

รวมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2569

บริการกรณีเฉพาะ / บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ /
บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก / บริการผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี / บริการ
ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต / บริการควบคุม
ป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

เล่มที่ 3



รวมประกาศ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ปีงบประมาณ 2569

บริการกรณีเฉพาะ / บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ /
บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก /
บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และบริการป้องกัน
การติดเชื้อเอชไอวี / บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
ด้วยการบำบัดทดแทนไต / บริการควบคุมป้องกัน
และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

เล่มที่ 3

รวมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2569

บริการกรณีเฉพาะ / บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ / บริการแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือก / บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี /

บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต /

บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

เล่มที่ 3

พิมพ์ครั้งแรก : เมษายน 2569

จำนวน : 50 เล่ม

จัดพิมพ์โดย : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ (อาคาร B)

“ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550”

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง

เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

โทรศัพท์ 0 2141 4000 (เวลาราชการ)

โทรสาร : 0 2143 9730

www.nhso.go.th

จัดทำโดย : ฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ

พิมพ์ที่ : บริษัท สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด

เลขที่ 59/4 หมู่ 10 ถนนกาญจนาภิเษก ตำบลบางม่วง

อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี 11140

โทรศัพท์ : 0 2903 8257-9 โทรสาร : 0 2921 4587

E-mail : sahamitprinting@gmail.com

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการ นอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. 2567	1
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568	19
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่และบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ พ.ศ. 2568	21
• ประกาศฯ เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น พ.ศ. 2567	31
• ประกาศฯ เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568	38
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอโมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอก สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร (แก้ไขหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย) พ.ศ. 2568	43
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอโมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอก สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. 2566	45
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ พ.ศ. 2568	63
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ.2568	89
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568	112
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. 2566 (การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย/การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งรักษาการรักษาคัดเชื้อวัณโรคระยะแฝง/การดูแลแบบประคับประคอง/การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก)	117

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2567 (การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย)	163
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2568 (การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งรักษาการรักษารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง)	164
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาภาวะมีบุตรยาก พ.ศ. 2568	167
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. 2568	171
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. 2568	179
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568	189
• ประกาศฯ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ. 2568	192
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2568	198
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2568	230
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2568	250
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2568	288
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2568	323
• ประกาศฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2566	338

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการ
นอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น
พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ
อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขที่การสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น
พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๖

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖

(๓) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความ
รวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ทหารผ่านศึก” หมายความว่า บุคคลที่มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และได้รับสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาล
จากโรงพยาบาลของรัฐบาลโดยไม่คิดมูลค่า โดยมีรหัสสิทธิย่อยตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติเกี่ยวกับการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึกและคนพิการ ดังต่อไปนี้

(๑) รหัส ๖๖ ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน

(๒) รหัส ๖๗ ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน

(๓) รหัส ๗๕ ทหารผ่านศึกชั้น ๑ ถึง ๓ ที่มีบัตรทหารผ่านศึก รวมถึงผู้ได้รับพระราชทาน
 (๔) รหัส ๘๐ บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกชั้น ๑ ถึง ๓ รวมถึงผู้ได้รับพระราชทาน
 เหรียญสมรภูมิ

(๕) รหัส ๙๗ บุคคลในครอบครัวทหารของกรมสวัสดิการ ๓ เหล่าทัพ

(๖) รหัส ๙๘ บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกนอกประจำการบัตรชั้นที่ ๑

“คนพิการ” หมายความว่า คนพิการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 เกี่ยวกับด้วยการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึกและคนพิการ

“เหตุสมควร” หมายความว่า การเข้ารับบริการกรณีที่มีเหตุสมควรตามข้อบังคับ
 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร
 กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการ
 นอกเครือข่ายกรณีจำเป็น ต้องเป็นไปตามรายการบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

(๒) บริการผู้ป่วยนอกที่รับการส่งต่อ

(๓) การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการอื่นของผู้รับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร

(๔) ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ

(๕) การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

(๖) การบริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ

รายการบริการสำหรับการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกจากสถานบริการอื่น กรณีอุบัติเหตุ
 หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินให้เป็นไปตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการ
 การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์
 ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ในกรณีดังต่อไปนี้

- (ก) ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด
- (ข) ผู้รับบริการที่ไม่สามารถกลับไปรักษายังหน่วยบริการประจำได้ภายใน ๑๕ วันนับจากวันที่รับบริการ
- (ค) ผู้รับบริการกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดที่มีนัดติดตามอาการครั้งแรกหลังจำหน่าย
- (ง) ผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อมารับการตรวจวินิจฉัยและกลับไปรับการรักษาต่อที่ยังหน่วยบริการเดิม
- (จ) ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุจากรถที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเกินกว่าวงเงินตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
- (ฉ) ทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ
- (ช) ทหารผ่านศึกที่มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและได้รับสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐบาลโดยไม่คิดมูลค่าโดยมีการลงทะเบียนตามรหัสสิทธิย่อยที่สำนักงานตรวจสอบได้
- (ซ) คนพิการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึกและคนพิการ

ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๗ สำนักงานจะจ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการจ่ายตามรายการบริการ ทั้งนี้ อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการหากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับงบประมาณ

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงานหรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๓

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๓ สำนักงานมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด ทุกรายการจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

(๓) สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก และแนวทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวดรายการ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

(๔) สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(ก) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(ข) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบ เอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๑๓

ข้อ ๑๕ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๒

บริการผู้ป่วยนอกที่รับการส่งต่อ

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๖ การให้บริการผู้ป่วยนอกที่รับการส่งต่อ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ในกรณีดังต่อไปนี้

(ก) ผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยนอกจากหน่วยบริการประจำไปยังหน่วยบริการที่รับการส่งต่อข้ามจังหวัด หรือการส่งต่อจากหน่วยบริการที่รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการรับการส่งต่อแห่งอื่นข้ามจังหวัด

(ข) ผู้รับบริการที่จำเป็นต้องส่งต่อจากหน่วยบริการในจังหวัดไปยังเครือข่ายโรงพยาบาล กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (University Hospital Network: UHosNet) ในจังหวัดเดียวกัน ทั้งนี้ รายชื่อหน่วยบริการที่ส่งต่อผู้รับบริการและหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๖ สำนักงานจะจ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

(๒) กรณีวงเงินค่าใช้จ่ายไม่เกิน ๑,๖๐๐ บาท ต่อครั้งบริการ สำนักงานทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำจากงบเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก (OP cap) ที่จัดสรรให้กับ CUP ตามจ่ายค่ารักษา

(๓) กรณีวงเงินค่าใช้จ่ายเกิน ๑,๖๐๐ บาท ต่อครั้งบริการ สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายจากกองทุนกลาง (Central Reimbursement) รายการบริการผู้ป่วยนอกที่รับการส่งต่อ (OP Refer)

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๘ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

(๑) ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

(๒) ให้หน่วยบริการประจำตรวจสอบและพิจารณาอนุมัติข้อมูลการส่งต่อ ในระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หลังจากหน่วยบริการรับการส่งต่อบันทึกและส่งข้อมูลผ่าน (A: accept) แล้ว หรือภายใน ๑๔ วัน หลังวันตัดยอดข้อมูลแต่ละเดือน หากเกินกำหนดระยะเวลาดังกล่าวระบบจะทำการอนุมัติข้อมูลให้เป็น “ยอมรับการเรียกเก็บ”

ข้อ ๑๙ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๐ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๒๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๒

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๒ สำนักงานมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด ทุกรายการจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

(๓) สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก และแนวทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวดรายการ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรวม ๓ กองทุน

(๔) สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(ก) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(ข) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๒๓ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๒๒

ข้อ ๒๔ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีการเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๓

การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการอื่นของผู้รับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๕ การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควร ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นการให้บริการผู้ป่วยนอกแก่ผู้รับบริการในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควรข้ามจังหวัด นอกจากการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง

(๒) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งไม่ใช่หน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๒๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๕ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการประเภทผู้ป่วยนอก โดยจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

ความในวรรคหนึ่งไม่ให้ใช้บังคับกรณีเข้ารับบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิข้ามจังหวัดที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ โดยให้จ่ายในอัตรา ๗๐ บาทต่อครั้ง ยกเว้นบริการทันตกรรม ให้จ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

ข้อ ๒๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่มีเหตุสมควรภายในจังหวัดในหน่วยบริการอื่น นอกจากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ให้เป็นไปตามการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในกรณีผู้ป่วยนอกในระดับจังหวัด

