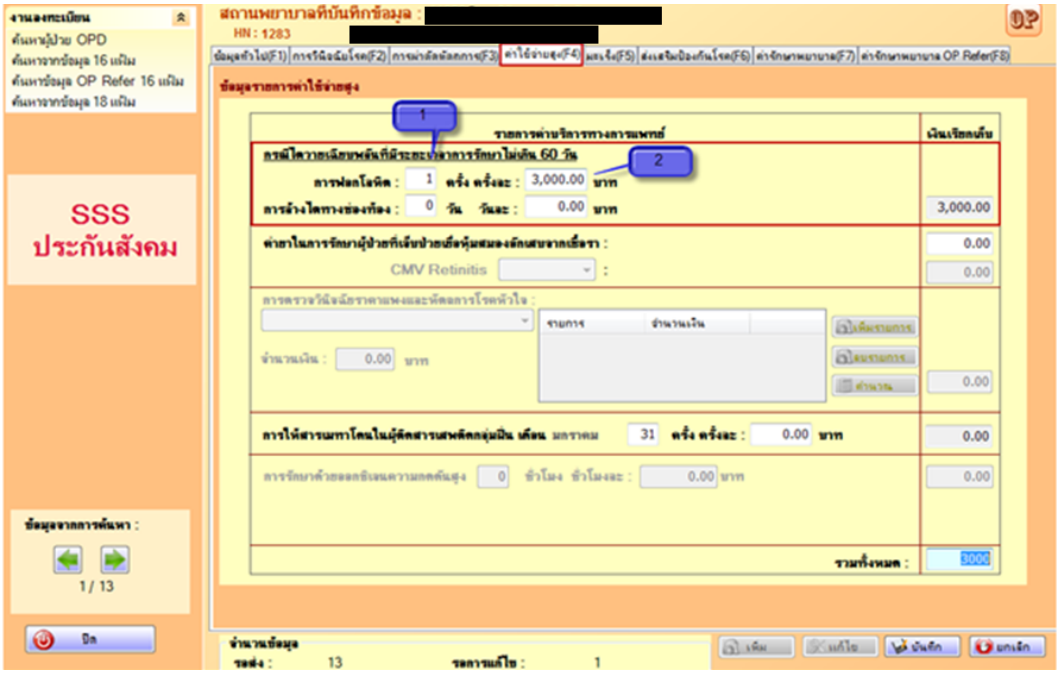
ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก หน้าจอการวินิจฉัยโรค (F2) การบันทึกรหัสการวินิจฉัยโรค และเลขที่เวชกรรมของแพทย์ผู้ให้การรักษา

การบันทึกรหัสหัตถการในหน้า F3



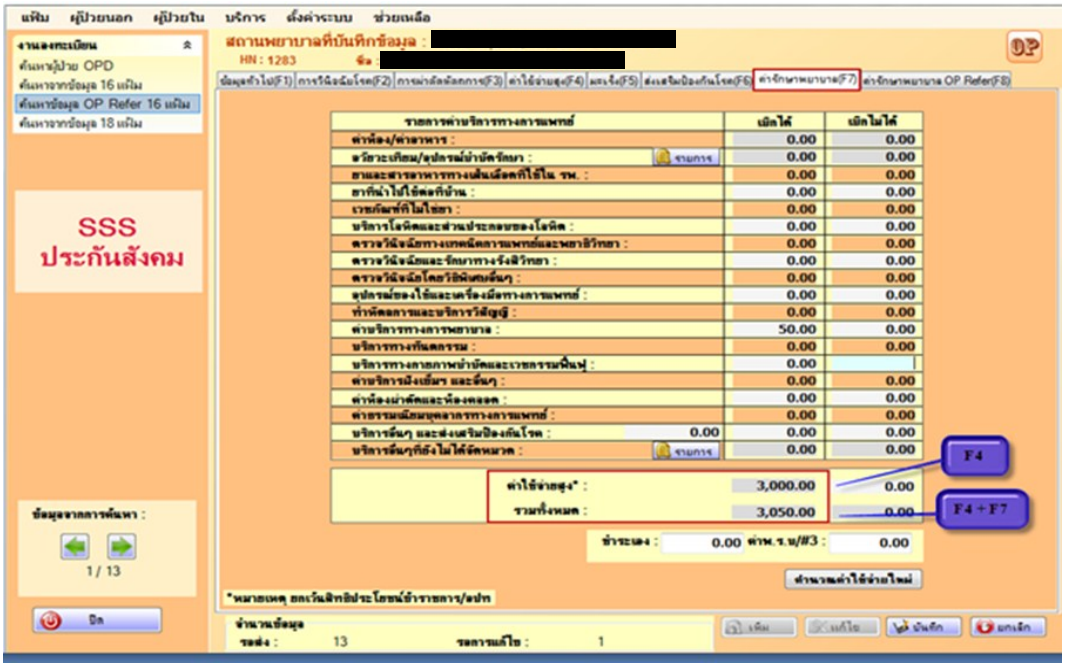
ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก หน้าจอการผ่าตัดหัตถการ (F3) การบันทึกรหัสหัตถการ

การบันทึกเบิกกรณีไตวายเฉียบพลัน กรณีผู้ป่วยนอก ในหน้า F4



ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก หน้าจอค่าใช้จ่ายสูง (F4) การบันทึกเบิกกรณีไตวายเฉียบพลัน

การบันทึกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอก ในหน้า F7

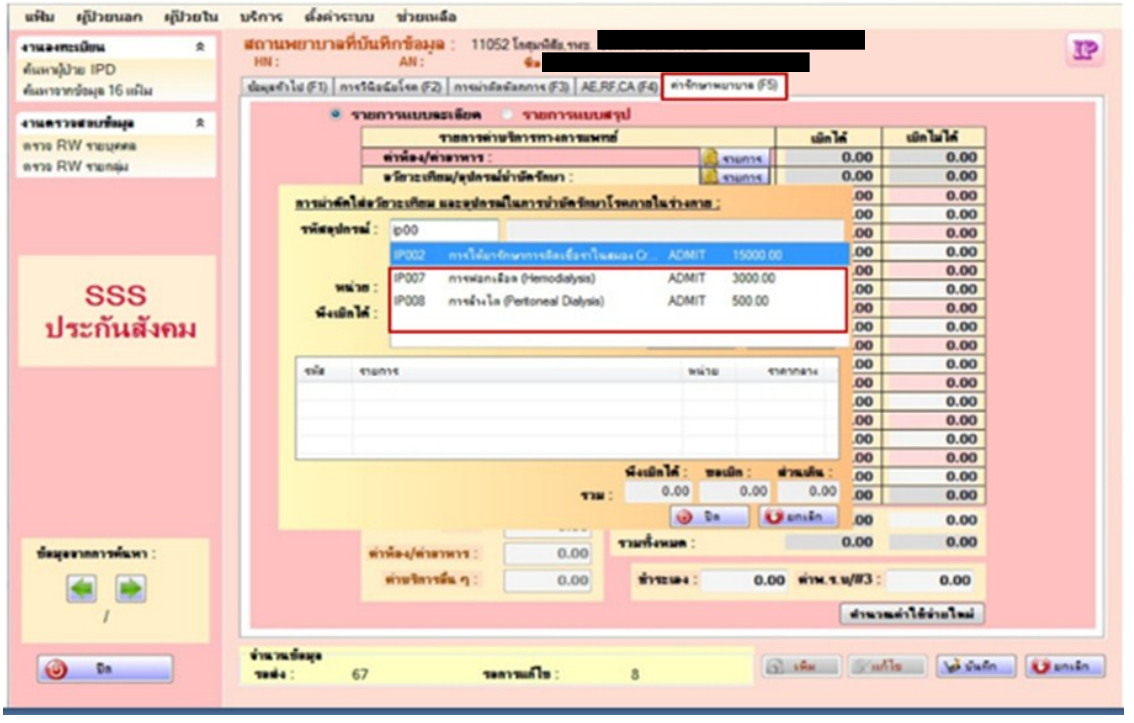


ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก หน้าจอค่ารักษาพยาบาล (F7)

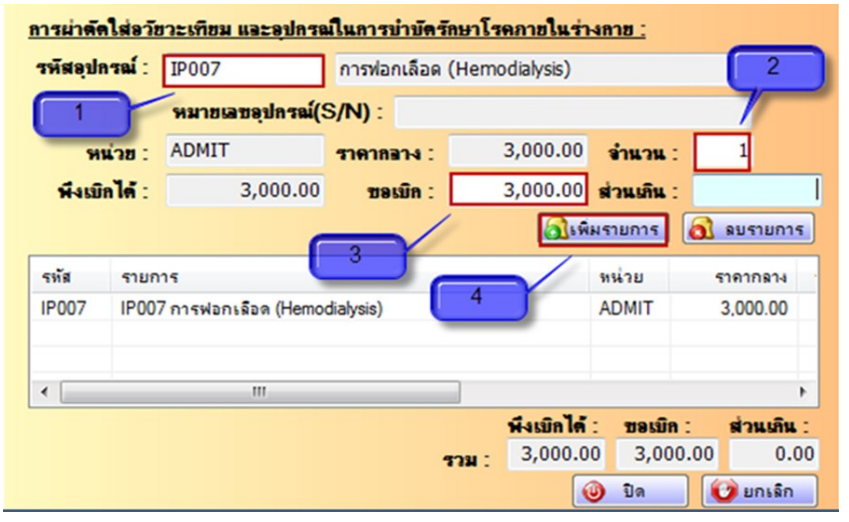
การบันทึกข้อมูลการล้างไต/ฟอกเลือดล้างไต กรณีผู้ป่วยใน ในหน้า F5

1) เลือกรายการล้างไต / การฟอกเลือดจากหมวดรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษา

2) บันทึกจำนวนครั้ง และ จำนวนเงินที่ขอเบิก



ภาพการบันทึกข้อมูลการล้างไต/ฟอกเลือดล้างไต กรณีผู้ป่วยใน



ภาพการบันทึกข้อมูลการล้างไต/ฟอกเลือดล้างไต กรณีผู้ป่วยใน

ข้อควรระวังในการบันทึก

- **กรณีผู้ป่วยนอก** ตรวจสอบการบันทึกจำนวนครั้งของการฟอกเลือดล้างไต หรือจำนวนวันของการล้างไตทางช่องท้อง และจำนวนเงินขอเบิก ในหน้า F4

- **กรณีผู้ป่วยใน** ตรวจสอบการเลือกรหัสรายการ IP007 (การฟอกเลือดล้างไต) หรือ IP008 (การล้างไตทางช่องท้อง) และจำนวนเงินที่ขอเบิก ในหน้า F5

2) การรักษาโรคมะเร็งอื่นๆ (ที่ไม่ใช่ 10 ชนิด)

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารสุข

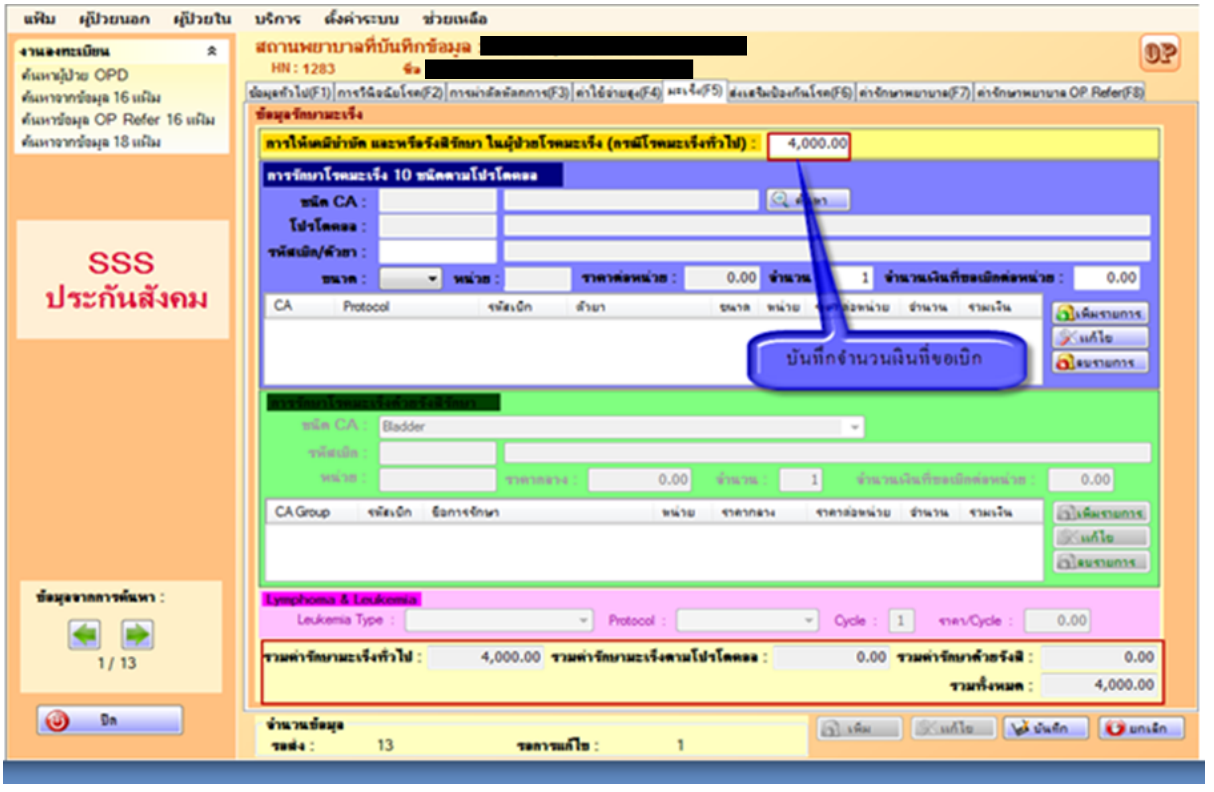
กรณีผู้ป่วยนอก ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- มะเร็ง [F5]
- ค่ารักษาพยาบาล [F7]

กรณีผู้ป่วยใน ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

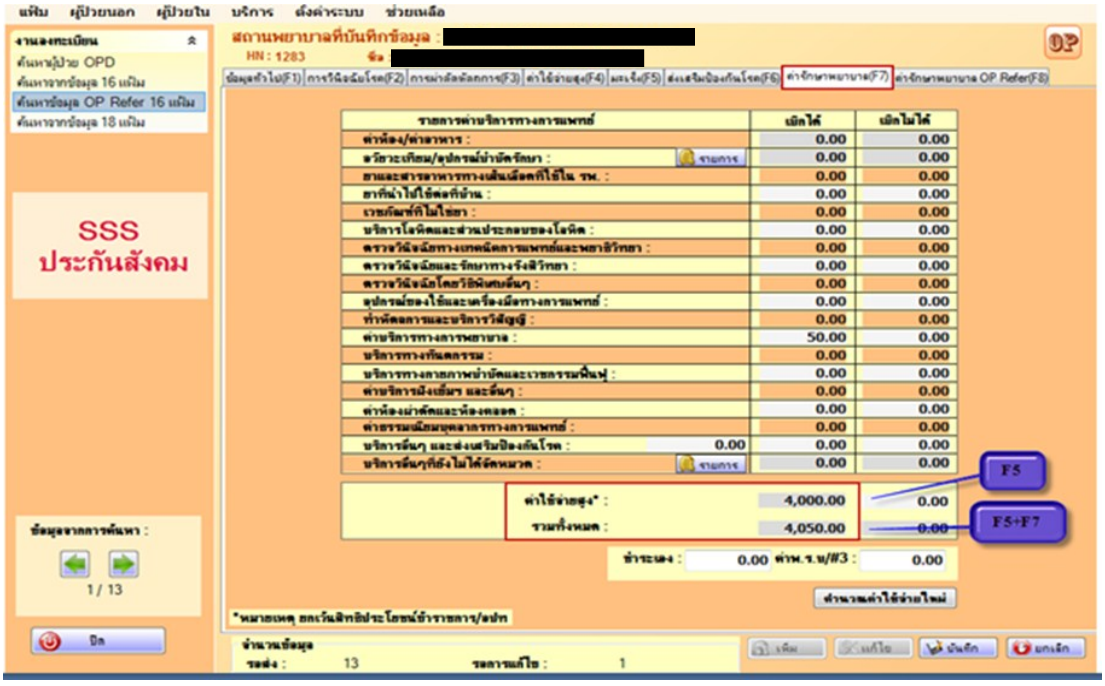
- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- AE,RF,CA [F4]
- ค่ารักษาพยาบาล [F5]

การบันทึกค่ายาเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษาในโรคมะเร็งทั่วไป กรณีผู้ป่วยนอก ในหน้า F5

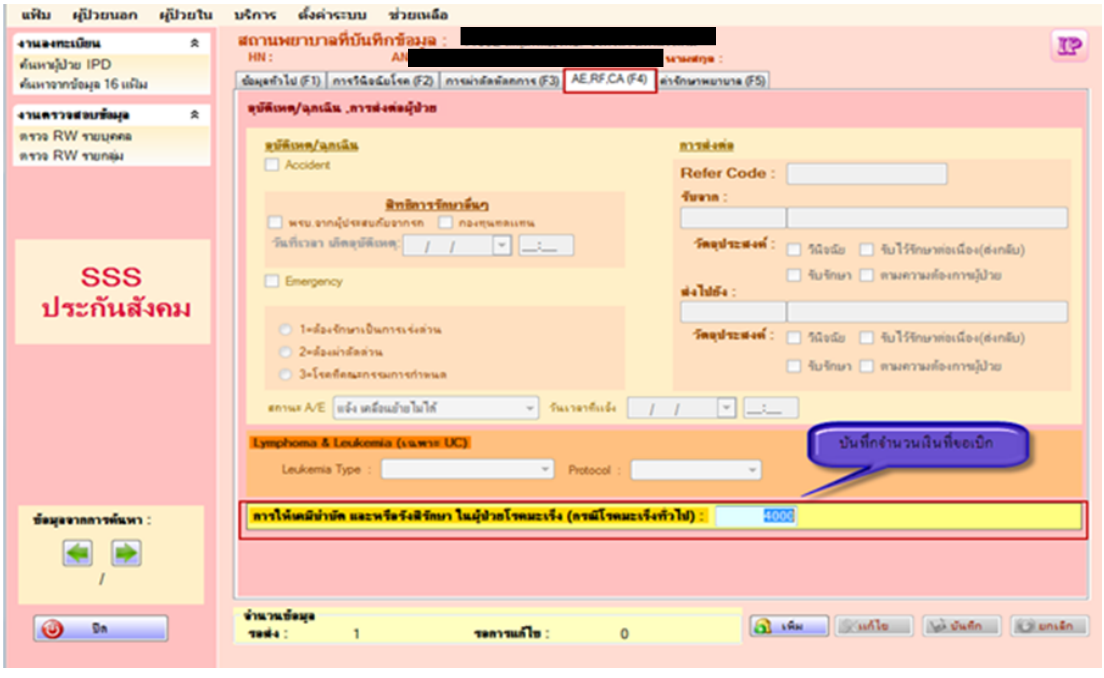


ภาพการบันทึกค่ายาเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษาในโรคมะเร็งทั่วไป กรณีผู้ป่วยนอก

การบันทึกค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอก ในหน้า F7

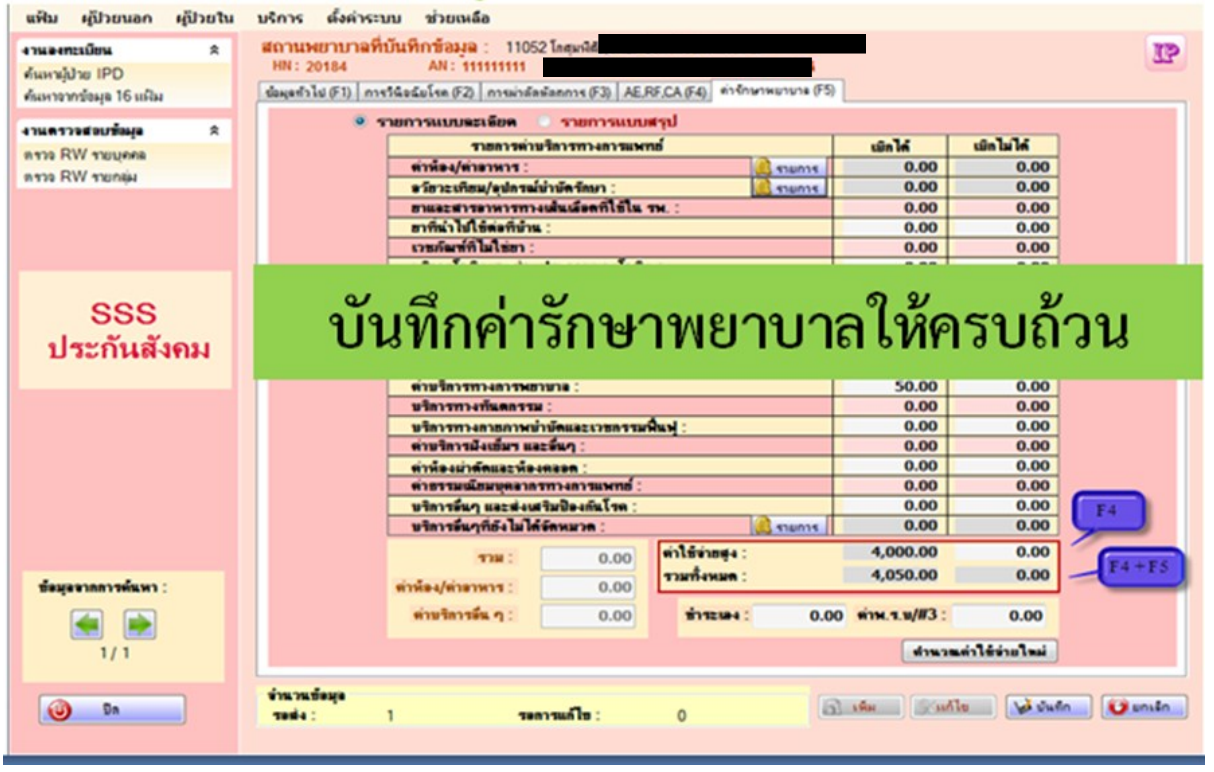


ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก หน้าจอค่ารักษาพยาบาล (F7)



ภาพการบันทึกค่ายาเคมีบำบัด และหรือรังสีรักษา กรณีผู้ป่วยใน (F4)

การบันทึกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยใน ในหน้า F5



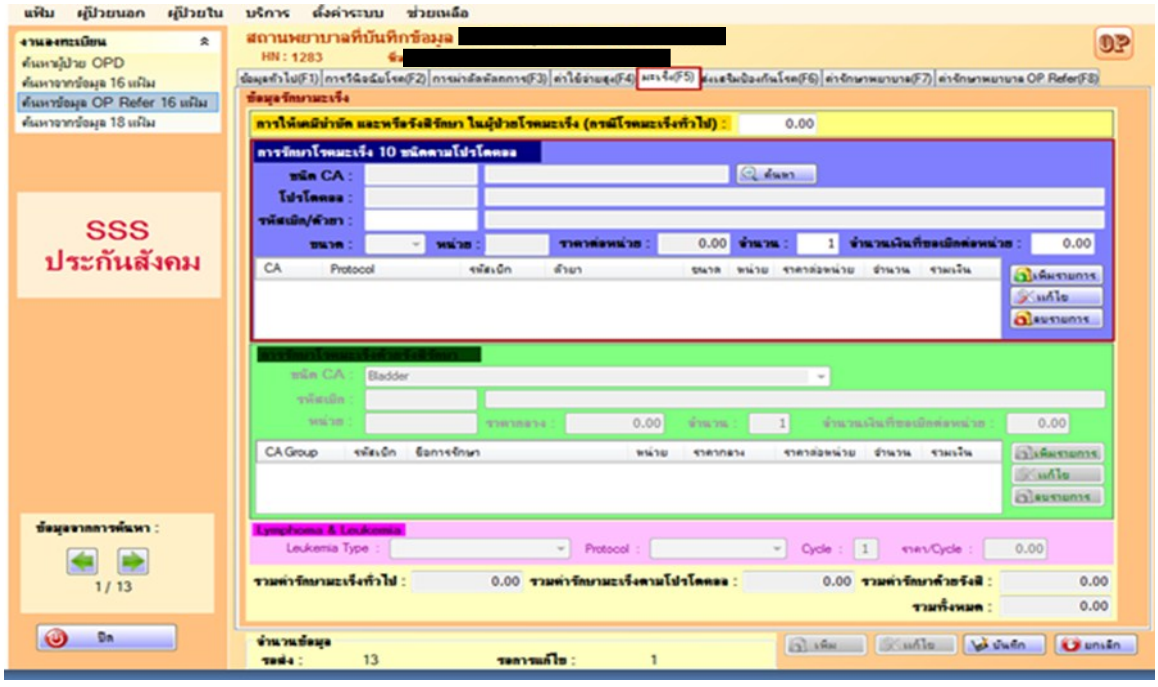
ภาพการบันทึกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยใน

3) การรักษาโรคมะเร็ง 10 ชนิดตามแนวทางการรักษาที่กำหนด (Protocol)

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารสุข ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- มะเร็ง [F5]
- ค่ารักษาพยาบาล [F7]

การบันทึกเบิกกรณีรักษาโรคมะเร็ง 10 ชนิดตามแนวทางการรักษาที่กำหนด (Protocol) ในหน้า F5



ภาพการบันทึกเบิกกรณีรักษาโรคมะเร็ง 10 ชนิด

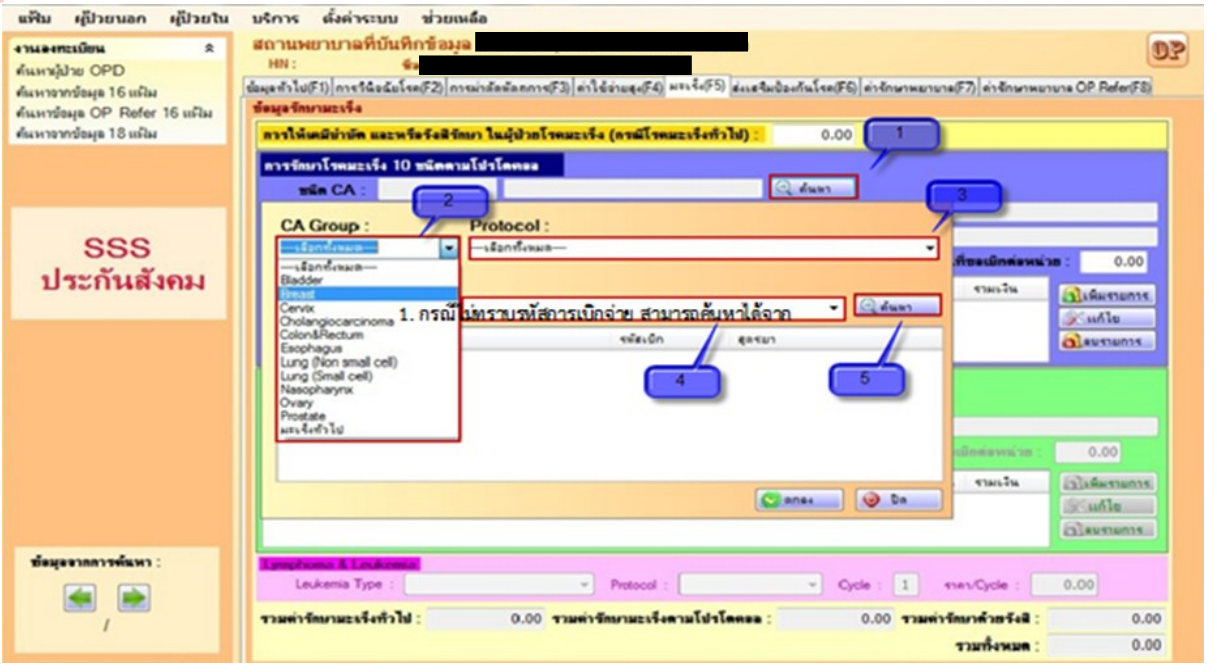
1) บันทึกเลือกรหัสเบิกจ่าย โดย

1.1) กรณีไม่ทราบรหัสเบิกจ่าย สามารถค้นหาได้จากปุ่มค้นหา >> เลือกชนิดของมะเร็ง >> เลือกโปรโตคอล >> เลือกรหัสเบิกจ่าย/สูตรยาตามโปรโตคอล

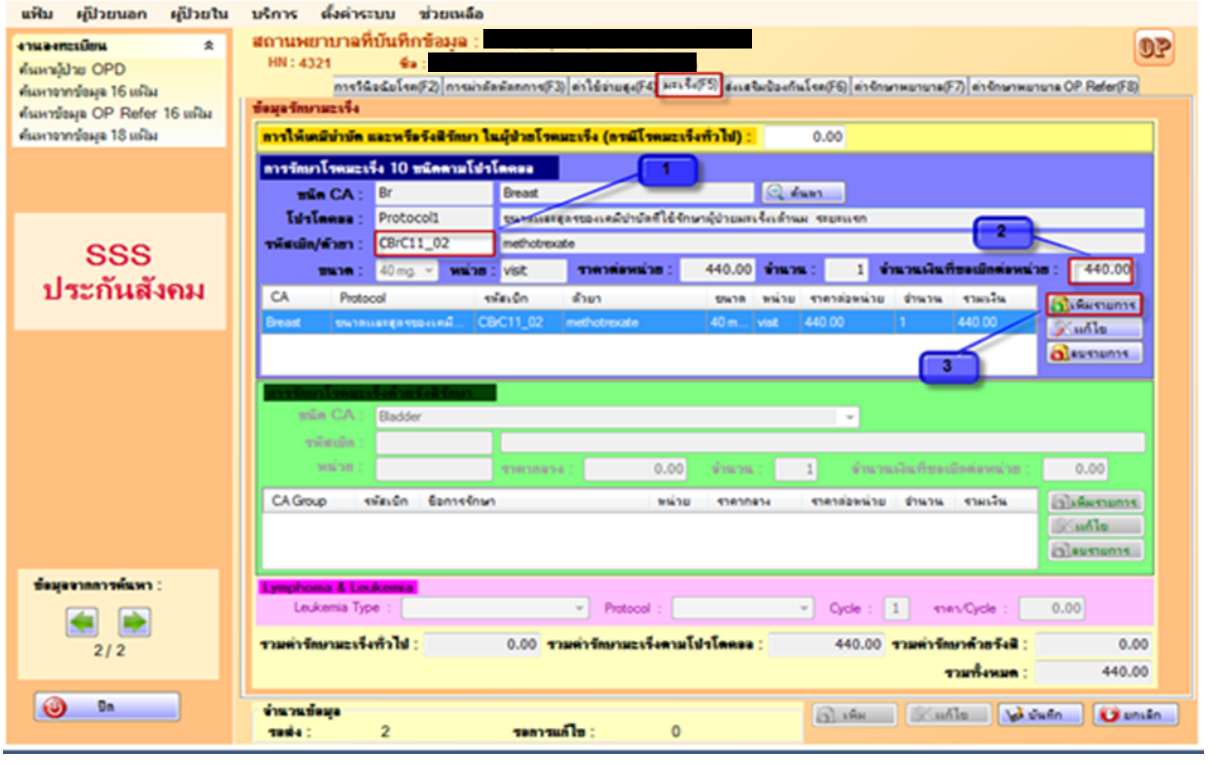
1.2) กรณีทราบรหัสเบิกจ่าย สามารถบันทึกรหัสเบิกจ่าย / ตัวยา ที่ช่องรหัสเบิก/ตัวยา

2) บันทึกจำนวนเงินขอเบิกต่อหน่วยของแต่ละโปรโตคอล

การบันทึกเลือกรหัสเบิกจ่ายกรณีไม่ทราบรหัสเบิกจ่าย

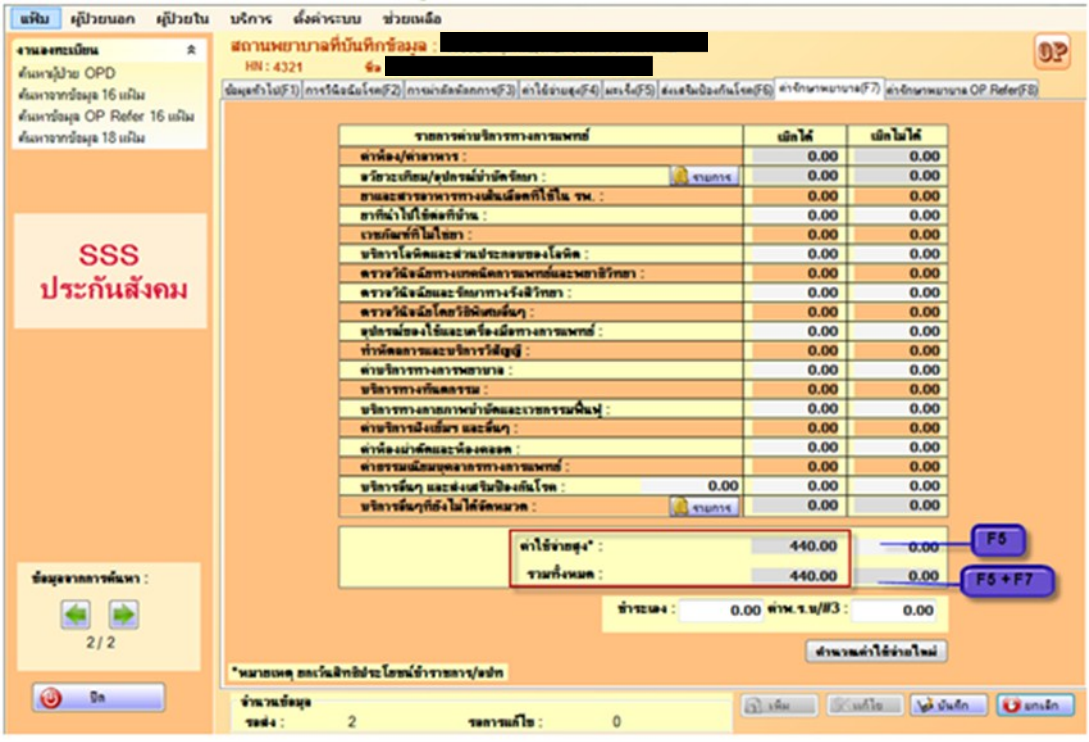


ภาพการบันทึกเลือกรหัสเบิกจ่ายกรณีไม่ทราบรหัสเบิกจ่าย สามารถค้นหาได้จากปุ่มค้นหา



ภาพการบันทึกเลือกรหัสเบิกจ่ายกรณีทราบรหัสเบิกจ่าย

การบันทึกจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาล ในหน้า F7



ภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก หน้าจอค่ารักษาพยาบาล (F7)