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๘ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๙ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๐ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๓๑ สำนักงานจะดำเนินการประเมินผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประเมินผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๒

(๒) ข้อมูลที่ประเมินผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๒ สำนักงานมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ผ่านการประเมินผลตามเงื่อนไขที่กำหนด ทุกรายการจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประเมินผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

(๓) สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก และแนวทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวดรายการ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรวม ๓ กองทุน

(๔) สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(ก) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประเมินผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(ข) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๓๓ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๓๒

ข้อ ๓๔ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๔

ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๕ การให้บริการพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ต้องได้รับการส่งต่อผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการ ด้วยพาหนะที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ พร้อมด้วยยา เวชภัณฑ์ และบุคลากรทางสาธารณสุขเพื่อการลำเลียงและดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้ายหรือเดินทาง ในกรณีดังต่อไปนี้

(ก) ผู้รับบริการที่ต้องได้รับการส่งต่อผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดหรือกรณีผู้ป่วยนอกที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

(ข) ผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอก สำหรับผู้ป่วยมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร โดยใช้พาหนะในการส่งต่อหรือรับกลับผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการ ทั้งนี้ ครอบคลุมถึงการจัดระบบรับส่งผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาต่อเนื่องในหน่วยบริการ

(ค) ผู้รับบริการได้รับการส่งต่อหรือรับกลับด้วยพาหนะเพื่อมารับการรักษาต่อเนื่องในบริการประเภทผู้ป่วยใน ทั้งนี้ ไม่นับรวมการส่งไปตรวจวินิจฉัยหรือทำหัตถการระหว่างการนอนรักษาเป็นผู้ป่วยใน

(ง) ผู้รับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พื้นภาวะวิกฤติหรือเกินศักยภาพของสถานบริการอื่น โดยใช้พาหนะของสถานบริการอื่นในการส่งกลับไปรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในต่อเนื่องในหน่วยบริการ

(จ) ผู้รับบริการที่ต้องส่งต่อด้วยพาหนะทางอากาศ เช่น อากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์) หน่วยบริการต้องประสานงานเพื่อขออนุมัติจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) โดยเป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติเร่งด่วนหรือเกินศักยภาพจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น ไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพ แต่ไม่รวมถึงกรณีที่เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติในกรณีที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าอาการของผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ

ข้อ ๓๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๕ สำนักงานจะจ่ายตามรายการและอัตราตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๗ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มาถึงสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๘ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๗ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๙ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๔๐ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ
ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ
ก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๔๑

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการ
สามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔๑ สำนักงานมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายข้อมูลที่ผ่านการประมวลผล
ตามเงื่อนไขที่กำหนด ทุกรายการจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบ
ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

(๓) สำนักงานตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
การให้บริการ หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานใบอนุมัติ
การใช้พาหนะส่งต่อ หรือหลักฐานการใช้พาหนะส่งต่อ หรือบันทึกหลักฐานการใช้พาหนะส่งต่อ
ของหน่วยบริการในการส่งต่อในเวชระเบียนที่ระบุประเภทของพาหนะและระบุสถานที่รับส่งต่อตามที่
หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๔) สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้
และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(ก) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(ข) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณี
ที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ
และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๔๒ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑
ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบ
เอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๔๑

ข้อ ๔๓ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดใน ส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๕

การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ
และการบริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๔ การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ และการบริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

- (๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ในกรณีดังต่อไปนี้
 - (ก) ผู้ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ
 - (ข) ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคมซึ่งส่งเงินสมทบไม่ครบ ๓ เดือน โดยมีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคม
 - (ค) ผู้ที่รับบริการคลอดบุตรสิทธิประกันสังคมซึ่งส่งเงินสมทบไม่ครบ ๕ เดือน โดยมีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคม
 - (ง) ผู้รับบริการที่ขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและเข้ารับบริการภายในวันถัดไป

ข้อ ๔๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายข้อ ๔๔ สำนักงานจะจ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

- (๑) ผู้ป่วยนอก จ่ายตามรายการบริการ และอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ ทั้งนี้ อาจพิจารณาปรับการจ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการหากงบประมาณเกินกว่าวงเงินที่ได้รับงบประมาณ
- (๒) ผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ด้วยอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๖ การให้บริการตามหมวดนี้ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงานหรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงานหรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔๗ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๔๖ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๘ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๔๙ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๕๐

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕๐ สำนักงานมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด ทุกรายการจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

(๓) สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(ก) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(ข) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการหรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๕๑ สำนักงานจะกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และแนวทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวดรายการ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

(๒) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) โดยเป็นวงเงินแบบมีเพดาน (Global Budget)

ข้อ ๕๒ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๕๐

(๔) กรณีที่ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) แล้วพบว่าไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการตามข้อ ๕๑

ข้อ ๕๓ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๕๔ การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่าย กรณีจำเป็นที่ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ

ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการตามประกาศนี้ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากการให้บริการดังกล่าว

ข้อ ๕๕ การให้บริการสาธารณสุข กรณีผู้รับบริการที่จำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลภาครัฐทุกแห่งในจังหวัดปทุมธานีไปยังโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติที่ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการตามประกาศนี้ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากการให้บริการดังกล่าว

ประกาศ ณ วันที่ ๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายชื่อหน่วยบริการที่ส่งต่อผู้รับบริการและหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ

จังหวัด	หน่วยบริการส่งต่อผู้รับบริการ	หน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ
ขอนแก่น	โรงพยาบาลขอนแก่น (๑๐๖๗๐)	โรงพยาบาลศรีนครินทร์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น (๑๓๗๗๗)
	โรงพยาบาลสิรินธร (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) (๑๒๒๗๕)	
	โรงพยาบาลชุมแพ (๑๐๙๙๘)	
ปทุมธานี	โรงพยาบาลภาครัฐทุกแห่งในจังหวัดปทุมธานี	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (๑๓๗๗๘)
สงขลา	โรงพยาบาลหาดใหญ่ (๑๐๖๘๒)	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (๑๓๗๗๙)
	โรงพยาบาลสงขลา (๑๐๗๔๕)	
เชียงใหม่	โรงพยาบาลนครพิงค์ (๑๐๗๑๓)	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (๑๓๗๘๐)
นครนายก	โรงพยาบาลนครนายก (๑๐๖๙๘)	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
พิษณุโลก	โรงพยาบาลพุทธชินราช (๑๐๖๗๖)	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร (๑๔๙๗๒)

การหักหนี้ค่าใช้จ่ายในส่วนที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่าย

(๑) กรณีจังหวัดที่กันเงิน Virtual account จะหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการโดยหักค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่ายจากเงินกัน Virtual account หากเงินกัน Virtual account คงเหลือไม่พอต่อการหักชำระบัญชี สำนักงานจะหักชำระบัญชีของหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อโดยจะหักจากเงินรายรับบริการผู้ป่วยนอก (OP cap)

(๒) กรณีจังหวัดที่ไม่กันเงิน Virtual account สำนักงานจะดำเนินการหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการในส่วนที่ไม่เกินเพดานที่กำหนด (๑,๖๐๐ บาท ต่อครั้งบริการ) ของหน่วยบริการประจำ โดยสำนักงานจะหักค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่ายจากเงินรายรับบริการผู้ป่วยนอก (OP cap) ของหน่วยบริการ หากเงินรายรับบริการผู้ป่วยนอก (OP cap) คงเหลือไม่พอต่อการหักชำระบัญชี สำนักงานจะหักชำระบัญชีจากรายรับ รายการอื่น ๆ ของหน่วยบริการต่อไป

อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย

(๑) กรณีรถยนต์

คำนวณค่าใช้จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป-กลับ โดยจ่ายชดเชยตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกินที่เรียกเก็บ ดังนี้

ระยะทาง ไป-กลับ (กิโลเมตร)	อัตราการจ่าย (บาท)
น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕๐ กิโลเมตร	จ่ายตามจริงไม่เกิน ๕๐๐ บาท
มากกว่า ๕๐ กิโลเมตร	จ่ายเริ่มต้น ๕๐๐ บาท และจ่ายเพิ่มกิโลเมตรละ ๔ บาท

(๒) กรณีค่าเรือ/แพขนานยนต์

จ่ายชดเชยตามระยะทางชนิดของเรือ (มาตรฐานของเรือ) อัตราดังนี้

ระยะทาง ไป-กลับ (กิโลเมตร)	ชนิดของเรือ	อัตราการจ่าย (บาท)	รหัสการบันทึก
๕-๑๕	เรือหางยาวเร็ว	๑,๒๐๐	S1803A
	เรือเร็ว	๒,๐๐๐	S1803B
	เรือเร็ว ๒ เครื่องยนต์	๕,๐๐๐	S1803C
๑๖-๕๐	เรือหางยาวเร็ว	๓,๐๐๐	S1803D
	เรือเร็ว	๕,๐๐๐	S1803E
	เรือเร็ว ๒ เครื่องยนต์	๓๕,๐๐๐	S1803F
๕๑-๑๐๐	เรือหางยาวเร็ว	๔,๐๐๐	S1803G
	เรือเร็ว	๑๐,๐๐๐	S1803H
	เรือเร็ว ๒ เครื่องยนต์	๓๕,๐๐๐	S1803I
๑๐๑ เป็นต้นไป	เรือเร็ว	๓๕,๐๐๐	S1803J
	เรือเร็ว ๒ เครื่องยนต์	๓๕,๐๐๐	S1803K
ไม่จำกัดระยะทาง	แพขนานยนต์	จ่ายตามจริงไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาทต่อครั้ง	S1803L

(๓) กรณีอากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์)

จ่ายตามชนิดเครื่องยนต์และระยะเวลาในการบินดังนี้

ชนิดเครื่องยนต์	อัตราการจ่าย (บาท) / ชั่วโมงบิน
เฮลิคอปเตอร์ ๑ เครื่องยนต์	๔๐,๐๐๐
เฮลิคอปเตอร์ ๒ เครื่องยนต์	๘๐,๐๐๐
เฮลิคอปเตอร์ ๓ เครื่องยนต์	๑๒๐,๐๐๐
เฮลิคอปเตอร์ ๔ เครื่องยนต์	๑๖๐,๐๐๐

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๒ และข้อ ๓๒.๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความใน (๑) กรณีรถยนต์ ของเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๑) กรณีรถยนต์

คำนวณค่าใช้จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป - กลับ โดยจ่ายชดเชยตามที่คำนวณได้ แต่ไม่เกินที่เรียกเก็บ ดังนี้

ระยะทาง ไป - กลับ (กิโลเมตร)	อัตราการจ่าย (บาท)
น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕๐ กิโลเมตร	จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงที่หน่วยบริการเรียกเก็บแต่ไม่เกิน ๕๐๐ บาท
มากกว่า ๕๐ กิโลเมตร	จ่ายเริ่มต้น ๕๐๐ บาท และจ่ายเพิ่มเติมตามระยะทางในอัตรา กิโลเมตรละ ๔ บาท”

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ และบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแห้งเพดานโหว่ และบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๓ ข้อ ๓๓.๑ ข้อ ๓๓.๔ และข้อ ๓๓.๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ และบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๔ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีส่งเสริมคุณภาพบริการ ต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ตามหมวด ๑

(๒) บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแห้งเพดานโหว่ ตามหมวด ๒

(๓) บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้รับบริการ ตามหมวด ๓

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

บริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน
และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST โดยหน่วยบริการ จะได้รับค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นการรักษาเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จ่ายค่ายาละลายลิ่มเลือด Alteplase (rt-PA) และค่าฉีดยาในอัตราตามจริงไม่เกิน ๔๙,๐๐๐ บาทต่อครั้ง โดยผู้ป่วยต้องได้รับการทำเอกซเรย์สมองก่อนและหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยอาจมีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ร่วมด้วย ทั้งนี้ การจ่ายค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

(๒) กรณีการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST จ่ายเป็นค่ายาและค่าฉีดยาในอัตรา ดังต่อไปนี้

(ก) ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยาในอัตราตามจริงไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

(ข) ค่ายาละลายลิ่มเลือด Tenecteplase (TNK-TPA) ในอัตราตามจริงไม่เกิน ๒๒,๖๖๐ บาทต่อ Vial เฉพาะในกรณีผู้รับบริการมีประวัติแพ้ยา Streptokinase หรือเคยได้รับยา Streptokinase ภายในระยะเวลา ๖ เดือน หรือผู้ป่วยมีภาวะ Anterior wall STEMI ร่วมกับมีภาวะ Hemodynamic instability

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผล

ข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๘ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๗ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการ ที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ การให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้มีการยืนยันตัวตนของผู้รับบริการ เพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ ก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการ สามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๑ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๐ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบ ก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๑ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณี ที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๓ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุข ตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน โดยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด Alteplase (rt-PA)

(ก) ตรวจพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีหลักฐานการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

(ข) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการส่งยาละลายลิ่มเลือดโดยแพทย์และหลักฐานการให้ยาละลายลิ่มเลือด

(ค) ตรวจพบรายงานผลการตรวจเอกซเรย์สมองก่อนและหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด

(๒) กรณีผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน โดยได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase หรือยาละลายลิ่มเลือด Tenecteplase (TNK-TPA)

(ก) ตรวจพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีหลักฐานการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST

(ข) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการส่งยาละลายลิ่มเลือดโดยแพทย์และหลักฐานการให้ยาละลายลิ่มเลือด

(ค) ตรวจพบหลักฐานที่ระบุว่าผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา Streptokinase หรือเคยใช้ยา Streptokinase มาภายในระยะเวลา ๖ เดือน หรือผู้ป่วยมีภาวะ Anterior wall STEMI ร่วมกับภาวะ Hemodynamic instability ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายยาละลายลิ่มเลือด Tenecteplase

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ

(๓) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๑๓

ข้อ ๑๕ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๒

บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่งเพดานโหว่

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ ต้องเป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ โดยหน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

(๒) ค่าอุปกรณ์เพดานเทียมและอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟัน ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค โดยมีรายการ ดังต่อไปนี้

(ก) Palatal Obturator (2704)

(ข) Obturator + Screw (2704A)

(ค) Obturator + Nasoalveolar Molding (NAM) (2704B)

(ง) Obturator + Screw + Nasoalveolar Molding (NAM) (2704C)

(จ) Nasoalveolar Molding (NAM) (2704D)

(๓) ค่า Maxillary distractor เป็นการให้บริการกับผู้ป่วยที่ผ่านการลงทะเบียนในโปรแกรมเฉพาะโรค DMIS (Cleft Lip Cleft Palate) จ่ายในอัตราไม่เกิน ๒๐๐,๐๐๐ บาทต่อชุด

(๔) ค่าใช้จ่ายในการให้บริการทันตกรรมจัดฟัน ประกอบด้วย การทำประวัติ ตรวจทางรังสีเพื่อรักษาทางทันตกรรม แก้ไขการสบฟันผิดปกติระยะแรกเพื่อป้องกันและเตรียมการในการจัดฟันดูแลรักษาสุขภาพช่องปากทุก ๖ เดือน รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไขการสบฟันผิดปกติใส่ฟันเทียมหรือรักษาทางทันตกรรมอื่น ๆ ที่จำเป็น จ่ายในอัตรา ๔๘,๐๐๐ บาทต่อราย

(๕) ค่าใช้จ่ายในการให้บริการแก้ไขการพูดและการได้ยิน ประกอบด้วย ตรวจการได้ยิน การประเมินภาษา การพูด และการได้ยิน การแก้ไขภาษา การพูดและการได้ยิน การประเมินการสั้นพ้องผิดปกติจากปัญหา VPI ด้วยการฟัง จ่ายในอัตรา ๓,๘๕๐ บาทต่อรายต่อปี

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๗ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้นำหน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือโปรแกรมเฉพาะโรค DMIS (Cleft Lip Cleft Palate) มายังสำนักงานหรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๘ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๗ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๙ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้มีการยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๐ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๑ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๒๐ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๒ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๑ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบให้มีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๒๓ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยใน ตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

(๒) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs)

(๓) ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีการให้บริการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

(๔) ตรวจสอบแบบบันทึกการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

(๕) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีบันทึกการให้บริการผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีรายละเอียดของการใช้อุปกรณ์เพดานเทียมและอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟันตามข้อ ๑๖

(๖) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีบันทึกการให้บริการทันตกรรมจัดฟันหรือบริการแก้ไขการพูด และการได้ยิน ที่มีรายละเอียดกิจกรรมตามข้อ ๑๖

(๗) ตรวจสอบการลงทะเบียนผ่านโปรแกรมเฉพาะโรค DMIS (Cleft Lip Cleft Palate) ในกรณีที่เกี่ยวข้องค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ maxillary distractor

ข้อ ๒๔ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ

(๓) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๒๓

ข้อ ๒๕ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการสาธารณสุข

หมวด ๓

บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร
และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้รับบริการ

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้รับบริการ หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดบริการในห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉินสำหรับบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้รับบริการ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับรายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น

ข้อ ๒๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้รับบริการตามข้อ ๒๖ จ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการ ในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อครั้ง