4) ค่ายาในการรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal Meningitis

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข

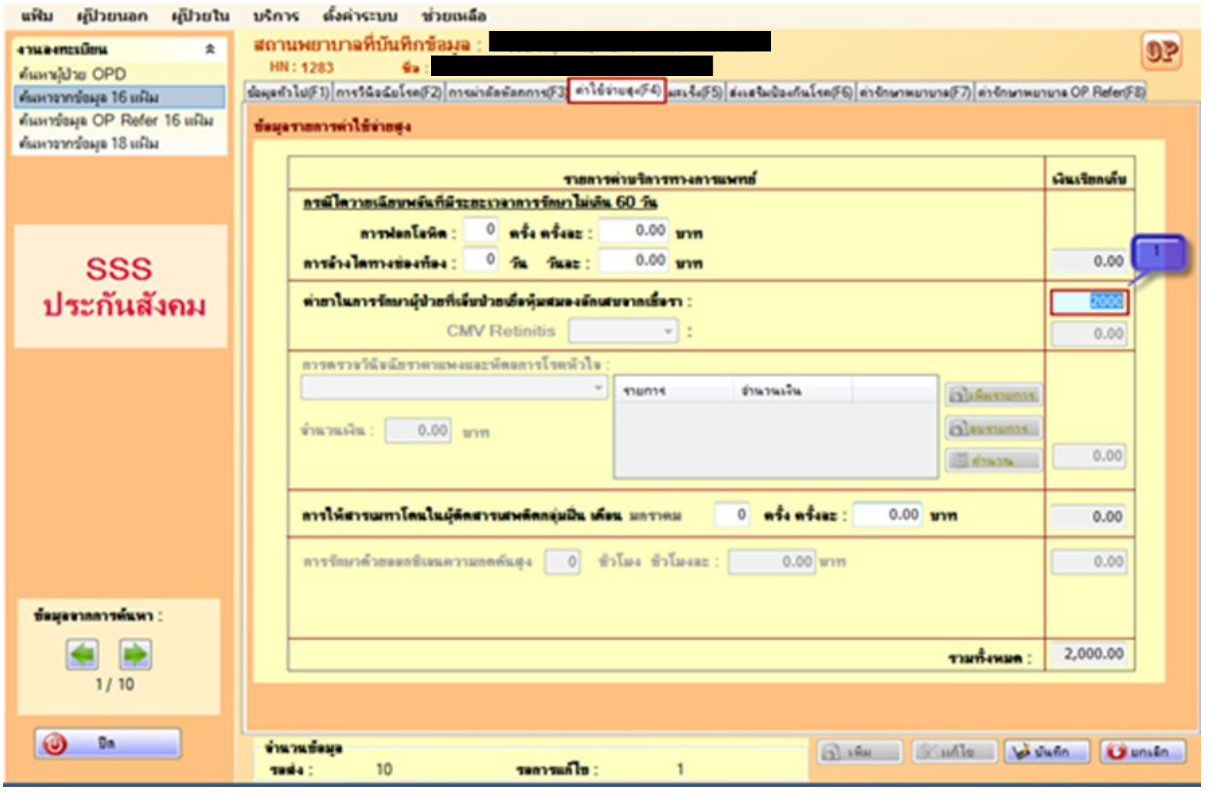
<u>กรณีผู้ป่วยนอก</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- ค่าใช้จ่ายสูง [F4]
- ค่ารักษาพยาบาล [F7]

<u>กรณีผู้ป่วยใน</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

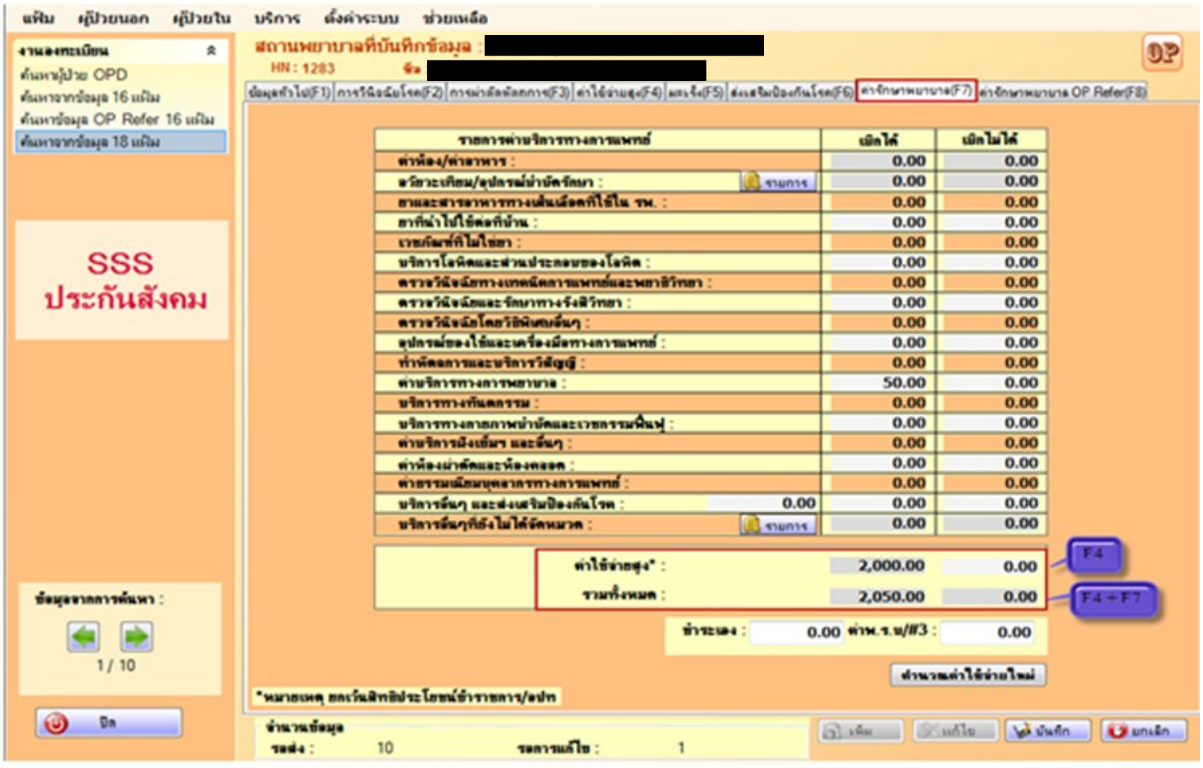
- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- ค่ารักษาพยาบาล [F5]

การบันทึกเบิกค่ายาในการรักษาโรค Cryptococcal Meningitis กรณีผู้ป่วยนอก ในหน้า F4



ภาพการบันทึกเบิกค่ายาในการรักษาโรค Cryptococcal Meningitis กรณีผู้ป่วยนอก

การบันทึกค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอก ในหน้า F7

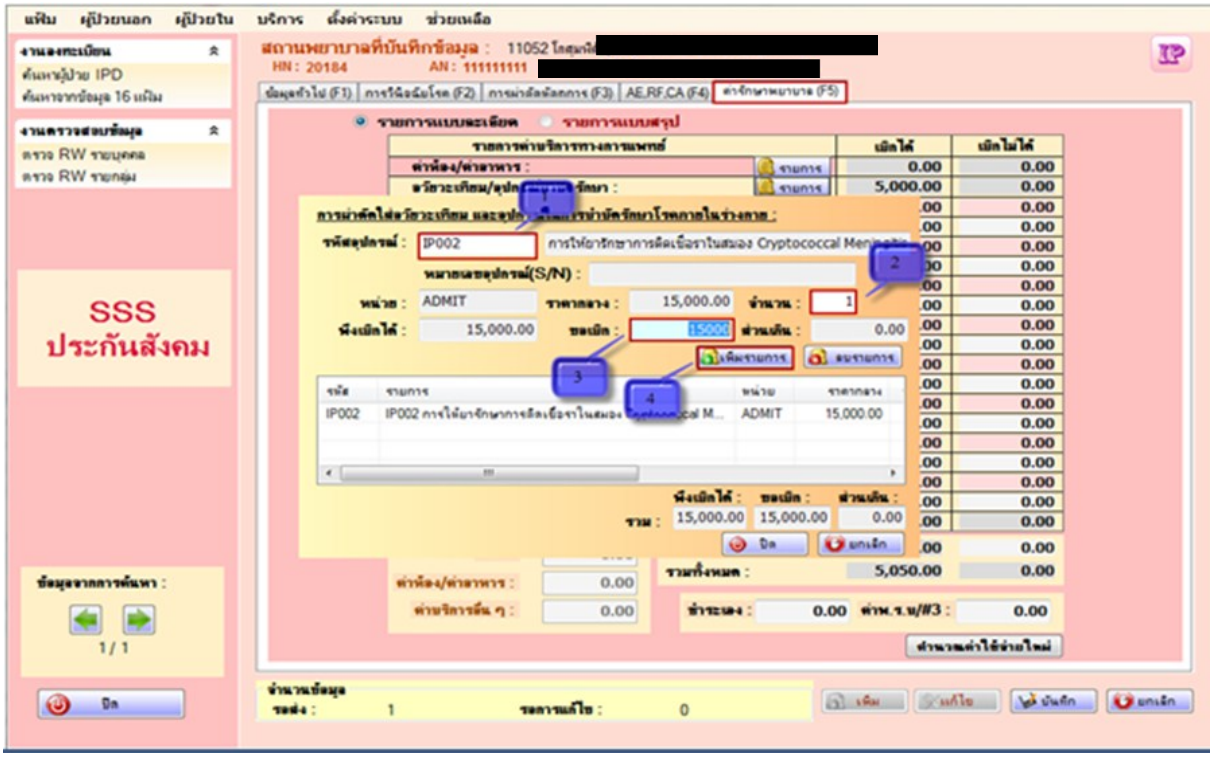


ภาพการบันทึกเบิกค่ายาในการรักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอก

การบันทึกเบิกค่ายาในการรักษาโรค Cryptococcal Meningitis กรณีผู้ป่วยใน ในหน้า F5

1) บันทึกเลือกรหัสรายการ IP002 จากหมวดรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษา

2) บันทึกจำนวนครั้ง และจำนวนเงินที่ขอเบิก



ภาพการบันทึกจำนวนครั้ง และจำนวนเงินที่ขอเบิก

5) การรักษาโรคสมองด้วยวิธี STEREOTATIC RADIOSURGERY

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารสุข

<u>กรณีผู้ป่วยนอก</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F7]

<u>กรณีผู้ป่วยใน</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

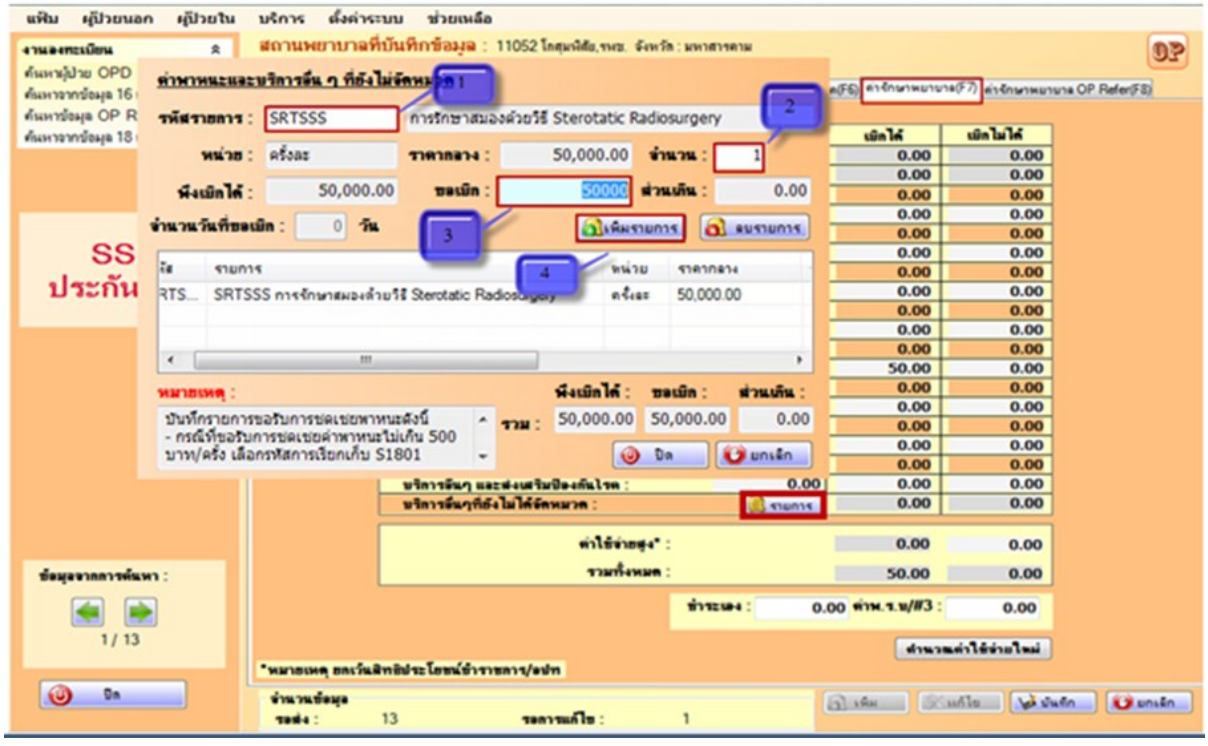
- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F5]

การรักษาโรคสมองด้วยวิธี STEREOTATIC RADIOSURGERY กรณีผู้ป่วยนอก ในหน้า F7 และ กรณีผู้ป่วยใน ในหน้า F5

1) บันทึกเลือกรหัสรายการ SRTSSS จากหมวดค่าพาหนะและบริการอื่นๆ ที่ยังไม่จัดหมวด

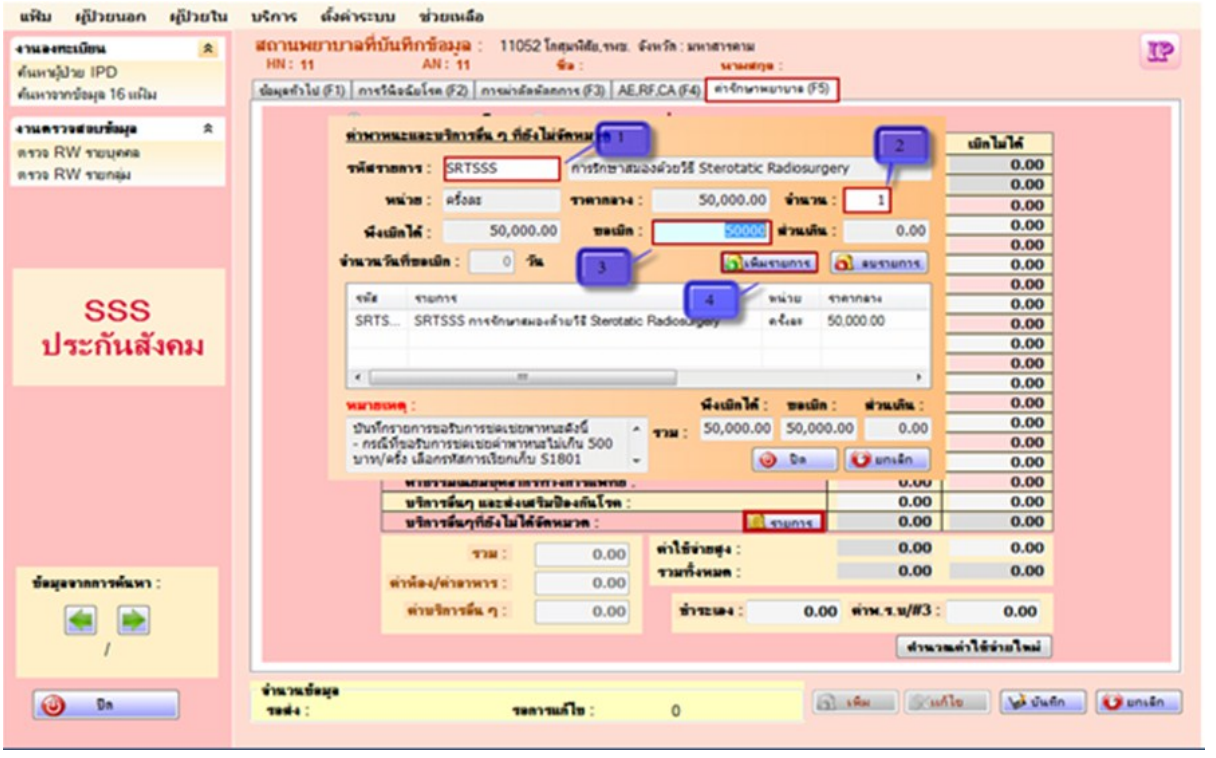
2) บันทึกจำนวนครั้ง และจำนวนเงินที่ขอเบิก