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๘ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือตามระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๙ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๐ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้มีการยืนยันตัวตนของผู้รับบริการ เพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการ ตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการ สามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๒ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๓๑ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบ ก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๓ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๒ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณี ที่ยังพบว่าการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๓๔ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุข ต้องตรวจพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการตรวจรักษาในห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน สำหรับบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ

ข้อ ๓๕ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ

(๓) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ของหน่วยบริการตามข้อ ๓๔

ข้อ ๓๖ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับรายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายปฏิรูปห้องฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๐ วรรคสอง (๑) แห่งข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีมีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีมีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น พ.ศ. ๒๕๖๖

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖

(๓) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๖

(๔) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๖

(๕) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๖๖

(๖) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๔ ให้หน่วยบริการดังต่อไปนี้ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ทั้งนี้ การเป็นหน่วยบริการดังกล่าวให้มีผลตามที่กำหนดในข้อ ๕ ถึงข้อ ๑๔

(๑) โรงพยาบาลลำปาง	จังหวัดลำปาง
(๒) โรงพยาบาลพุทธชินราช	จังหวัดพิษณุโลก
(๓) โรงพยาบาลสวรรคร์ประชารักษ์	จังหวัดนครสวรรค์
(๔) โรงพยาบาลสระบุรี	จังหวัดสระบุรี
(๕) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
(๖) โรงพยาบาลปทุมธานี	จังหวัดปทุมธานี
(๗) โรงพยาบาลนครปฐม	จังหวัดนครปฐม
(๘) โรงพยาบาลชลบุรี	จังหวัดชลบุรี
(๙) โรงพยาบาลระยอง	จังหวัดระยอง
(๑๐) โรงพยาบาลขอนแก่น	จังหวัดขอนแก่น
(๑๑) โรงพยาบาลอุดรธานี	จังหวัดอุดรธานี
(๑๒) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	จังหวัดนครราชสีมา
(๑๓) โรงพยาบาลบุรีรัมย์	จังหวัดบุรีรัมย์
(๑๔) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	จังหวัดอุบลราชธานี
(๑๕) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
(๑๖) โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	จังหวัดภูเก็ต
(๑๗) โรงพยาบาลหาดใหญ่	จังหวัดสงขลา
(๑๘) โรงพยาบาลราชวิถี	กรุงเทพมหานคร
(๑๙) โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	กรุงเทพมหานคร
(๒๐) โรงพยาบาลเลิดสิน	กรุงเทพมหานคร
(๒๑) โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์	จังหวัดเชียงใหม่
(๒๒) โรงพยาบาลนครพิงค์	จังหวัดเชียงใหม่
(๒๓) โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	จังหวัดอุตรดิตถ์
(๒๔) โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	จังหวัดนนทบุรี
(๒๕) โรงพยาบาลราชบุรี	จังหวัดราชบุรี
(๒๖) โรงพยาบาลสมุทรสาคร	จังหวัดสมุทรสาคร
(๒๗) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	จังหวัดสุพรรณบุรี
(๒๘) โรงพยาบาลพระปกเกล้า	จังหวัดจันทบุรี
(๒๙) โรงพยาบาลพุทธโสธร	จังหวัดฉะเชิงเทรา
(๓๐) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	จังหวัดปราจีนบุรี
(๓๑) โรงพยาบาลสมุทรปราการ	จังหวัดสมุทรปราการ
(๓๒) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	จังหวัดร้อยเอ็ด

(๓๓) โรงพยาบาลสกลนคร	จังหวัดสกลนคร
(๓๔) โรงพยาบาลสุรินทร์	จังหวัดสุรินทร์
(๓๕) โรงพยาบาลศรีสะเกษ	จังหวัดศรีสะเกษ
(๓๖) โรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราช	จังหวัดนครศรีธรรมราช
(๓๗) โรงพยาบาลตรัง	จังหวัดตรัง
(๓๘) โรงพยาบาลยะลา	จังหวัดยะลา
(๓๙) โรงพยาบาลจอมทอง	จังหวัดเชียงใหม่
(๔๐) โรงพยาบาลฝาง	จังหวัดเชียงใหม่
(๔๑) โรงพยาบาลสันทราย	จังหวัดเชียงใหม่
(๔๒) โรงพยาบาลน่าน	จังหวัดน่าน
(๔๓) โรงพยาบาลพะเยา	จังหวัดพะเยา
(๔๔) โรงพยาบาลแพร่	จังหวัดแพร่
(๔๕) โรงพยาบาลศรีสังวาลย์	จังหวัดแม่ฮ่องสอน
(๔๖) โรงพยาบาลลำพูน	จังหวัดลำพูน
(๔๗) โรงพยาบาลเชียงคำ	จังหวัดพะเยา
(๔๘) โรงพยาบาลแม่สอด	จังหวัดตาก
(๔๙) โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	จังหวัดตาก
(๕๐) โรงพยาบาลเพชรบูรณ์	จังหวัดเพชรบูรณ์
(๕๑) โรงพยาบาลวิเชียรบุรี	จังหวัดเพชรบูรณ์
(๕๒) โรงพยาบาลสุโขทัย	จังหวัดสุโขทัย
(๕๓) โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย	จังหวัดสุโขทัย
(๕๔) โรงพยาบาลชยันนาทนครนทร	จังหวัดชยันนาท
(๕๕) โรงพยาบาลอุทัยธานี	จังหวัดอุทัยธานี
(๕๖) โรงพยาบาลกำแพงเพชร	จังหวัดกำแพงเพชร
(๕๗) โรงพยาบาลพิจิตร	จังหวัดพิจิตร
(๕๘) โรงพยาบาลนครนายก	จังหวัดนครนายก
(๕๙) โรงพยาบาลบ้านหมี่	จังหวัดลพบุรี
(๖๐) โรงพยาบาลเสนา	จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
(๖๑) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	จังหวัดลพบุรี
(๖๒) โรงพยาบาลพระพุทธบาท	จังหวัดสระบุรี
(๖๓) โรงพยาบาลสิงห์บุรี	จังหวัดสิงห์บุรี
(๖๔) โรงพยาบาลอินทร์บุรี	จังหวัดสิงห์บุรี

(๖๕) โรงพยาบาลอ่างทอง	จังหวัดอ่างทอง
(๖๖) โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา	จังหวัดกาญจนบุรี
(๖๗) โรงพยาบาลบ้านโป่ง	จังหวัดราชบุรี
(๖๘) โรงพยาบาลดำเนินสะดวก	จังหวัดราชบุรี
(๖๙) โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	จังหวัดสมุทรสงคราม
(๗๐) โรงพยาบาลกระทุ่มแบน	จังหวัดสมุทรสาคร
(๗๑) โรงพยาบาลมะการักษ์	จังหวัดกาญจนบุรี
(๗๒) โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์	จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
(๗๓) โรงพยาบาลหัวหิน	จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
(๗๔) โรงพยาบาลพระจอมเกล้า	จังหวัดเพชรบุรี
(๗๕) โรงพยาบาลโพธาราม	จังหวัดราชบุรี
(๗๖) โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ ๑๗	จังหวัดสุพรรณบุรี
(๗๗) โรงพยาบาลพนัสนิคม	จังหวัดชลบุรี
(๗๘) โรงพยาบาลกบินทร์บุรี	จังหวัดปราจีนบุรี
(๗๙) โรงพยาบาลแก่ง	จังหวัดระยอง
(๘๐) โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง	จังหวัดระยอง
(๘๑) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	จังหวัดสระแก้ว
(๘๒) โรงพยาบาลอรัญประเทศ	จังหวัดสระแก้ว
(๘๓) โรงพยาบาลบางละมุง	จังหวัดชลบุรี
(๘๔) โรงพยาบาลตราด	จังหวัดตราด
(๘๕) โรงพยาบาลบางพลี	จังหวัดสมุทรปราการ
(๘๖) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	จังหวัดกาฬสินธุ์
(๘๗) โรงพยาบาลมหาสารคาม	จังหวัดมหาสารคาม
(๘๘) โรงพยาบาลชุมแพ	จังหวัดขอนแก่น
(๘๙) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	จังหวัดขอนแก่น
(๙๐) โรงพยาบาลบึงกาฬ	จังหวัดบึงกาฬ
(๙๑) โรงพยาบาลเลย	จังหวัดเลย
(๙๒) โรงพยาบาลวานรนิวาส	จังหวัดสกลนคร
(๙๓) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ	จังหวัดหนองคาย
(๙๔) โรงพยาบาลกุมภวาปี	จังหวัดอุดรธานี
(๙๕) โรงพยาบาลนครพนม	จังหวัดนครพนม

(๙๖) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน	จังหวัดสกลนคร
(๙๗) โรงพยาบาลหนองคาย	จังหวัดหนองคาย
(๙๘) โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	จังหวัดหนองบัวลำภู
(๙๙) โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ	จังหวัดชัยภูมิ
(๑๐๐) โรงพยาบาลพิมาย	จังหวัดนครราชสีมา
(๑๐๑) โรงพยาบาลนางรอง	จังหวัดบุรีรัมย์
(๑๐๒) โรงพยาบาลศีขรภูมิ	จังหวัดสุรินทร์
(๑๐๓) โรงพยาบาลชัยภูมิ	จังหวัดชัยภูมิ
(๑๐๔) โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา	จังหวัดนครราชสีมา
(๑๐๕) โรงพยาบาลปากช่องนานา	จังหวัดนครราชสีมา
(๑๐๖) โรงพยาบาลปราสาท	จังหวัดสุรินทร์
(๑๐๗) โรงพยาบาลกันทรลักษ์	จังหวัดศรีสะเกษ
(๑๐๘) โรงพยาบาลอำนาจเจริญ	จังหวัดอำนาจเจริญ
(๑๐๙) โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ	จังหวัดอุบลราชธานี
(๑๑๐) โรงพยาบาลมุกดาหาร	จังหวัดมุกดาหาร
(๑๑๑) โรงพยาบาลยโสธร	จังหวัดยโสธร
(๑๑๒) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม	จังหวัดอุบลราชธานี
(๑๑๓) โรงพยาบาลวารินชำราบ	จังหวัดอุบลราชธานี
(๑๑๔) โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์	จังหวัดชุมพร
(๑๑๕) โรงพยาบาลทุ่งสง	จังหวัดนครศรีธรรมราช
(๑๑๖) โรงพยาบาลท่าศาลา	จังหวัดนครศรีธรรมราช
(๑๑๗) โรงพยาบาลสิชล	จังหวัดนครศรีธรรมราช
(๑๑๘) โรงพยาบาลพังงา	จังหวัดพังงา
(๑๑๙) โรงพยาบาลระนอง	จังหวัดระนอง
(๑๒๐) โรงพยาบาลกระบี่	จังหวัดกระบี่
(๑๒๑) โรงพยาบาลตะกั่วป่า	จังหวัดพังงา
(๑๒๒) โรงพยาบาลเกาะสมุย	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
(๑๒๓) โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก	จังหวัดนราธิวาส
(๑๒๔) โรงพยาบาลปัตตานี	จังหวัดปัตตานี
(๑๒๕) โรงพยาบาลพัทลุง	จังหวัดพัทลุง
(๑๒๖) โรงพยาบาลเบตง	จังหวัดยะลา
(๑๒๗) โรงพยาบาลสตูล	จังหวัดสตูล

(๑๒๘) โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์	จังหวัดนราธิวาส
(๑๒๙) โรงพยาบาลสงขลา	จังหวัดสงขลา
(๑๓๐) โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลราช	กรุงเทพมหานคร
(๑๓๑) โรงพยาบาลกลาง	กรุงเทพมหานคร
(๑๓๒) โรงพยาบาลตากสิน	กรุงเทพมหานคร
(๑๓๓) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา	จังหวัดชลบุรี
(๑๓๔) โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	กรุงเทพมหานคร
(๑๓๕) โรงพยาบาลค่ายสิรินธร	จังหวัดนครศรีธรรมราช
(๑๓๖) โรงพยาบาลค่ายสุรนารี	จังหวัดนครราชสีมา
(๑๓๗) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	จังหวัดนครราชสีมา
(๑๓๘) โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	จังหวัดนครศรีธรรมราช
(๑๓๙) โรงพยาบาลหลวงพ่อกี้ศักดิ์ ชุตินธโร อุทิศ	กรุงเทพมหานคร
(๑๔๐) โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	จังหวัดนครราชสีมา

ข้อ ๕ ให้หน่วยบริการในข้อ ๔ (๑) ถึง (๑๒๙) เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่
๓๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๖ ให้หน่วยบริการในข้อ ๔ (๑๓๐) เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่
๑๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๗ ให้หน่วยบริการในข้อ ๔ (๑๓๑) เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่
๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๘ ให้หน่วยบริการในข้อ ๔ (๑๓๒) เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่
๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๙ ให้หน่วยบริการในข้อ ๔ (๑๓๓) เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่
๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๑๐ ให้หน่วยบริการในข้อ ๔ (๑๓๔) เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่
๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๑๑ ให้หน่วยบริการในข้อ ๔ (๑๓๕) เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่
๑๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๑๒ ให้หน่วยบริการในข้อ ๔ (๑๓๖) ถึง (๑๓๘) เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่
๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๑๓ ให้หน่วยบริการในข้อ ๔ (๑๓๙) เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่
๓ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๑๔ ให้หน่วยบริการในข้อ ๔ (๑๔๐) เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่
๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ประกาศ ณ วันที่ ๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ
ในหน่วยบริการอื่น (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยเพิ่มจำนวนหน่วยบริการที่มีศักยภาพการให้บริการจำนวน ๕๒ แห่ง เพื่อให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๐ วรรคสอง (๑) แห่งข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีมีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีมีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น (๑๔๑) ถึง (๑๔๒) ของข้อ ๔ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่น พ.ศ. ๒๕๖๗ ทั้งนี้ การเป็นหน่วยบริการดังกล่าวให้มีผลตามที่กำหนดในข้อ ๔ ถึงข้อ ๒๖

(๑๔๑) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน	จังหวัดพิจิตร
(๑๔๒) โรงพยาบาลบ้านบึง	จังหวัดชลบุรี
(๑๔๓) โรงพยาบาลน้ำพอง	จังหวัดขอนแก่น
(๑๔๔) โรงพยาบาลพล	จังหวัดขอนแก่น
(๑๔๕) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน	จังหวัดขอนแก่น
(๑๔๖) โรงพยาบาลโพหนอง	จังหวัดร้อยเอ็ด
(๑๔๗) โรงพยาบาลปักธงชัย	จังหวัดนครราชสีมา
(๑๔๘) โรงพยาบาลบัวใหญ่	จังหวัดนครราชสีมา
(๑๔๙) โรงพยาบาลป่าตอง	จังหวัดภูเก็ต
(๑๕๐) โรงพยาบาลไชยา	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
(๑๕๑) โรงพยาบาลท่าโรงช้าง	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
(๑๕๒) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กรุงเทพมหานคร
(๑๕๓) โรงพยาบาลหางดง	จังหวัดเชียงใหม่

(๑๕๔) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	จังหวัดปทุมธานี
(๑๕๕) โรงพยาบาลบางบ่อ	จังหวัดสมุทรปราการ
(๑๕๖) โรงพยาบาลรามคำแหง บัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล	กรุงเทพมหานคร
(๑๕๗) โรงพยาบาลกองโกรลาต	จังหวัดสุโขทัย
(๑๕๘) โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ	จังหวัดร้อยเอ็ด
(๑๕๙) โรงพยาบาลโนนไทย	จังหวัดนครราชสีมา
(๑๖๐) โรงพยาบาลสีคิ้ว	จังหวัดนครราชสีมา
(๑๖๑) โรงพยาบาลกลาง	จังหวัดภูเก็ต
(๑๖๒) โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
(๑๖๓) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร	จังหวัดพิษณุโลก
(๑๖๔) โรงพยาบาลสนามชัยเขต	จังหวัดฉะเชิงเทรา
(๑๖๕) โรงพยาบาลเกษตรวิสัย	จังหวัดร้อยเอ็ด
(๑๖๖) โรงพยาบาลหลวงพ่อคูณ ปริสุทฺโธ	จังหวัดนครราชสีมา
(๑๖๗) โรงพยาบาลหนองหาน	จังหวัดอุดรธานี
(๑๖๘) โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวร	จังหวัดพิษณุโลก
(๑๖๙) โรงพยาบาลตระการพืชผล	จังหวัดอุบลราชธานี
(๑๗๐) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	จังหวัดอุบลราชธานี
(๑๗๑) โรงพยาบาลแม่จัน	จังหวัดเชียงราย
(๑๗๒) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว	จังหวัดน่าน
(๑๗๓) โรงพยาบาลกมลาไสย	จังหวัดกาฬสินธุ์
(๑๗๔) โรงพยาบาลยางตลาด	จังหวัดกาฬสินธุ์
(๑๗๕) โรงพยาบาลเสลภูมิ	จังหวัดร้อยเอ็ด
(๑๗๖) โรงพยาบาลบ้านฝืด	จังหวัดอุดรธานี
(๑๗๗) โรงพยาบาลครบุรี	จังหวัดนครราชสีมา
(๑๗๘) โรงพยาบาลคง	จังหวัดนครราชสีมา
(๑๗๙) โรงพยาบาลโชคชัย	จังหวัดนครราชสีมา
(๑๘๐) โรงพยาบาลโนนสูง	จังหวัดนครราชสีมา
(๑๘๑) โรงพยาบาลประโคนชัย	จังหวัดบุรีรัมย์
(๑๘๒) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
(๑๘๓) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	จังหวัดสมุทรสาคร
(๑๘๔) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	จังหวัดสงขลา
(๑๘๕) ศูนย์การแพทย์ปัญญา นันทิกุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	จังหวัดนนทบุรี
(๑๘๖) โรงพยาบาลอานันทมหิดล	จังหวัดลพบุรี
(๑๘๗) โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	จังหวัดเชียงราย
(๑๘๘) โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	จังหวัดเชียงใหม่