การบันทึกการรักษาโรคสมองด้วยวิธี STEREOTATIC RADIOSURGERY กรณีผู้ป่วยนอก



ภาพการเลือกรหัสรายการ SRTSSS และบันทึกจำนวนครั้ง และจำนวนเงินที่ขอเบิก

การบันทึกการรักษาโรคสมองด้วยวิธี STEREOTATIC RADIOSURGERY กรณีผู้ป่วยใน



ภาพการบันทึกการรักษาโรคสมองด้วยวิธี STEREOTATIC RADIOSURGERY กรณีผู้ป่วยใน

6) การใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument)

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารสุข

<u>กรณีผู้ป่วยนอก</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F7]

<u>กรณีผู้ป่วยใน</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F5]

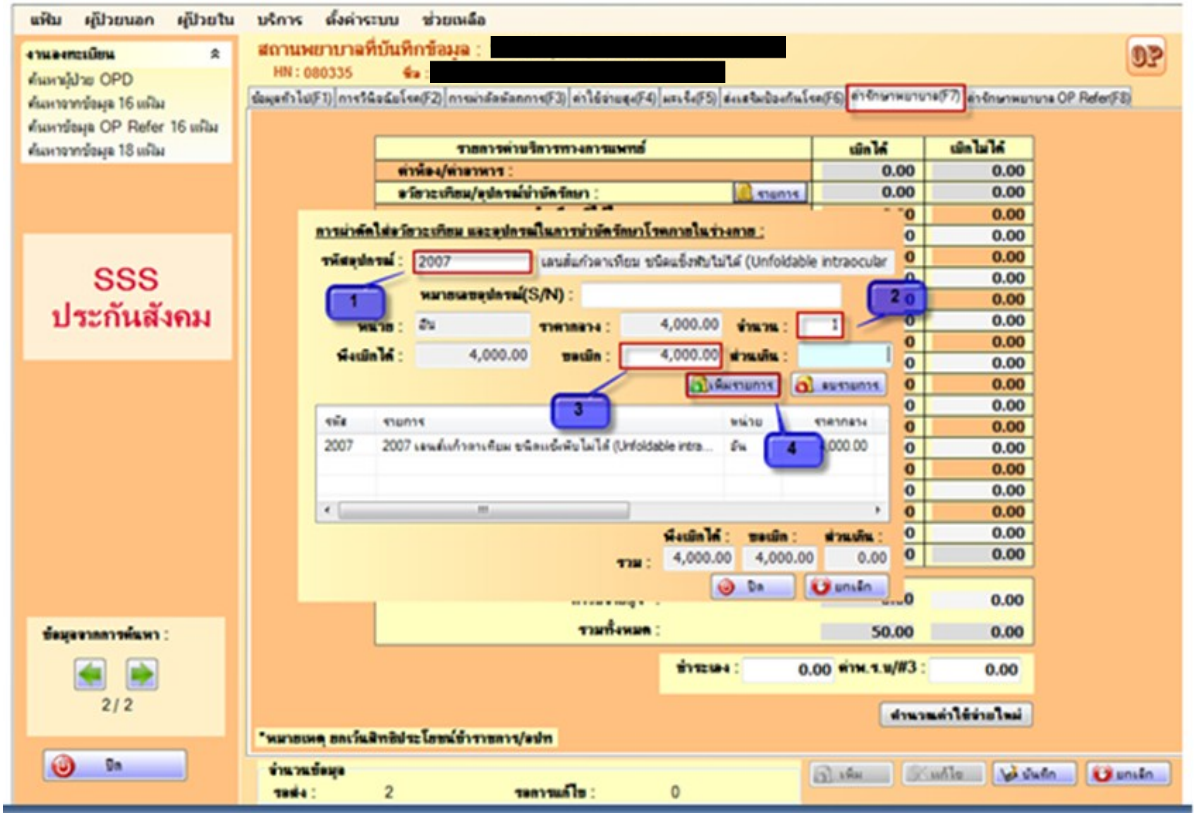
การบันทึกเบิกอวัยวะเทียม และอุปกรณ์บำบัดรักษาโรค กรณีผู้ป่วยนอก ในหน้า F7 และ กรณีผู้ป่วยใน ในหน้า F5

1) บันทึกเลือกรหัสรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ จากหมวดอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษา

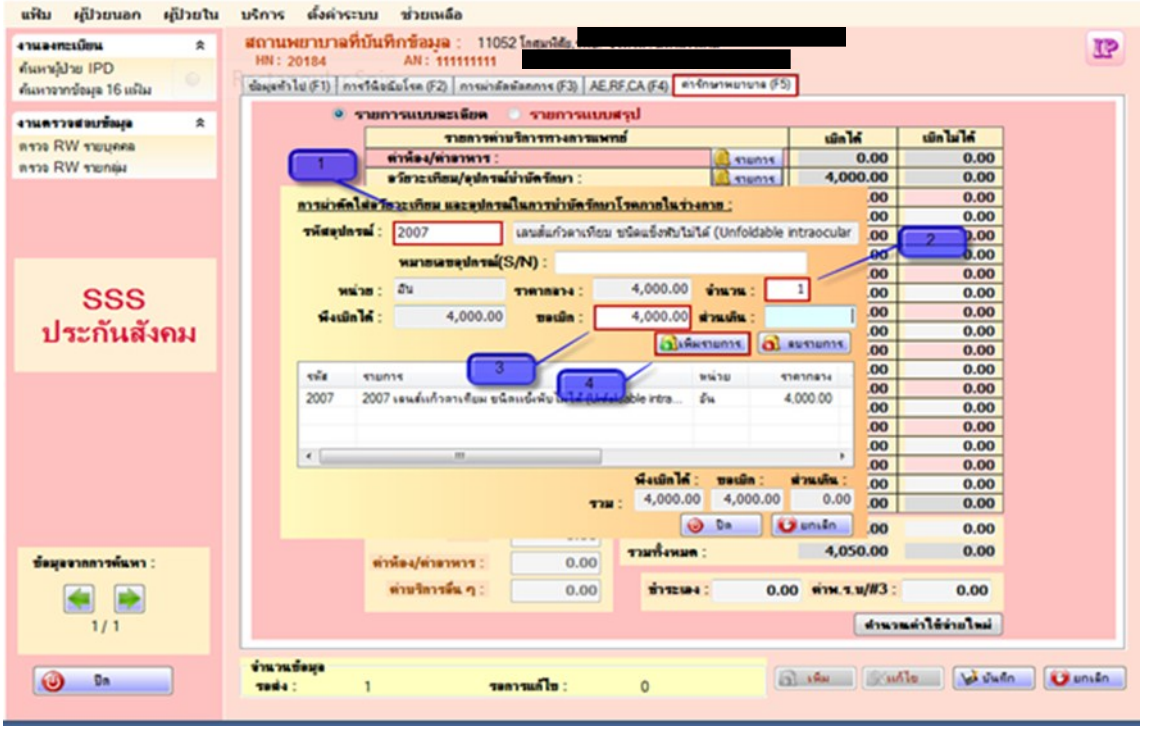
2) บันทึกจำนวนอุปกรณ์ และจำนวนเงินที่ขอเบิก

ข้อควรระวัง ในการบันทึกรหัสหัตถการ หากมีการทำหัตถการเดียวกันมากกว่า 1 ข้าง หรือมากกว่า 1 ครั้ง ต้องบันทึกรหัส extension code ระบุข้าง / ครั้ง ของการทำหัตถการนั้น ๆ ด้วย

การบันทึกเบิกอวัยวะเทียม และอุปกรณ์บำบัดรักษาโรค กรณีผู้ป่วยนอก



ภาพการบันทึกเบิกอวัยวะเทียม และอุปกรณ์บำบัดรักษาโรค กรณีผู้ป่วยนอก



ภาพการบันทึกเบิกอวัยวะเทียม และอุปกรณ์บำบัดรักษาโรค กรณีผู้ป่วยใน

7) การทำหมันชายและการทำหมันหญิง

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารสุข

<u>กรณีผู้ป่วยนอก</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F7]

<u>กรณีผู้ป่วยใน</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

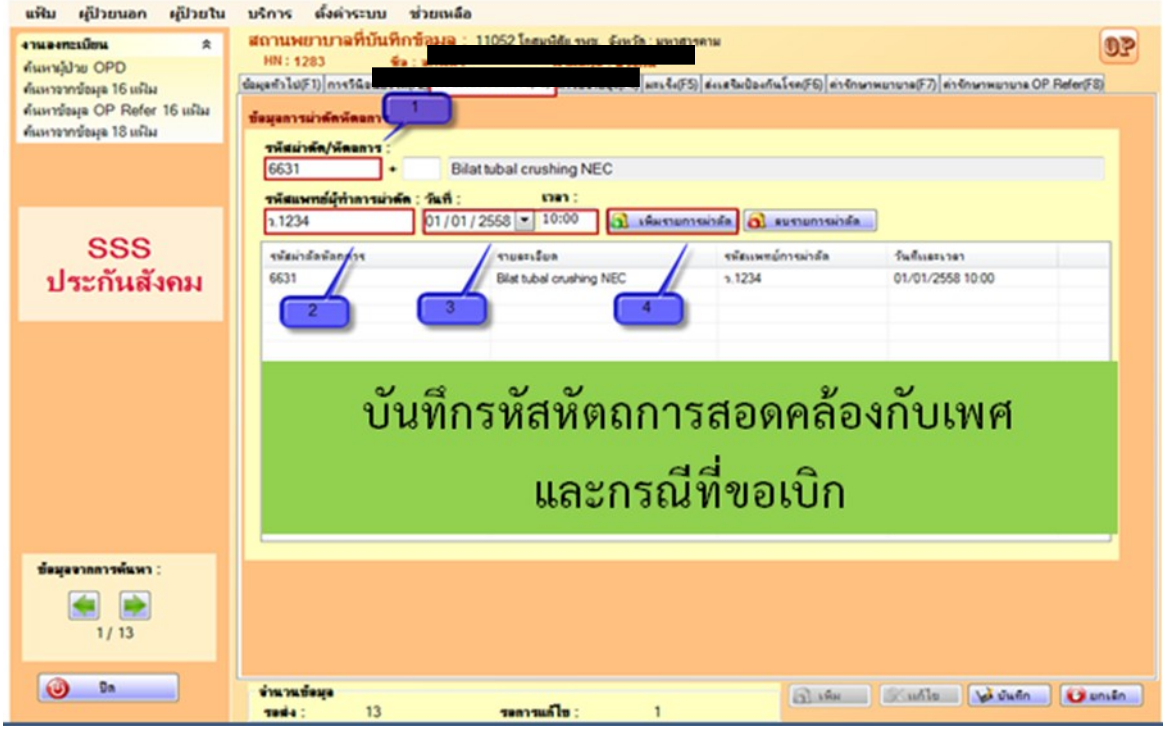
- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F5]

การบันทึกเบิกค่าใช้จ่ายในการทำหมัน กรณีผู้ป่วยนอก ในหน้า F7 และ กรณีผู้ป่วยใน ในหน้า F5

1) กรณีการทำหมันหญิงเลือกรหัสรายการ SSSTRW หรือกรณีการทำหมันชายเลือกรหัสรายการ SSSTRM จากหมวดรายการค่าพาหนะและบริการอื่นๆ ที่ยังไม่จัดหมวด

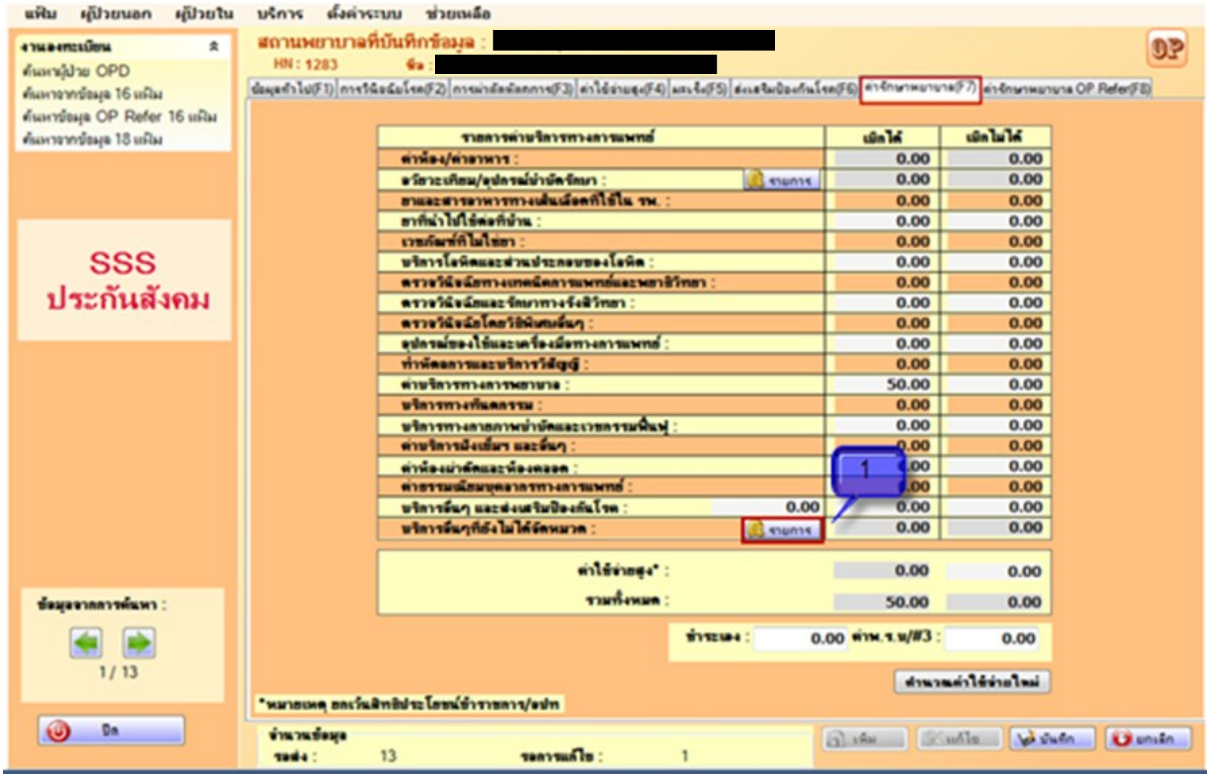
2) บันทึกจำนวนครั้ง และจำนวนเงินที่ขอเบิก

3) บันทึกรหัสหัตถการให้สอดคล้องกับเพศและกรณีที่ขอเบิก



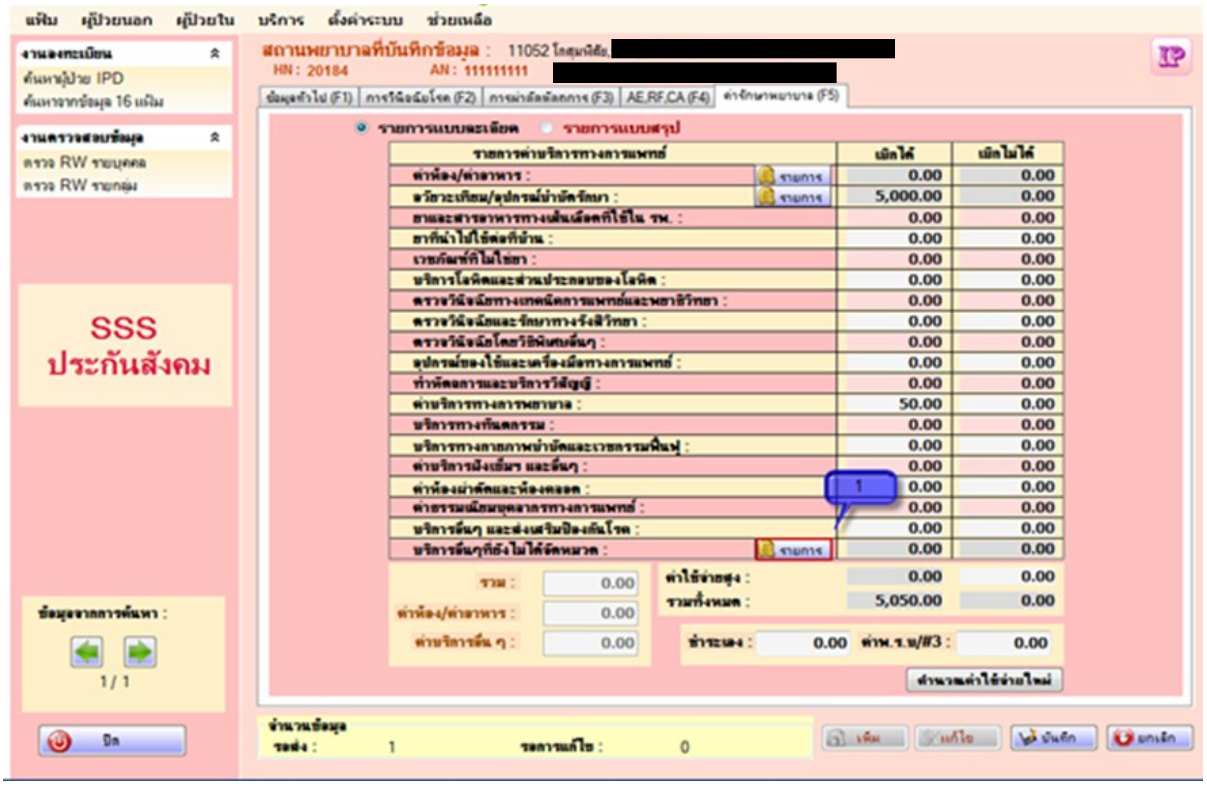
ภาพการบันทึกรหัสหัตถการให้สอดคล้องกับเพศและกรณีที่ขอเบิก