(๑๘๙) โรงพยาบาลบางมูลนาก	จังหวัดพิจิตร
(๑๙๐) โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	จังหวัดมหาสารคาม
(๑๙๑) โรงพยาบาลวาปีปทุม	จังหวัดมหาสารคาม
(๑๙๒) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย	กรุงเทพมหานคร

ข้อ ๔ ให้หน่วยบริการใน (๑๘๑) ถึง (๑๙๑) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๒๕ กรกฎาคม
พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๕ ให้หน่วยบริการใน (๑๙๒) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๙ ตุลาคม
พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๖ ให้หน่วยบริการใน (๑๙๓) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๒๐ ตุลาคม
พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๗ ให้หน่วยบริการใน (๑๙๔) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๒๗ ธันวาคม
พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๘ ให้หน่วยบริการใน (๑๙๕) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๗ มกราคม
พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๙ ให้หน่วยบริการใน (๑๙๖) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๒๓ มกราคม
พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๑๐ ให้หน่วยบริการใน (๑๙๗) ถึง (๑๖๒) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์
พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๑๑ ให้หน่วยบริการใน (๑๖๓) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๒๕ มีนาคม
พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๑๒ ให้หน่วยบริการใน (๑๖๔) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๒๘ มิถุนายน
พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๑๓ ให้หน่วยบริการใน (๑๖๕) ถึง (๑๖๖) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม
พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๑๔ ให้หน่วยบริการใน (๑๖๗) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๒๕ กรกฎาคม
พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๑๕ ให้หน่วยบริการใน (๑๖๘) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๒๕ สิงหาคม
พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๑๖ ให้หน่วยบริการใน (๑๖๙) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๗ ธันวาคม
พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๑๗ ให้หน่วยบริการใน (๑๗๐) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน
พ.ศ. ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๑๘ ให้หน่วยบริการใน (๑๗๑) ถึง (๑๘๒) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๑๘ มิถุนายน
พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๑๙ ให้หน่วยบริการใน (๑๘๓) ถึง (๑๘๔) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๒๖ มิถุนายน
พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๒๐ ให้หน่วยบริการใน (๑๘๕) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๒๗ มิถุนายน
พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๒๑ ให้หน่วยบริการใน (๑๘๖) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๒๘ มิถุนายน
พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๒๒ ให้หน่วยบริการใน (๑๘๗) ถึง (๑๘๘) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๓๐ มิถุนายน
พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๒๓ ให้หน่วยบริการใน (๑๘๙) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม
พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๒๔ ให้หน่วยบริการใน (๑๙๐) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๓ กรกฎาคม
พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๒๕ ให้หน่วยบริการใน (๑๙๑) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม
พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๒๖ ให้หน่วยบริการใน (๑๙๒) ของข้อ ๓ เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ
ที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิในหน่วยบริการอื่นซึ่งมีห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ ๑๑ กันยายน
พ.ศ. ๒๕๖๘

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอว์โมน หรือรังสีรักษา
สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร
(แก้ไขหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย)
พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดให้มีประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอว์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการ
ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร (แก้ไขหลักเกณฑ์
การจ่ายค่าใช้จ่าย) พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๓ และข้อ ๓๓.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอว์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอก
และผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร (แก้ไขหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย)
พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอว์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอก
และผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๗

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอว์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอก
และผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ให้ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอว์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอก
และผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๖ มีผลใช้บังคับต่อไป



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา
สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
กรณีที่มีเหตุสมควร
พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอก
และผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๓.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ
พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการ
ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึง
สำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจาก
กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๕.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง รวมถึง

๕.๑.๑ ผู้ได้รับการตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยครอบคลุมการตรวจหาระยะของโรคมะเร็งตามมาตรฐานของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ไม่รวมการตรวจคัดกรอง หรือการตรวจเพื่อศึกษาวิจัย

๕.๑.๒ ผู้ได้รับการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา

๕.๑.๓ ผู้ได้รับการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมทั้งโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง

๕.๑.๔ ผู้ได้รับการการตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาภายหลังการรักษาโรคมะเร็ง และโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง

๕.๑.๕ ผู้ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยารักษามะเร็ง ยาบัญชี จ (๒)

๕.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ตามศักยภาพการบริการในแต่ละประเภท ดังนี้

๕.๒.๑ หน่วยบริการรับการส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการรักษาโรคมะเร็งด้านเคมีบำบัดหรือฮอร์โมน

๕.๒.๒ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการด้านรังสีรักษา

ข้อ ๖ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๖.๑ การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เป็นไปตามแนวทางการรักษา ดังนี้

๖.๑.๑ คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. ๒๕๖๑

๖.๑.๒ คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาในผู้ใหญ่ พ.ศ. ๒๕๖๑

๖.๑.๓ คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. ๒๕๖๑

๖.๒ กรณีบริการแบบผู้ป่วยนอก

๖.๒.๑ การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง และหรือการตรวจหาระยะของโรคมะเร็ง ตามมาตรฐานของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ไม่รวมการตรวจคัดกรอง หรือการตรวจเพื่อศึกษาวิจัย การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมทั้งโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง และการตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา ภายหลังการรักษาโรคมะเร็ง และโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง โดยรายการบริการและอัตราให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

๖.๒.๒ กรณีรักษาโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา ตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้ รวมทั้งค่าผสมยาเคมีบำบัดหรือ

๖.๒.๓ กรณีการรักษาโรคมะเร็งที่ไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ และค่าผสมยาเคมีบำบัด ๑๖๐ บาทต่อวัน เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้ว ไม่เกิน ๒,๓๐๐ บาท

๖.๒.๔ กรณีการรักษาโรคมะเร็งที่ยังไม่กำหนดแนวทางการรักษา ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ และค่าผสมยาเคมีบำบัด ๑๖๐ บาทต่อวัน เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้ว ไม่เกิน ๔,๐๐๐ บาท

๖.๒.๕ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยาบัสูชี จ (๒) จำนวน ๓ รายการ ได้แก่ Trastuzumab, Imatinib และ Erlotinib รายการและอัตราเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาในการเข้าถึง ดังนี้

(๑) ค่าตรวจวินิจฉัย FISH (Fluorescence in situ hybridization) หรือ DISH (Dual – Color in situ hybridization) เพื่อประกอบการสั่งใช้ยา Trastuzumab ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น (ICD10 = C50) สำหรับการตรวจยืนยัน In situ hybridization จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท ต่อเต้านม ๑ ข้าง

(๒) ค่าตรวจวินิจฉัย Gene mutation เพื่อประกอบการสั่งใช้ยา Imatinib ในผู้ป่วยมะเร็ง Chronic myeloid leukemia (CML) (ICD10 = C92) จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน ๘,๐๐๐ บาท ต่อปีต่อราย

(๓) ค่าตรวจวินิจฉัย EGFR mutation เพื่อประกอบการสั่งใช้ยา Erlotinib ในผู้ป่วยมะเร็ง Non-small-cell lung carcinoma (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย (ICD10 = C34) การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับเรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

ทั้งนี้ การใช้ยาเป็นไปตามเงื่อนไขในแนวทางการกำกับการใช้ยาบัสูชี จ (๒) แห่งประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด

๖.๓ กรณีบริการแบบผู้ป่วยใน

๖.๓.๑ การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง และหรือการตรวจหาระยะของโรคมะเร็งตามมาตรฐานของโรคมะเร็งแต่ละชนิดไม่รวมการตรวจคัดกรองหรือการตรวจเพื่อศึกษาวิจัย การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมทั้งโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็งและการตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาภายหลังการรักษาโรคมะเร็งและโรคร่วมที่พบในการรักษาโรคมะเร็งจ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