การบันทึกเบิกค่าใช้จ่ายในการทำหมัน กรณีผู้ป่วยนอก



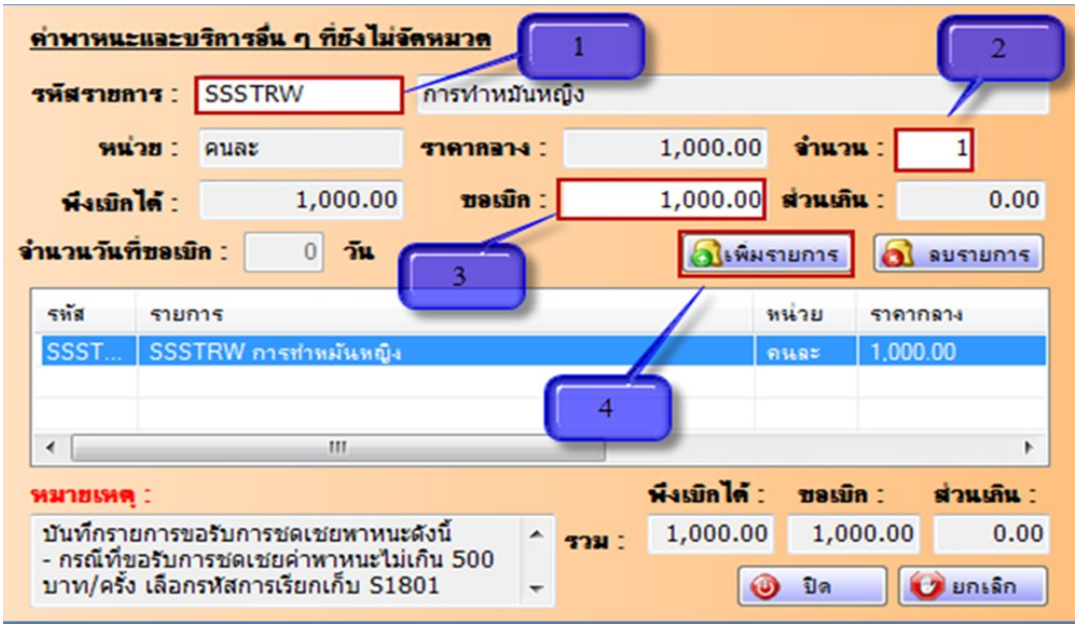
ภาพการบันทึกเบิกค่าใช้จ่ายในการทำหมัน กรณีผู้ป่วยนอก

การบันทึกเบิกค่าใช้จ่ายในการทำหมัน กรณีผู้ป่วยใน



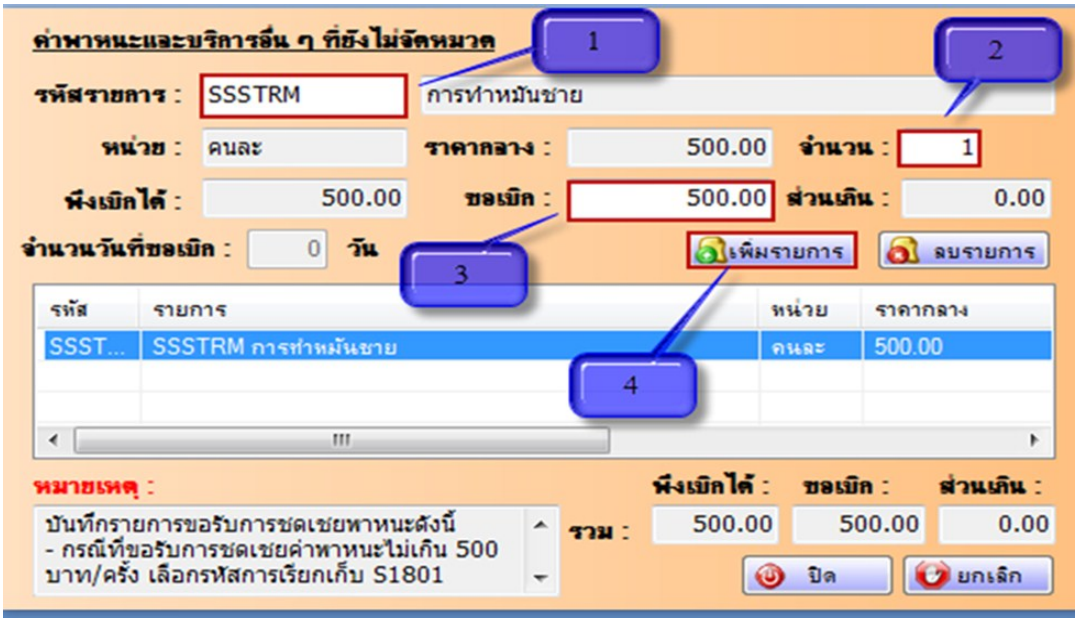
ภาพการบันทึกเบิกค่าใช้จ่ายในการทำหมัน กรณีผู้ป่วยใน

กรณีการทำหมันหญิงเลือกรหัสรายการ SSSTRW



ภาพการทำหมันหญิงเลือกรหัสรายการ SSSTRW

กรณีการทำหมันชายเลือกรหัสรายการ SSSTRM



ภาพการทำหมันชาย เลือกรหัสรายการ SSSTRW

8. ค่ายาละลายลิ่มเลือดในการรักษาโรคเกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง(Stroke Fast Tract)

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารสุข

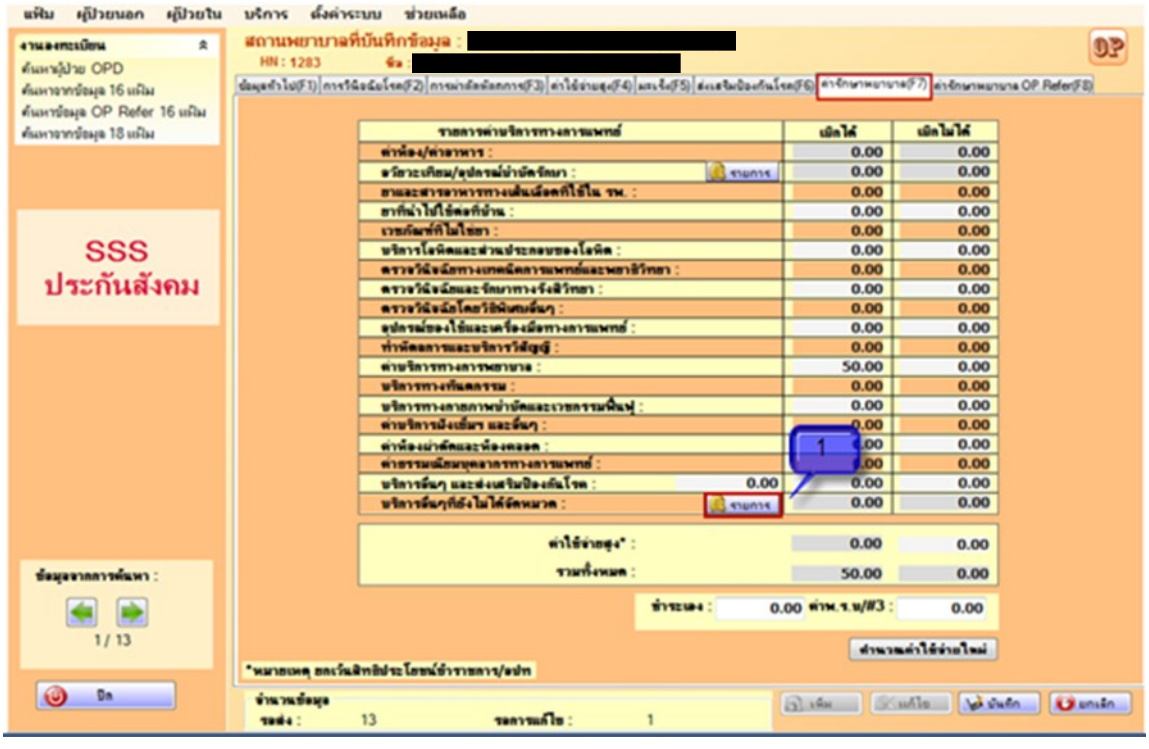
<u>กรณีผู้ป่วยนอก</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F7]

<u>กรณีผู้ป่วยใน</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

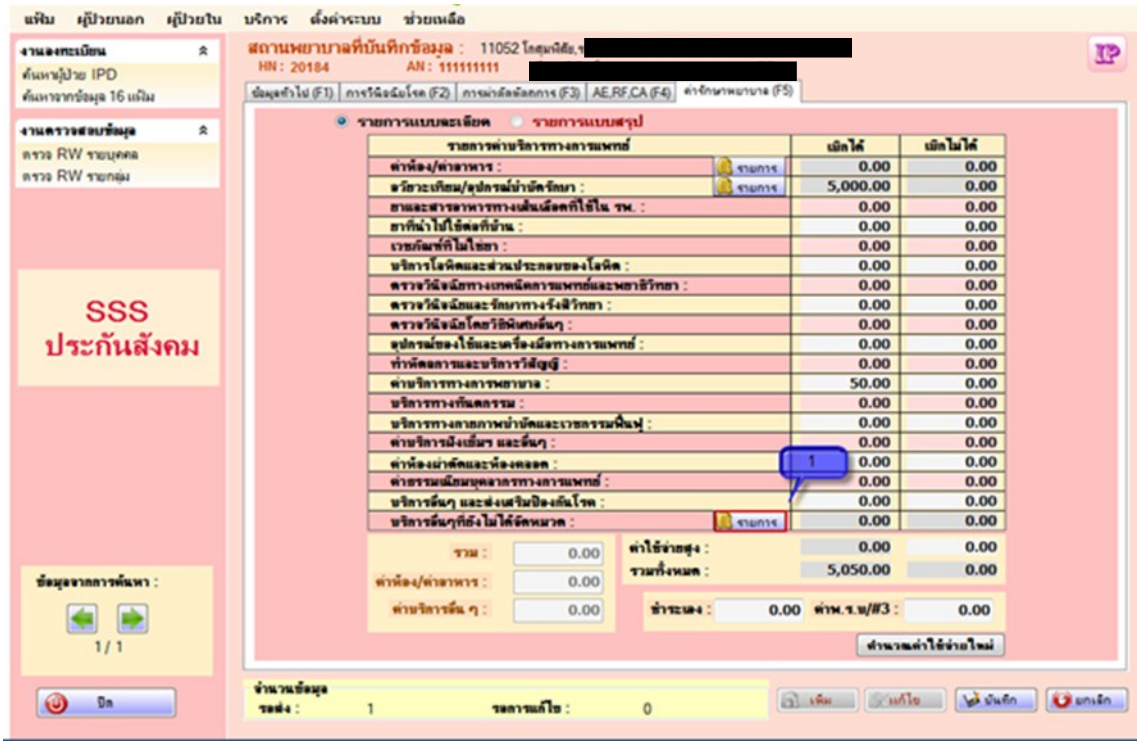
- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F5]

การบันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอก(F7)

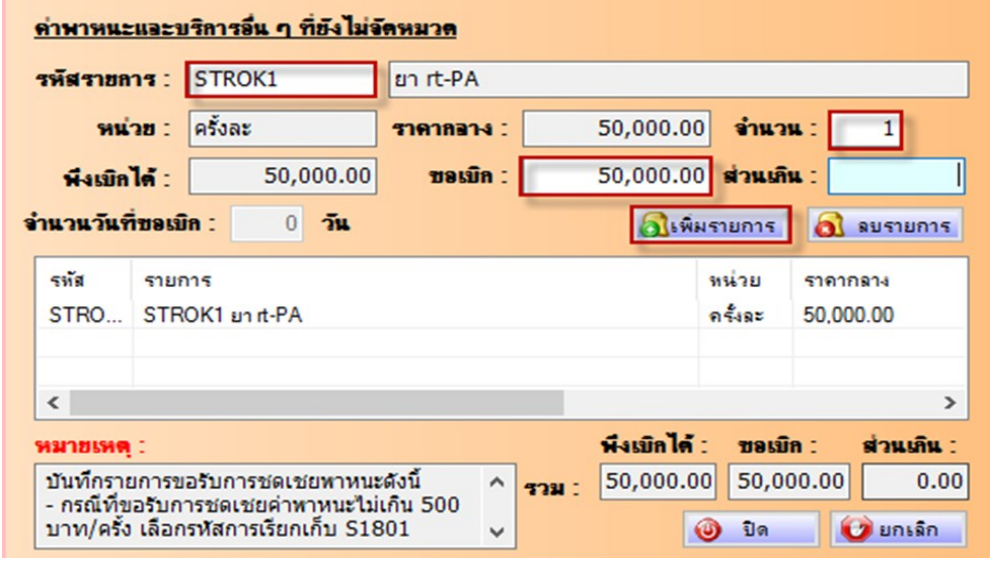


ภาพการบันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอก

การบันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยใน(F5)



ภาพการบันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยใน



ภาพการเลือกรหัสรายการ STORK1 เพื่อขอเบิกชดเชยค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA

9) ค่ายาละลายลิ่มเลือดในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้า ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Tract)

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารสุข

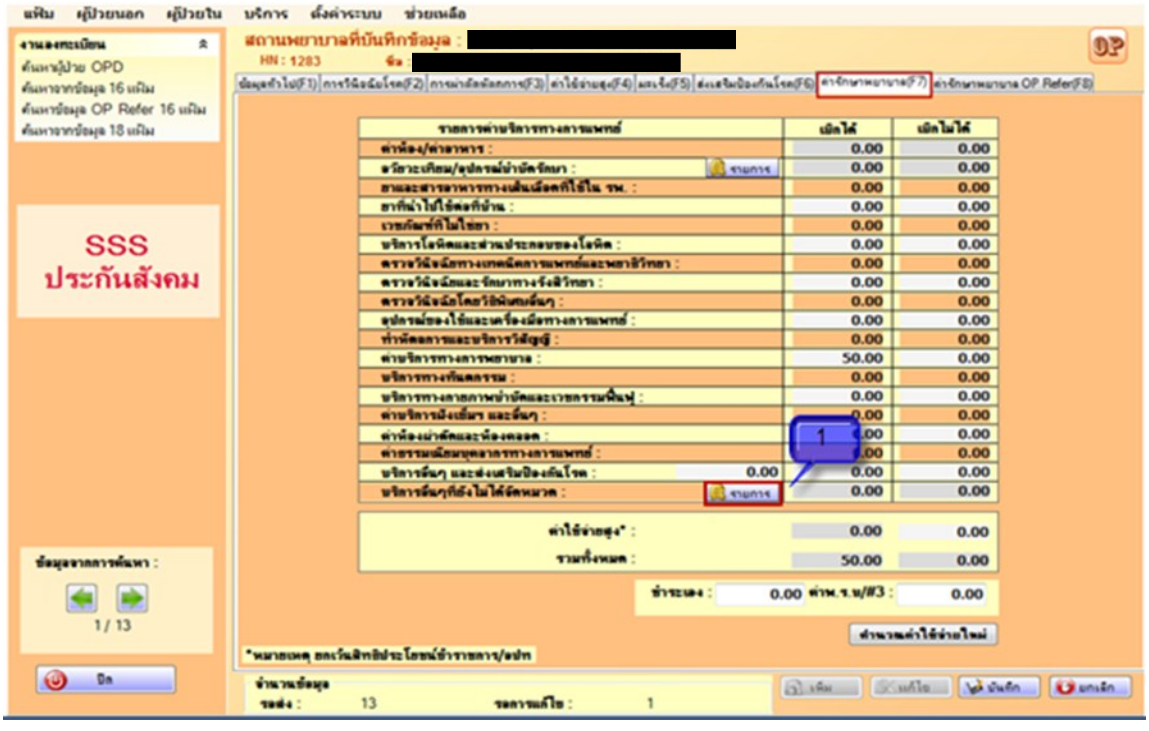
<u>กรณีผู้ป่วยนอก</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F7]

<u>กรณีผู้ป่วยใน</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

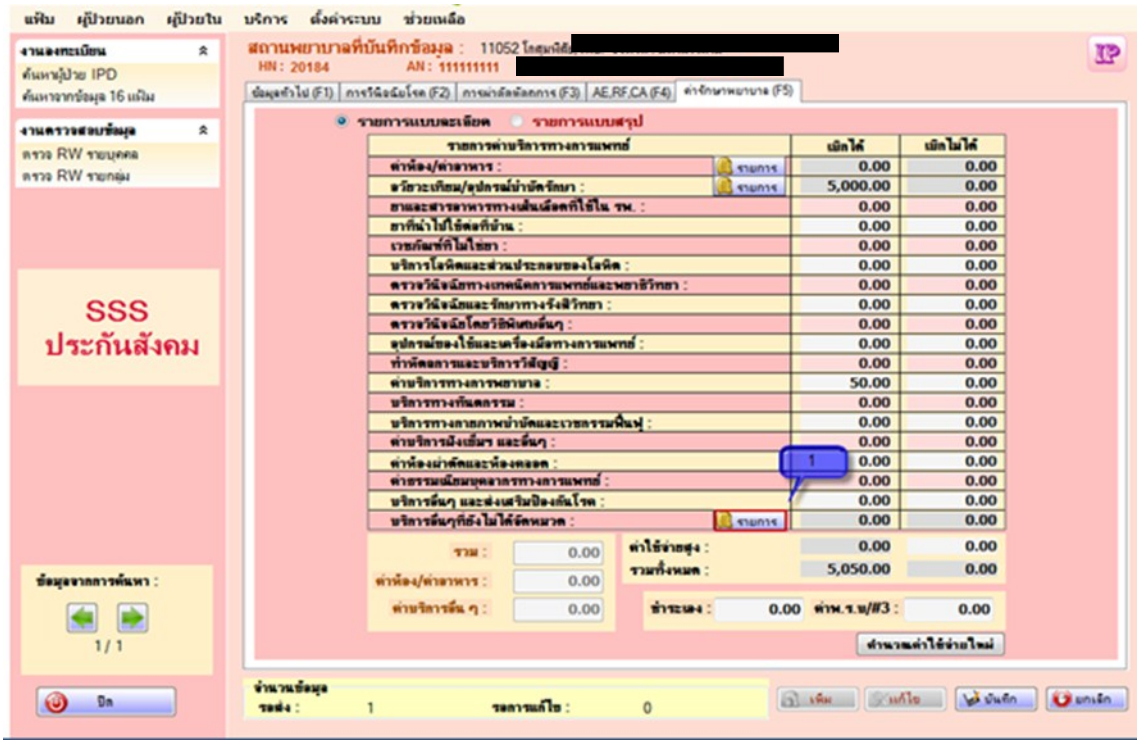
- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F5]

การบันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอก(F7)



ภาพการบันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอก

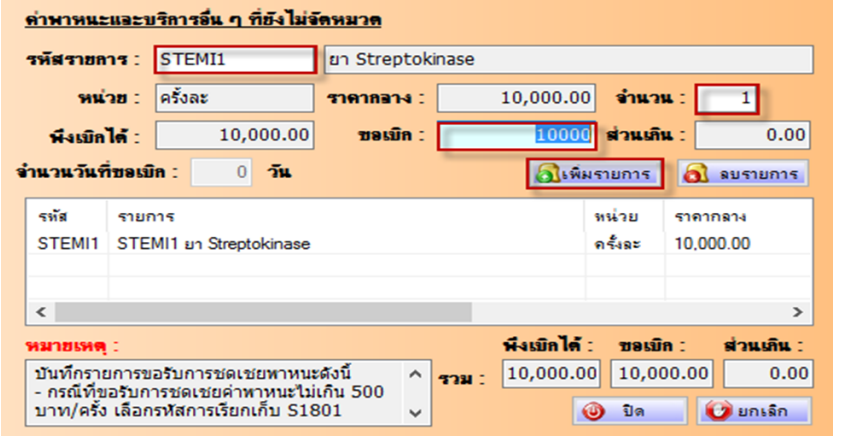
การบันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยใน(F5)



ภาพการบันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยใน

เลือกรหัสรายการที่ต้องการขอเบิกชดเชย

- STEMI1 เพื่อขอเบิกชดเชยค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase
- STEMI2 เพื่อขอเบิกชดเชยค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA
- STEMI3 เพื่อขอเบิกชดเชยค่ายาละลายลิ่มเลือด TNK-tPA



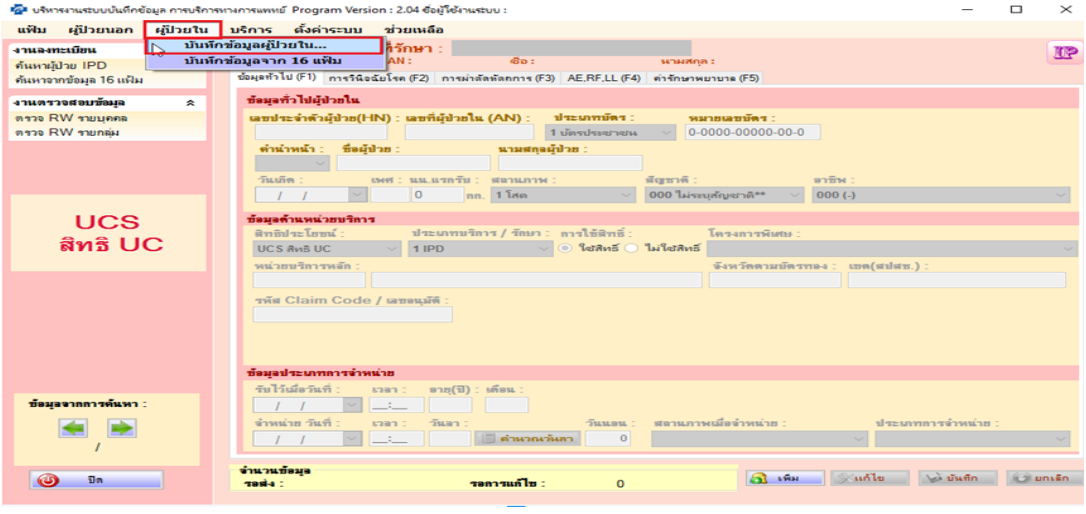
ภาพการเลือกรหัสรายการที่ต้องการขอเบิกชดเชย

สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ

การส่งข้อมูลเพื่อเบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบอิเลกทรอนิกส์ ในโปรแกรม e-Claim ให้เลือกสิทธิประโยชน์เป็นสิทธิ UC (ในหน้าข้อมูลทั่วไป F1) ตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข โดยใช้หลักเกณฑ์ เงื่อนไข การบันทึกข้อมูล เพื่อเบิกค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเช่นเดียวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกประการ

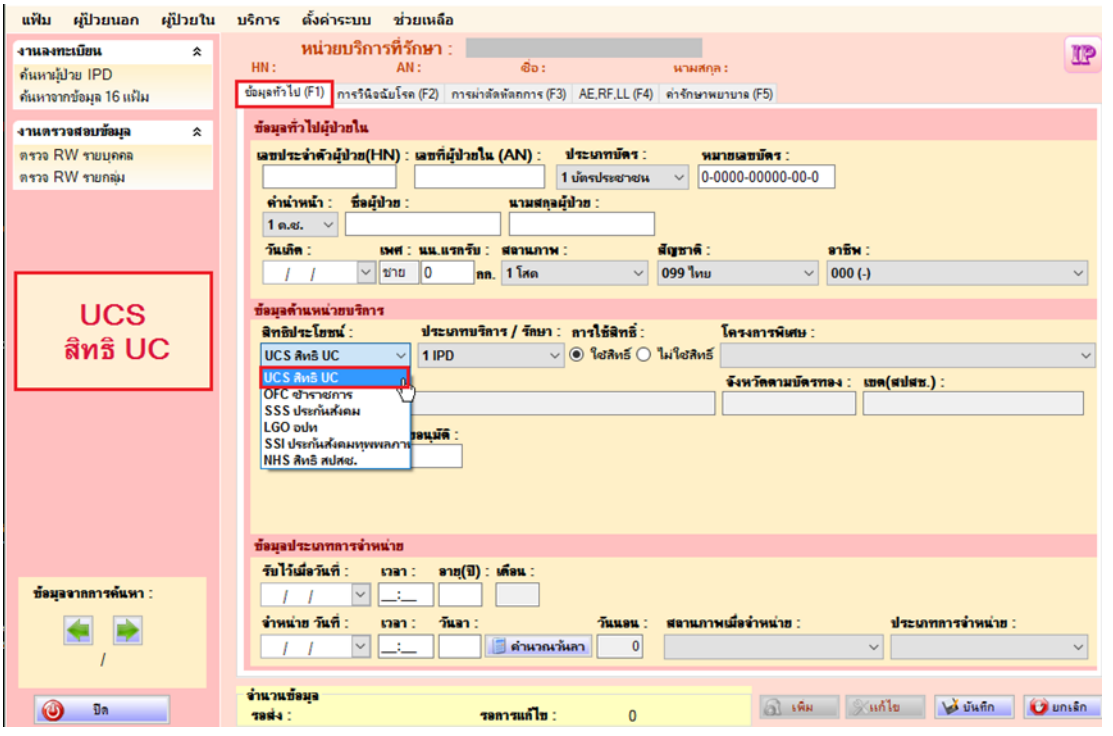
<u>กรณีผู้ป่วยใน</u>

1. เมื่อหน่วยบริการเข้าในโปรแกรม e-claim แล้ว ให้ทำการ login เลือกผู้ป่วยใน เลือกบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน



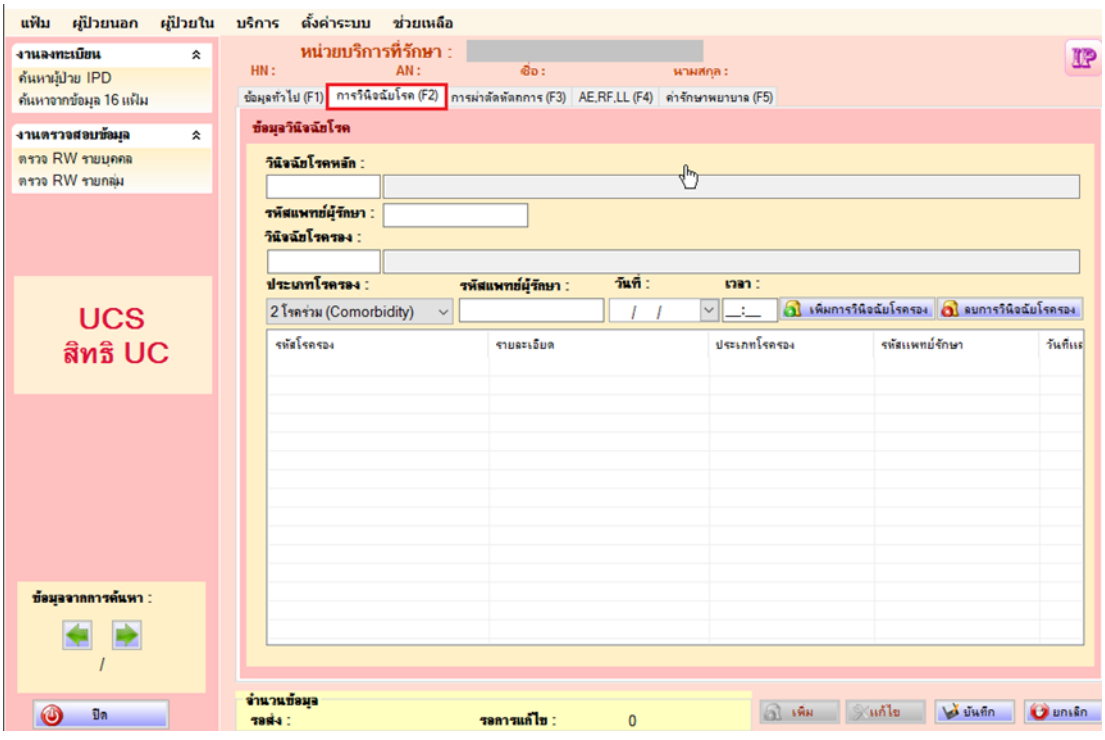
ภาพหน้าจอเลือกประเภทผู้ป่วย

2) หน้าจอบันทึกข้อมูลทั่วไป [F1] ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยใน บันทึกให้ครบถ้วน โดยเลือกสิทธิประโยชน์เป็นสิทธิ UC



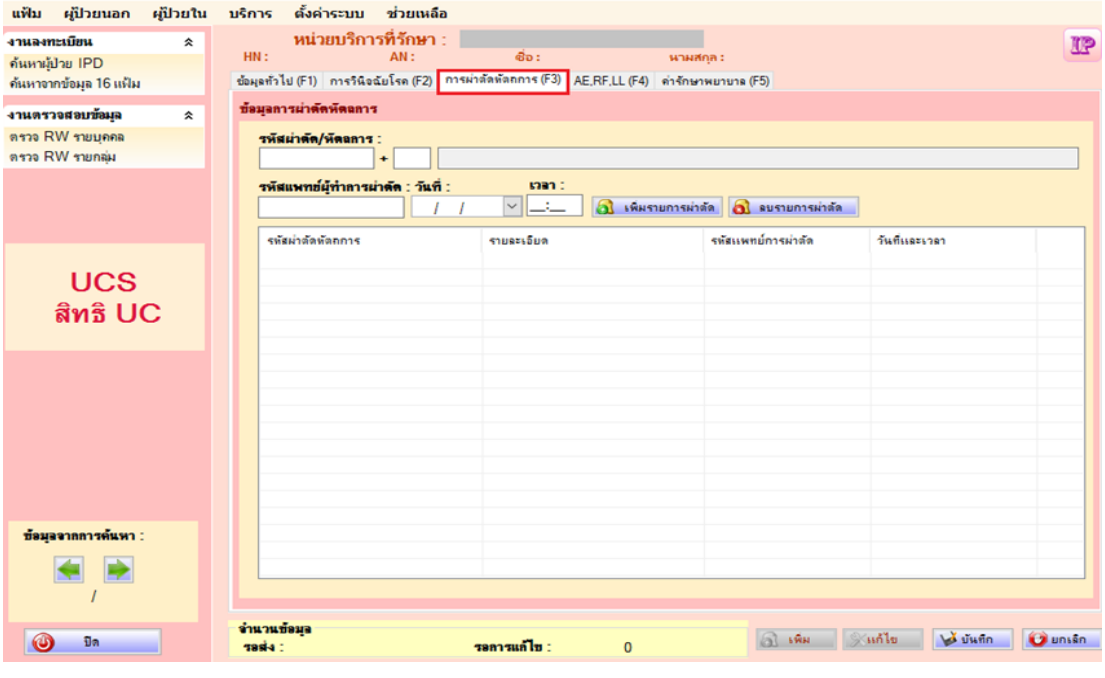
ภาพหน้าจอบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน

3. หน้าจอการวินิจฉัยโรค [F2]



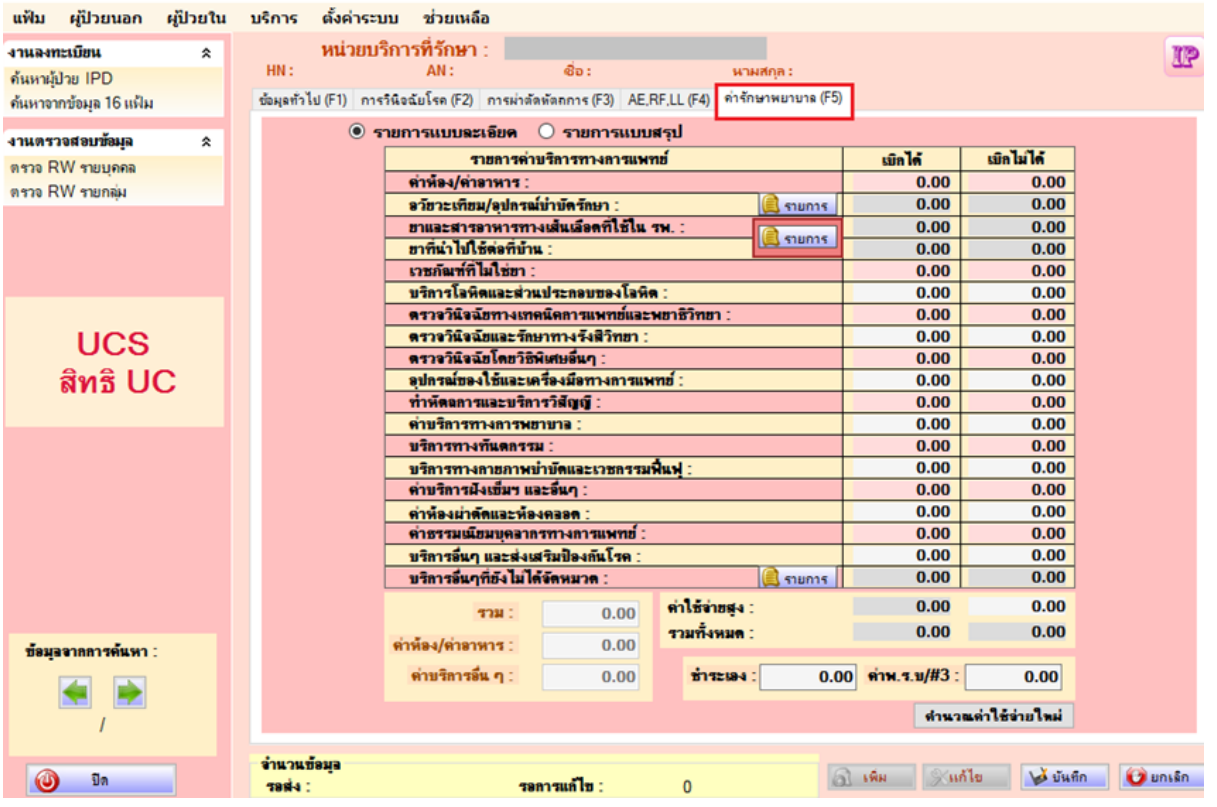
ภาพหน้าจอบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยโรค

4) หน้าจอการผ่าตัดหัตถการ [F3]