๖.๓.๒ กรณีการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา

(๑) กรณีรักษาโรคมะเร็งที่ตรงตามแนวทางที่กำหนด จ่ายตามการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) คูณด้วยค่าสัดส่วนปรับลดค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีการใช้ยารักษาโรคมะเร็ง (Cancer Chemotherapy Unbundling Factor: CCUF) ตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้ และจ่ายเพิ่มเติมค่ายารักษาโรคมะเร็ง ตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) กรณีการรักษาโรคมะเร็งที่ไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนดและโรคมะเร็งที่ยังไม่กำหนดแนวทางการรักษา จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

(๓) ค่าตรวจยืนยันเพื่อประกอบการสั่งใช้ยาบิซูซี จ (๒) จำนวน ๓ รายการ ได้แก่ Trastuzumab, Imatinib และ Erlotinib เป็นไปตามรายการและอัตราตามข้อ ๖.๒.๕ การใช้จ่ายให้เป็นไปตามเงื่อนไขในแนวทางการกำกับการใช้ยาบิซูซี จ (๒) แห่งประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ กำหนด

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงานหรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๙ สำนักงานจะประมวลผลเพื่อจ่ายค่าใช้จ่าย โดยมีเงื่อนไขดังนี้

๙.๑ สำนักงานจะตรวจสอบรหัสโรคหลักหรือรหัสโรครอง เพื่อระบุว่าเป็นโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา หรือโรคมะเร็งที่ยังไม่กำหนดแนวทางการรักษา

กรณีที่หน่วยบริการบันทึกรหัสโรคมะเร็งทั้งโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา และโรคมะเร็งที่ยังไม่กำหนดแนวทางการรักษามาในผู้ป่วยรายเดียวกัน สำนักงานจะพิจารณาเป็นกรณีโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา

๙.๒ หน่วยบริการที่ส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยบริการอื่นเพื่อรับยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษาแล้วกลับมา Admit ที่หน่วยบริการเดิม ไม่สามารถเบิกค่าพาหนะรับส่งต่อได้ ทั้งนี้ เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการโดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๑๐.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

๑๐.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๑๐.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ดังนี้

๑๑.๑ กรณีผู้ป่วยนอก ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) ทุกรายการ ด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ และระบบการกำหนดเงื่อนไขข้อมูลที่ต้องสงสัยว่าผิดปกติ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล และดำเนินการ ดังนี้

๑๑.๑.๑ กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ (ข้อมูล V: Verify) ข้อมูลรายการนั้นจะชะลอการจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ ดังนี้

(ก) เอกสารหลักฐานที่จะตรวจสอบเพิ่มเติม ตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

(ข) สำนักงานจะกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้ โดยสำนักงานจะรายงานผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานและดำเนินการดังนี้

๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลการจ่าย
ค่าใช้จ่าย

๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ เนื่องจากไม่พบหลักฐาน
การให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอทบทวนผลการตรวจสอบ
ได้ ๑ ครั้ง ภายในระยะเวลา ๑๐ วัน นับแต่วันที่หน่วยบริการได้รับรายงานผลการตรวจสอบหลักฐาน
การให้บริการ ทั้งนี้ สำนักงานอาจพิจารณาขยายระยะเวลาได้ตามเหตุผลความจำเป็น

๓) กรณีหน่วยบริการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
สำนักงานจะพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

๑๑.๒ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงาน หรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ
สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๑๒.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ตามหมวด ๑

๑๒.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับ
บริการกรณีบริการผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๑๒.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์
การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๓ ให้การบริการและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือ
ฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับ
ผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ประกาศนี้
มีผลใช้บังคับ ถือเป็นดำเนินการตามประกาศนี้ด้วย

ประกาศ ณ วันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

หมายเลขใบที่ขอ: ca506es410f8cb38be671c243efdf7
เวลาดำเนินการ: 2023-04-09 09:13
ลงนามโดย: จเด็จ ธรรมธัชอารี
หมายเลขเอกสาร: f37a-7b8d-ede1

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา
สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
กรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

รายการและอัตราการจ่ายสำหรับ ยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน และรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

๑. รายการยาและยาเคมีบำบัดสำหรับการจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการรักษาโรคมะเร็ง

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาด ความแรง	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
1	5-Fluorouracil	250 mg	vial	67.50
2	5-Fluorouracil	500 mg	vial	135.00
3	5-Fluorouracil	1,000 mg	vial	270.00
4	All- transretinoic Acid (ATRA) (Tretinoin)	10 mg	cap	105.00
5	Allopurinol	100 mg	tab	1.00
6	Arsenic trioxide (ATO)	100 mg	vial	1,335.00
7	Asparaginase	10,000 U	vial	1,725.00
8	Antithymocyte globulin ชนิด rabbit (ATG)	25 mg	vial	(จ2)
9	BCG	powder	vial	5,885.00
10	Bleomycin	15 iu	amp	1,500.00
11	Capecitabine	150 mg	tab	46.00
12	Capecitabine	500 mg	tab	153.00
13	Carboplatin	150 mg	vial	500.00
14	Carboplatin	450 mg	vial	1,500.00
15	Cisplatin	10mg	vial	134.00
16	Cisplatin	50 mg	vial	670.00
17	Cyclophosphamide	50 mg	tab	10.00
18	Cyclophosphamide	200 mg	vial	126.00
19	Cyclophosphamide	1 gm	vial	630.00
20	Cytarabine	20 mg	vial	56.00
21	Cytarabine	100 mg	vial	279.00
22	Cytarabine	1 g	vial	2,790.00
23	Dacarbazine	100 mg	vial	1,542.80
24	Dacarbazine	200 mg	vial	3,085.60
25	Dacarbazine	500 mg	vial	7,714.00
26	Dactinomycin GPO	500 mcg	vial	1,200.00
27	Dasatinib	50 mg	tab	(จ2)
28	Dasatinib	70 mg	tab	(จ2)

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาด ความแรง	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
29	Docetaxel	20 mg	vial	(จ2)
30	Docetaxel	80 mg	vial	(จ2)
31	Doxorubicin	10 mg	vial	220.00
32	Doxorubicin	50 mg	vial	1,100.00
33	Etoposide	25 mg	tab	225.00
34	Etoposide	50 mg	tab	450.00
35	Etoposide	100 mg	vial	480.00
36	Filgrastim	300 mcg	syringe/vial	1,020.00
37	Fludarabine	50 mg	vial	4711.00
38	Flutamide	250 mg	tab	60.00
39	Gemcitabine	200 mg	vial	361.00
40	Gemcitabine	1,000 mg	vial	1,806.00
41	Hydrocortisone	100 mg	vial	90.00
42	Hydroxyurea	1 mg	tab	40.00
43	Idarubicin hydrochloride	5 mg	vial	3,030.00
44	Idarubicin hydrochloride	10 mg	vial	6,060.00
45	Ifosfamide C	500 mg	vial	630.00
46	Ifosfamide C	1,000 mg	vial	1,260.00
47	Imatinib	100 mg	tab	(จ2)
48	Imatinib	400 mg	tab	(จ2)
49	Ketoconazole	200 mg	tab	4.00
50	Letrozole	2.5 mg	tab	(จ2)
51	Leucovorin	15 mg	tab,cap	13.00
52	Leucovorin (Folinic acid, calcium folinate)	50 mg	vial	528.00
53	Leucovorin (Folinic acid, calcium folinate)	100 mg	vial	1,056.00
54	Leucovorin (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	160 mg	tab	113.00
57	Melphalan	2 mg	tab	93.00
58	Mercaptopurine (6MP)	50 mg	tab	36.00
59	Mesna	400 mg	amp	111.00
60	Methotrexate	2.5 mg	tab	12.00
61	Methotrexate	25 mg	vial	62.50
62	Methotrexate	50 mg	vial	125.00
63	Methotrexate	1,000 mg	vial	2,500.00