ภาพหน้าจอบันทึกข้อมูลการผ่าตัดหัตถการ

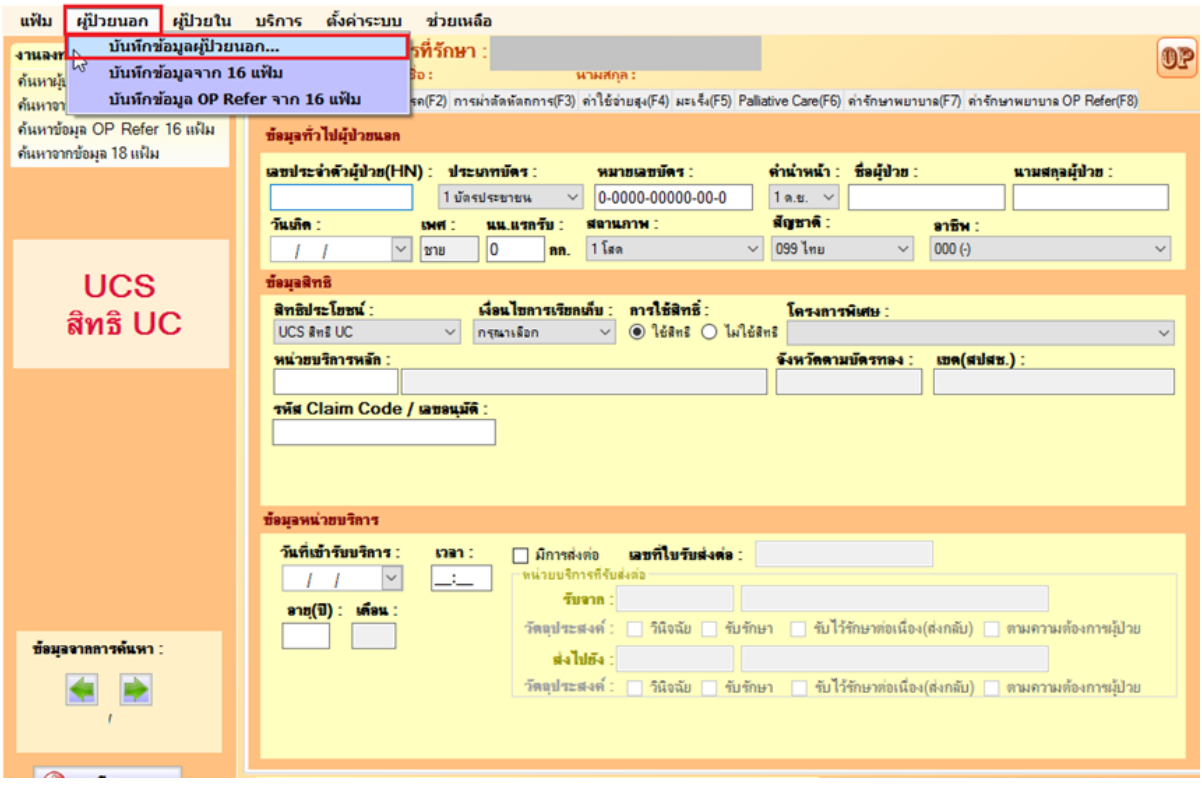
5) หน้าจอการผ่าตัดหัตถการ [F5]



ภาพหน้าจอบันทึกข้อมูลการผ่าตัดหัตถการ

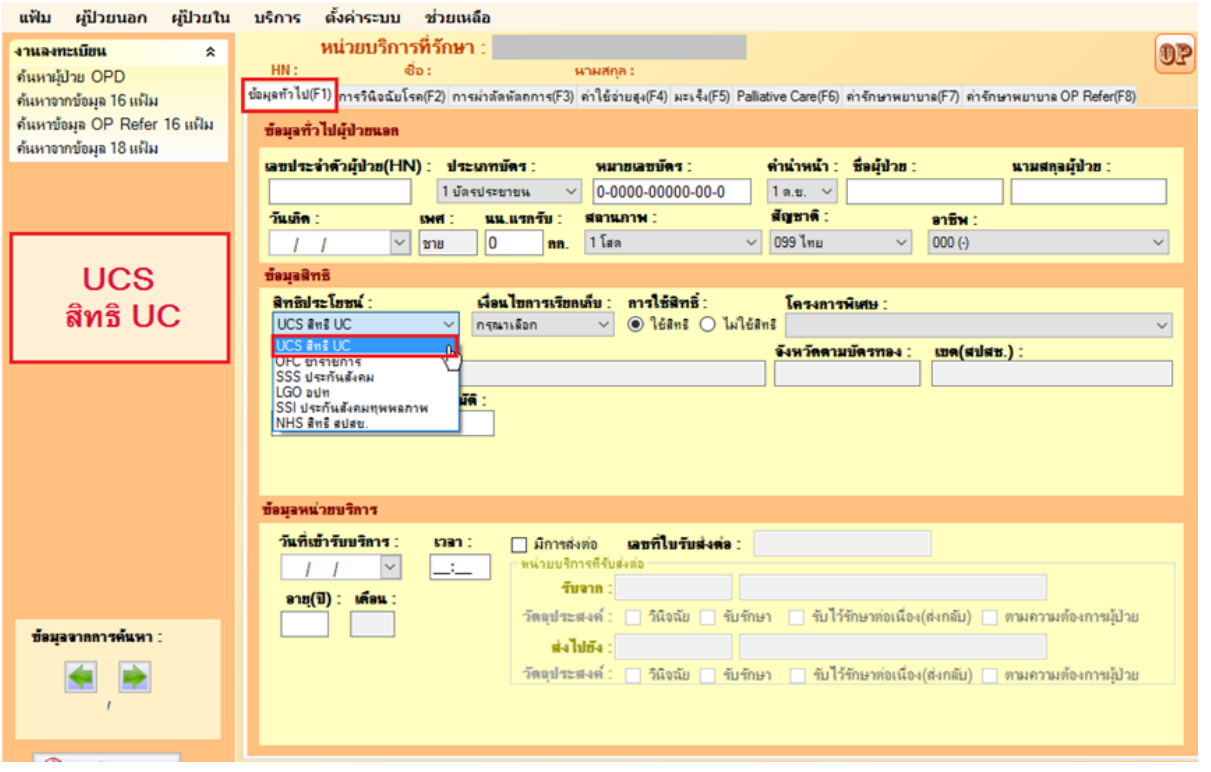
<u>กรณีผู้ป่วยนอก</u>

1. เมื่อหน่วยบริการเข้าในโปรแกรม e-claim แล้ว ให้ทำการ login เลือกผู้ป่วยนอก เลือกบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก



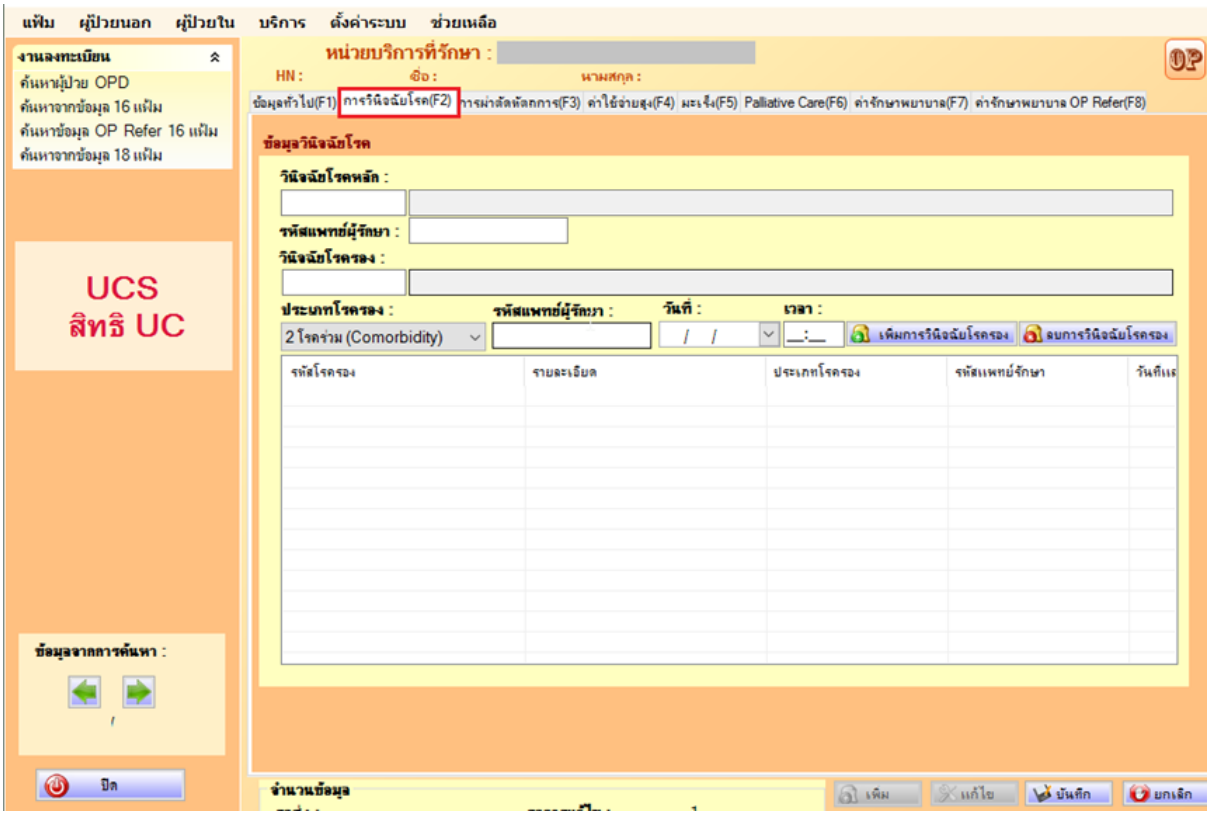
ภาพหน้าจอเลือกประเภทผู้ป่วย

2. หน้าจอบันทึกข้อมูลทั่วไป [F1]



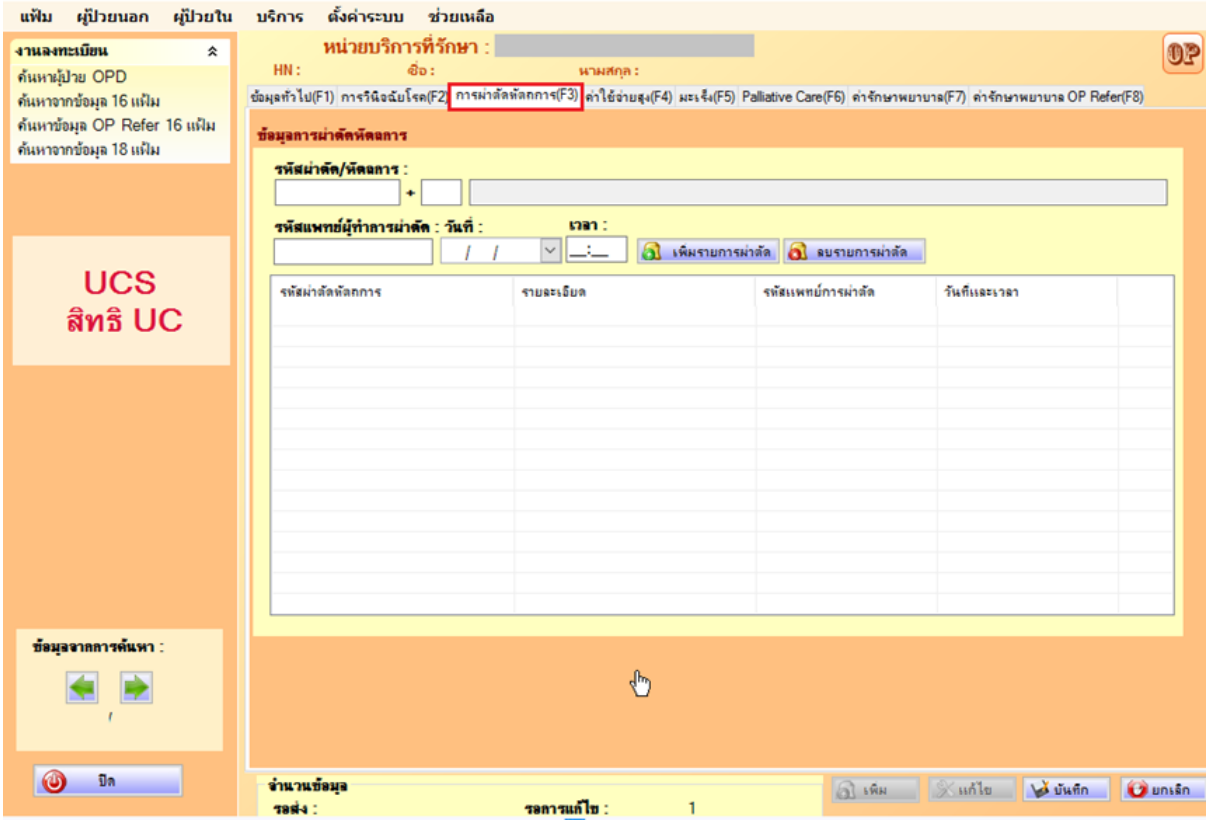
ภาพหน้าจอบันทึกข้อมูลทั่วไป

3) หน้าจอบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยโรค [F2]



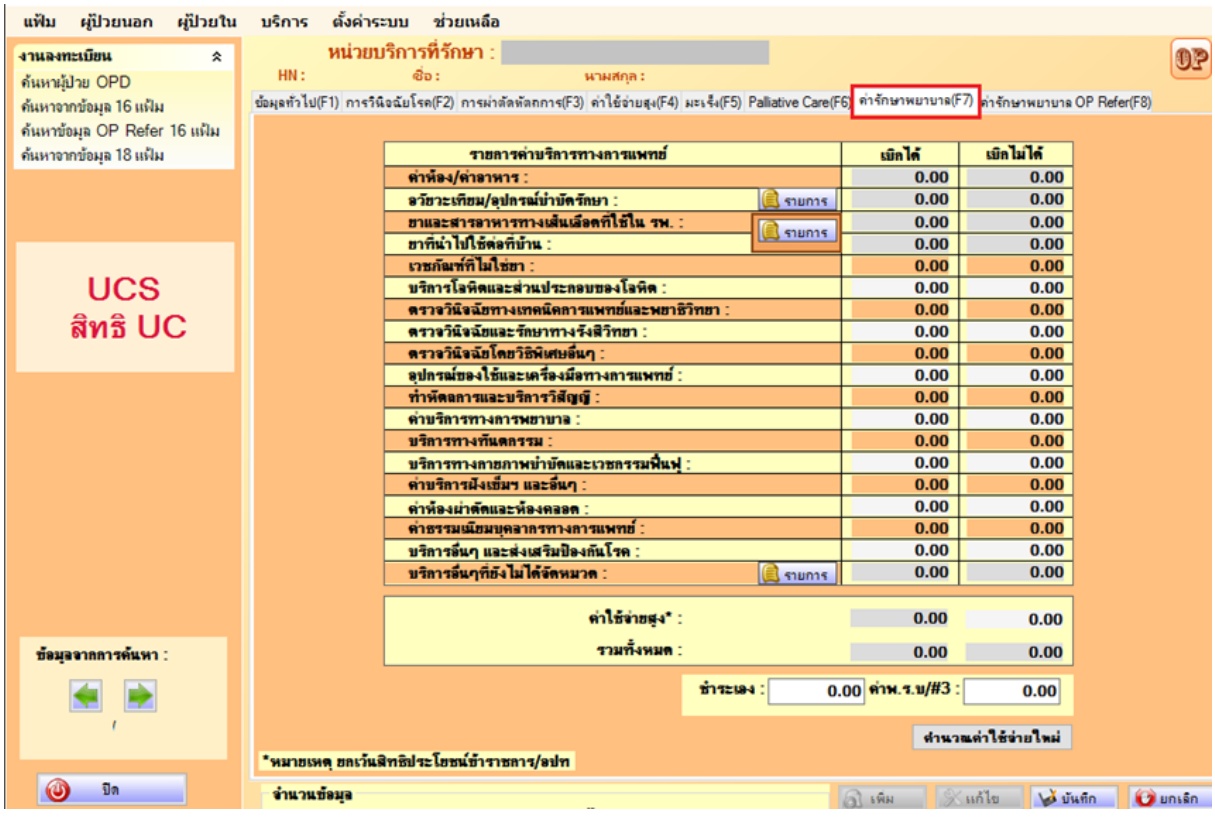
ภาพหน้าจอบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยโรค

4) หน้าจอบันทึกข้อมูลการผ่าตัดหัตถการ [F3]



ภาพหน้าจอบันทึกข้อมูลการผ่าตัดหัตถการ

5) หน้าจอบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาล [F7]



ภาพหน้าจอบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาล

ภาคผนวก 18

นิยามศัพท์

หมวดที่ 1 หน่วยบริการและกองทุนย่อย

ค่าบริการผู้ป่วยใน หมายถึง ค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยบริการภายในเขต สปสช. หมายถึง หน่วยบริการที่ตั้งอยู่ภายในพื้นที่เขตของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งประกอบไปด้วย

1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่ จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน

2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิษณุโลก จำนวน 5 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์

3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์ จำนวน 5 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดกำแพงเพชร ชัยนาท นครสวรรค์ พิจิตร อุทัยธานี

4) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดนครนายก นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง

5) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดกาญจนบุรี นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี

6) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดจันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ

7) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น จำนวน 4 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด

8) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี จำนวน 7 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดนครพนม เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี บึงกาฬ

9) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา จำนวน 4 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์

10) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี จำนวน 5 จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัดมุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ

11) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี จำนวน 7 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดกระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี

12) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา จำนวน 7 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สงขลา สตูล

13) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้แก่ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

หมวดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการจ่ายเงิน

DRGs (Diagnosis Related Groups) หมายถึง กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ซึ่งการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกและการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน

RW (Relative Weight) หมายถึง ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ เป็นตัวเลขเปรียบเทียบการใช้ต้นทุนเฉลี่ยในการดูแลรักษาผู้ป่วยของ DRGs นั้น ว่าเป็นกี่เท่าของต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยทุกกลุ่ม DRGs

AdjRW (Adjusted Relative Weight) หมายถึง ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามค่าวันนอนจริง

PDx (Principal Diagnosis) หมายถึง การวินิจฉัยโรคหลักที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในการนอนรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนั้น

SDx (Secondary Diagnosis) หมายถึง การวินิจฉัยโรคอื่นที่ไม่ใช่โรคหลัก SDx อาจเป็นโรคร่วม (Co-morbidities) หรือภาวะแทรกซ้อน (Complications) ก็ได้

Proc (Procedure) หมายถึง การทำหัตถการ รวมทั้งการผ่าตัดด้วย

ICD-10 (International Statistical Classification of Disease, 10th Revision) หมายถึง บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับที่ 10 ขององค์การอนามัยโลก

ICD-9-CM (International Classification of Disease, 9th Revision, Clinical Modification) หมายถึง บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 10 ปรับปรุงเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก

หมวดที่ 3 รหัส/อักษรย่อ ของรายงานการจ่ายเงิน

IPHC หมายถึง ค่าบริการค่าใช้จ่ายสูงในรายการที่เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาผู้ป่วย ประเภทผู้ป่วยใน โดยใช้เงินจากเงินกองกลาง (Central Reimbursement) ซึ่งเป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากระบบ DRGs (Additional Payment)

OPAE หมายถึง ค่าบริการกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประเภทผู้ป่วยนอก เข้ารับบริการต่างกองทุนสาขาจังหวัด

OPHC หมายถึง ค่าบริการกรณีค่าใช้จ่ายสูงตามรายการ ประเภทผู้ป่วยนอก โดยใช้เงินจากเงินกองกลาง (Central Reimbursement)

IPPUC หมายถึง ค่าบริการกรณีสิทธิว่าง ประเภทผู้ป่วยใน

IPNB หมายถึง ค่าบริการกรณีเด็กแรกเกิด (อายุ ≤ 28 วัน) ที่ยังไม่มีหน่วยบริการประจำ ประเภทผู้ป่วยใน

IP3SSS หมายถึง ค่าบริการกรณีผู้ประกันตน (สิทธิประกันสังคม) ที่ส่งเงินสบทบไม่ครบ 3 เดือน เข้ารับบริการรักษาเจ็บป่วย

IP7SSS หมายถึง ค่าบริการกรณีผู้ประกันตน (สิทธิประกันสังคม) ที่ส่งเงินสบทบไม่ครบ 7 เดือน เข้ารับบริการคลอดบุตร

INST หมายถึง ค่าบริการกรณีการใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instruments) ประเภทผู้ป่วยใน

OP-INST หมายถึง ค่าบริการกรณีการใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instruments) ประเภทผู้ป่วยนอก

CARAE หมายถึง ค่าบริการกรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อ ผู้ป่วยอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยนอกสิทธิว่าง

CARREF หมายถึง ค่าบริการกรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อ ผู้ป่วยใน

CARREF-PUC หมายถึง ค่าบริการกรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อ ผู้ป่วยในสิทธิว่าง

CATARACT หมายถึง ค่าบริการกรณีค่าผ่าตัดต้อกระจก สำหรับผู้สูงอายุ (Senile Cataract) ในกลุ่มเหมาจ่ายค่าบริการ

DMISRC หมายถึง ค่าบริการกรณีการให้บริการผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ประกอบด้วย การผ่าตัด การส่องกล้อง และการสลายนิ่ว ในกลุ่มเหมาจ่ายตามหัตถการการรักษา

หมวดที่ 4 โปรแกรมในการบันทึกข้อมูล

โปรแกรม e-Claim หมายถึง โปรแกรมในการบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่เข้าหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย จากการจ่ายในหนังสือคู่มือนี้

หมวดที่ 5 วิธีการคำนวณเพื่อการจ่ายเงิน

Point System with Global Budget หมายถึง วิธีการคำนวณจ่ายโดยระบบคะแนนภายใต้วงเงินงบประมาณสำหรับการจ่ายในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยนอก (OPAE)

Point System with Ceiling with Global Budget หมายถึง วิธีการคำนวณจ่ายโดยระบบคะแนนตามเพดานที่กำหนดภายใต้วงเงินงบประมาณ สำหรับการจ่ายในกรณี OPHC, IPHC, INST และค่าพาหนะในการรับส่งต่อ

DRGs with Global Budget หมายถึง วิธีการคำนวณจ่ายเงินโดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้วงเงินงบประมาณที่มีประเภทผู้ป่วยใน

REP (Report) หมายถึง ผลตอบกลับข้อมูล ผลการตรวจสอบ

STM (Statement) หมายถึง รายงานพึงรับ-พึงจ่าย

หมวดที่ 6 การกำหนดงวดการจ่ายและการอ่านรายงานการโอนเงิน

Date_Sent หมายถึง วัน เดือน ปี ที่ส่งเบิกข้อมูลการให้บริการ ในการกำหนดงวดรายงานของการจ่ายจะสื่อความหมายของการจ่ายโดยมีรายละเอียดของการกำหนดความหมายของงวดรายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless ยกตัวอย่าง เช่น REP 5800001

A. 58 หมายถึง ปีงบประมาณในการส่งเบิก

B. 000001 ลำดับครั้งในการส่งข้อมูลเข้ามาขอเบิก (REP)

หมายเหตุ : รายละเอียดศึกษาเพิ่มเติมจากบทที่ 10 คู่มือการอ่าน REP ในระบบ Seamless

DNAP หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่ายกรณี การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

DMTB หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการดูแลรักษาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา (Multi-Drug Resistance Tuberculosis : MDRTB)

DCKD หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการดูแลรักษาไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)

DHEM หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการดูแลรักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)

DTLM หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการดูแลรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia) ในหญิงตั้งครรภ์

DDOW หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการดูแลรักษากลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome) ในหญิงตั้งครรภ์

DTSH หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการดูแลรักษาภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด (*Thyroid Stimulating Hormone* : TSH)

OPCLP หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูดและทันตกรรมจัดฟัน สำหรับผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate)

HSCT หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic Stem Cell Transplantation : HSCT)

MD หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการใช้ Maxillary Distractor สำหรับผู้มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

DEN หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการให้บริการใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทาน

DHTD หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจในเด็ก

DLTD หมายถึง การโอนเงินเบิกจ่าย กรณีการปลูกถ่ายตับในเด็ก

หมวดที่ 7 ความหมายของ "ผู้มีสิทธิ"

ผู้มีสิทธิ หมายถึง บุคคลที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงคนพิการ/ทหารผ่านศึก และสิทธิว่าง

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

เด็กแรกเกิด หมายถึง เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ณ วันที่เข้ารับบริการ

ทหารผ่านศึก หมายถึง บุคคลที่มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข ตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และได้รับสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาล จากโรงพยาบาลของรัฐบาลโดยไม่คิดมูลค่า โดยมีรหัสสิทธิย่อยที่ สปสช. ตรวจสอบได้เป็นรหัส 66 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน), รหัส 67 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน), รหัส 75 (ทหารผ่านศึกชั้น 1-3 ที่มีบัตรทหารผ่านศึก รวมถึงผู้ได้รับพระราชทาน) และ รหัส 80 (บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกชั้น 1-3 รวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญสมรภูมิ)

คนพิการ หมายถึง คนพิการตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และคนพิการ ตามประกาศสปสช. โดยมีรหัสสิทธิย่อยที่ สปสช. ตรวจสอบได้เป็นรหัส 74 โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบความเป็นผู้มีสิทธิของทหารผ่านศึกและคนพิการได้จาก www.nhso.go.th

ภาคผนวก 19

รายชื่อผู้ประสานงานแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

(หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อสอบถาม 1330 กด 5 และ กด 1 หรือ 0 2142 3100-2)

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	ชื่อ สกุล	E-mail
กรณีบริการผู้ป่วยนอกที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ	นางสาวพิมพ์วสา ศรีเมือง นายธวัชชัย เรืองโรจน์	pimvasa.s@nhso.go.th tawatchai.r@nhso.go.th
กรณีบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่	นางสาวปวีณา ศรีบูรณ์	paweena.t@nhso.go.th
บริการกรณีผู้ป่วยใน	นางอรนุช ขันทะวงศ์	oranuch.k@nhso.go.th
กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ	นางอรนุช ขันทะวงศ์	oranuch.k@nhso.go.th
การใช้บริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามข้อบังคับฯ 82 มาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น	นางชมนาด รุ่งเรืองพิทยากุล นางสาวศีตกาล นิลแก้ง	chommanad_r@nhso_go_th sietakal.n@nhso.go.th
กรณี OP refer ข้ามจังหวัด	นางชมนาด รุ่งเรืองพิทยากุล นางสาวปริศนา รถสีดา	chommanad.r@nhso.go.th pritsana.r@nhso.go.th
กรณีค่าพาหนะส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ	นางสาวบังอร บูระพิน นางอรนุช ขันทะวงศ์	bangon.b@nhso.go.th oranuch.k@nhso.go.th
การให้บริการผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ - บริการกรณีเฉพาะอื่นๆ ได้แก่ ผู้รับ บริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบ ไม่ครบ 3 เดือน มาใช้บริการทางการ แพทย์, ผู้มารับบริการสิทธิประกันสังคม ส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนมาใช้บริการ คลอด, การลงทะเบียนตามมติบอร์ด	นางสาวบังอร บูระพิน นางอรนุช ขันทะวงศ์	bangon.b@nhso.go.th oranuch.k@nhso.go.th

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	ชื่อ สกุล	E-mail
โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track หรือ STEMI fast track) จัดให้มีการบริหารยาละลายลิ่มเลือด	นางขวัญใจ จิรัฐจินดา นางสาววันวิสาข์ พลอยบุศย์	khwanjai.j@nhso.go.th wanwisa.p@nhso.go.th
การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง	นางกฤษณา โกสีหเดช นางสาววันวิสาข์ พลอยบุศย์	kisana.k@nhso.go.th wanwisa.p@nhso.go.th
การให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม	นางสาวเบญจมาศ เพชรรักษ์ นางอรนุช ขันทะวงศ์	benjamas.p@nhso.go.th oranuch.k@nhso.go.th
การขอรับค่าใช้จ่ายกรณี ให้บริการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูดทันตกรรมจัดฟัน และผ่าตัดสำหรับ ผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) ในระบบลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	นางชมนาด รุ่งเรืองพิทยากุล นางสาวปริศนา รถสีดา	chommanad.r@nhso.go.th pritsana.r@nhso.go.th
รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments)	นางสาววันวิสาข์ พลอยบุศย์ นางอรนุช ขันทะวงศ์	wanwisa.p@nhso.go.th oranuch.k@nhso.go.th
การบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการ รักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด	นางกริษฐา เกิดอุดม นางสาวอภิสมัย สวัสดิสาร นางอรนุช ขันทะวงศ์	karistha.k@nhso.go.th apisamai.s@nhso.go.th oranuch.k@nhso.go.th

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	ชื่อ สกุล	E-mail
การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม	นางอาภาภรณ์ ขจรชีพพันธุ์งาม นางอรนุช ขันทะวงศ์	apaporn.k@nhso.go.th oranuch.k@nhso.go.th
การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง(Hyperbaric oxygen therapy)	นางอรนุช ขันทะวงศ์ นางสาววันวิสาข์ พลอยบุศย์	oranuch.k@nhso.go.th wanwisa.p@nhso.go.th
การจัดการหาดวงตำสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตำ	นางสาวเบญจมาศ เพชรรักษ์ นางอรนุช ขันทะวงศ์	benjamas.p@nhso.go.th oranuch.k@nhso.go.th
การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิดหรือตับวายจากสาเหตุอื่น	นางกัญจนา รัตนะ นางชมนาด รุ่งเรืองพิทยากุล	kanchana.r@nhso.go.th chommanad_r@nhso_go_th
การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoieticstem cell transplantation) สำหรับผู้ป่วยโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาว, มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และโรคอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ ต้นกำหนดเม็ดโลหิต	นางสาวเบญจมาศ เพชรรักษ์ นางสาวปริศนา รถสีดา	benjamas.p@nhso.go.th pritsana_r@nhso_go_th
กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด - ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment: MMT) - การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหา การเข้าถึงการเบิกชดเชยยา ที่บริหาร จัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562	ภญ.สมฤทัย สุพรรณกูล นางสาววันวิสาข์ พลอยบุศย์	somruethai.s@nhso.go.th wanwisa.p@nhso.go.th

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	ชื่อ สกุล	E-mail
การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย	นางสาวพรพจนาจ ขะชาตย์ นางสาวปริศนา รถสีดา	pornputjanard.k@nhso.go.th pritsana.r@nhso.go.th
การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก	นายกันตินันท์ รุ่งธนธาดา นางสาวจิตติญา ลัดดากลม นางสาวปริศนา รถสีดา	kantinan.r@nhso.go.th jittiya.l@nhso.go.th pritsana.r@nhso.go.th
การดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้านอย่างเหมาะสม	นางสาวปวีณา ศรีบูรณ์ นางสาวบังอร บูระพิน	paweena.t@nhso.go.th bangon.b@nhso.go.th
แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายการบริหารจัดการ บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค - แผนงานป้องกันและควบคุมความผิดปกติแต่กำเนิด - การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	นางสาวจารวี รัตนยศ นางสาวปริศนา รถสีดา	jarawee.r@nhso.go.th pritsana.r@nhso.go.th
แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายกรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	นางสาวจุฬาพลอย ตังเต็มโรจนะ	chulaploy.t@nhso.go.th
แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข AIDs HIV	นายกันตินันท์ รุ่งธนธาดา นางสาวจิตติญา ลัดดากลม นางสาวปริศนา รถสีดา	kantinan.r@nhso.go.th jittiya.l@nhso.go.th pritsana.r@nhso.go.th
แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง	นางกัญจนา รัตนะ นางชมนาด รุ่งเรืองพิทยากุล	kanchana.r@nhso.go.th chommanad.r@nhso.go.th
แนวทางปฏิบัติในการสาธารณะสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	นางศศิธร ไชยสิทธิพร	sasithon.c@nhso.go.th

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	ชื่อ สกุล	E-mail
แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีคนพิการ ที่เป็นผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคม ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	นางสาววรรณฤดี ชูสุวรรณ นางกิริยา จันทร์โชติ	wanrudee.c@nhso.go.th kiriya.j@nhso.go.th
แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้ จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลสิทธิประกันสังคม	นางสาวอภันตรี สีวงกต นางกิริยา จันทร์โชติ	apantree.s@nhso.go.th kiriya.j@nhso.go.th
แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้ จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีสิทธิข้าราชการและสิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น	นางสาวเปรมวดี วงศ์ศิริ นางปุณิกา ธนัชชาวณิชยกุล นางกิริยา จันทร์โชติ	premwadee.w@nhso.go.th punika.t@nhso.go.th kiriya.j@nhso.go.th
การบันทึกข้อมูลสิทธิข้าราชการสำหรับสถานพยาบาล นอกเหนือ 168 แห่งและสิทธิพนักงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	นางสาววรรณวิมล หยองอนุกูล นางสาววรรณฤดี ชูสุวรรณ นางกิริยา จันทร์โชติ	wanvimon.y@nhso.go.th Wanrudee.c@nhso.go.th kiriya.j@nhso.go.th
ขั้นตอนการอุทธรณ์จ่ายชดเชย (e-Appeal) ผ่านโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2561	นางเดือนเพ็ญ คำมา นางสาวอภันตรี สีวงกต	daunpen.k@nhso.go.th apantree.s@nhso.go.th
แนวทางการดำเนินงานระบบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรครายบุคคล (Individual data) ปี 2562	นายธนะศักดิ์ แก้วชมภู	Tanasak.k@nhso.go.th
การเบิกจ่ายสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ สปสช. ในระบบเบิกจ่ายตรง	นางพิชาภัค อินทรกำแหง นางกิริยา จันทร์โชติ	Phichaphak.i@nhso.go.th kiriya.j@nhso.go.th
แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ	นางสาวกฤษณา จงส่งเสริม	kritsana.j@nhso.go.th



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ
" ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 "
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
โทรศัพท์ 02 141 4000 โทรสาร 02 143 9730