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาด ความแรง	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
64	Mitomycin C	2 mg	vial	440.00
65	Mitomycin C	10 mg	vial	2,200.00
66	Mitoxantrone	10 mg	vial	4,232.00
67	Nilotinib	200 mg	cap	(จ2)
68	Oxaliplatin	50 mg	vial	1,186.00
69	Oxaliplatin	100 mg	vial	2,372.00
70	Paclitaxel	30 mg	vial	163.00
71	Paclitaxel	300 mg	vial	1,630.00
72	Prednisolone	5 mg	tab	1.00
73	Rituximab	100 mg	vial	(จ2)
74	Rituximab	500 mg	vial	(จ2)
75	Tamoxifen	10 mg	tab	3.00
76	Tamoxifen	20 mg	tab	6.00
77	Thioguanine	40 mg	tab	140.00
78	Trastuzumab	150 mg	vial	(จ2)
79	Trastuzumab	440 mg	vial	(จ2)
80	Triptorelin	11.25 mg	vial	8,035.00
81	UFT (Tegafur-uracil)	100 mg+ 224 mg	tab	98.00
82	Vinblastine	10 mg	vial	585.00
83	Vincristine	1 mg	vial	210.00
84	Vinorelbine tartrate	10 mg	vial	1,624.42
85	Vinorelbine tartrate	50 mg	vial	8,121.00
86	Erlotinib	150 mg	tablet	(จ2)
87	Octreotide acetate (ชนิดออกฤทธิ์สั้น)	20 mg	vial	(จ2)
88	Octreotide acetate (ชนิดออกฤทธิ์สั้น)	30 mg	vial	(จ2)
89	Irinotecan hydrochloride	40 mg/2ml	vial	1,356.00
90	Irinotecan hydrochloride	100 mg/5ml	vial	3,288.00
91	Irinotecan hydrochloride	300 mg/15ml	vial	9,745.00

หมายเหตุ: กรณีใช้ปริมาณยานอกเหนือจากประกาศ การเบิกค่าใช้จ่ายให้คำนวณตามสัดส่วนเนื้อมา โดยเบิกตามปริมาณหรือจำนวนใช้จริง

๒. รายการรังสีรักษา ราคา และรหัสเบิกจ่ายในการรักษาโรคมะเร็ง

๒.๑ รายการรหัสเบิกรังสีรักษาสำหรับการรักษามะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา (Protocol)

No	รหัส (code)	รายการ	หน่วยนับ	อัตราจ่าย(บาท)
1	RTX101	การตรวจและกำหนดแผนการรักษาด้วยรังสี	ครั้ง	900
2	RTX102	การจำลองการฉายรังสี 2 มิติ	ครั้ง	800
3	RTX103	การคำนวณตามแผนการรักษา 2 มิติ	ครั้ง	700
4	RTX104	การจำลองการฉายรังสี 3 มิติ	ครั้ง	4,100
5	RTX105	การคำนวณตามแผนการรักษา 3 มิติ	ครั้ง	4,000
6	RTX106	การคำนวณตามแผนการรักษาแบบ IMRT	ครั้ง	7,900
7	RTX107	การทำ Customized block	ครั้ง	1,600
8	RTX108	การทำอุปกรณ์ยึดอวัยวะในการฉายรังสี (Mask)	ครั้ง	2,400
9	RTX201	การฉายรังสีด้วยเครื่อง Co-60	field	300
10	RTX202	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาคพิเศษ MLC	field	600
11	RTX203	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค	field	500
12	RTX204	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค with Electron and MLC	field	600
13	RTX205	การฉายรังสี IMRT	ครั้ง	3,300
14	RTX206	การใส่แร่ซีเซียม-137	ครั้ง	7,000
15	RTX207	การใส่แร่อิริเดียม-192	ครั้ง	5,800
16	RTX208	การฝังแร่อิริเดียม-192	course	6,000
17	RTX209	Half Body Irradiation	ครั้ง	4,100
18	RTX210	การฉายรังสี SRS	course	65,000
19	RTX211	การฉายรังสี SRT	course	65,000
20	RTX212	Total body irradiation	course	20,000
21	RTX213	การฉายรังสีระหว่างการทำผ่าตัด (IORT)	field	5,700
22	RTX214	คำรักษาด้วยเครื่อง Hyperthermia	ครั้ง	1,600

หมายเหตุ: คำนิยามของคำว่า “Field” คือ ทิศทางการเข้าของรังสี ซึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่ง “Field” ต่อหนึ่งบริเวณ/อวัยวะ (สมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย ลงวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๕๓)

๒.๒ รายการรหัสเบิกรังสีรักษาสำหรับการรักษามะเร็งทั่วไป

No	รหัส(CODE)	รายการ	อัตราจ่าย(บาท)
1	RTX216_101	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_ การตรวจและกำหนดแผนการรักษาด้วยรังสี	
2	RTX216_102	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_ การจำลองการฉายรังสี 2 มิติ	
3	RTX216_103	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_ การคำนวณตามแผนการรักษา 2 มิติ	
4	RTX216_104	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_ การจำลองการฉายรังสี 3 มิติ	
5	RTX216_105	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_ การคำนวณตามแผนการรักษา 3 มิติ	
6	RTX216_106	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_ การคำนวณตามแผนการรักษาแบบ IMRT	
7	RTX216_107	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_ การทำ Customized block	
8	RTX216_108	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_ การทำอุปกรณ์ยึดอวัยวะในการฉายรังสี (Mask)	

No	รหัส(CODE)	รายการ	อัตราจ่าย(บาท)
9	RTX216_201	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสีด้วยเครื่อง Co-60	4,000 บาท/ครั้ง
10	RTX216_202	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาคพิเศษ MLC	
11	RTX216_203	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค	
12	RTX216_204	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค with Electron and MLC	
13	RTX216_205	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสี IMRT	
14	RTX216_206	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การใส่แร่ซีเซียม-137	
15	RTX216_207	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การใส่แร่อริเดียม-192	
16	RTX216_208	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฝังแร่อริเดียม-192	
17	RTX216_209	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_Half Body Irradiation	
18	RTX216_210	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสี SRS	
19	RTX216_211	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสี SRT	
20	RTX216_212	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_Total body irradiation	
21	RTX216_213	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสีระหว่างการทำผ่าตัด (IORT)	
22	RTX216_214	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การรักษาด้วยเครื่อง Hyperthermia	

หมายเหตุ:

๑) ค่าใช้จ่ายกรณีรังสีรักษามะเร็งทั่วไป (RTX216_101 ถึง RTX216_214) เป็นค่าใช้จ่ายรวมค่ายาเคมีบำบัด ค่าผสมยา และค่าบริการยาเคมีบำบัด

๒) กรณีให้บริการรังสีรักษามะเร็งทั่วไปมากกว่า ๑ รายการ และรวมค่ายาเคมีบำบัด ค่าผสมยา และค่าบริการ ยาเคมีบำบัดแล้ว เกินอัตราจ่ายที่กำหนด ๔,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ให้จ่ายค่าใช้จ่ายได้ไม่เกิน ๔,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา
 สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
 กรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๖
 ลงวันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

ค่าสัดส่วนสำหรับคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รายการกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีการใช้ยารักษาโรคมะเร็ง
 (Cancer Chemotherapy Unbundling Factor: CCUF)

ลำดับ	drg	drgname	RW	CCUF
1	01700	Nervous system neoplasms with chemo- and radiotherapy, no CC	9.9149	0.9866
2	01704	Nervous system neoplasms with chemo- and radiotherapy, w mild to cat CC	12.4488	0.9880
3	01710	Nervous system neoplasms with chemotherapy, no CC	1.7775	0.7572
4	01711	Nervous system neoplasms with chemotherapy, w mild CC	2.281	0.8718
5	01712	Nervous system neoplasms with chemotherapy, w mod CC	3.2272	0.7768
6	01713	Nervous system neoplasms with chemotherapy, w severe CC	4.7316	0.8628
7	01714	Nervous system neoplasms with chemotherapy, w catas CC	7.2784	0.9434
8	03580	ENT & mouth malignancy with chemo- and radiother, no CC	4.5671	0.9388
9	03581	ENT & mouth malignancy with chemo- and radiother, w mild CC	5.1439	0.9752
10	03582	ENT & mouth malignancy with chemo- and radiother, w mod CC	6.3088	0.9855
11	03583	ENT & mouth malignancy with chemo- and radiother, w severe CC	8.2486	0.9795
12	03584	ENT & mouth malignancy with chemo- and radiother, w catas CC	10.69	0.9877
13	03590	ENT & mouth malignancy with chemotherapy, no CC	1.2912	0.7794
14	03591	ENT & mouth malignancy with chemotherapy, w mild CC	1.6477	0.8185
15	03592	ENT & mouth malignancy with chemotherapy, w mod CC	1.7228	0.8330
16	03593	ENT & mouth malignancy with chemotherapy, w severe CC	2.2498	0.8621
17	03594	ENT & mouth malignancy with chemotherapy, w catas CC	5.2194	0.8972
18	04650	Respiratory neoplasms with chemo- and radiother, no CC	3.2593	0.9164
19	04652	Respiratory neoplasms with chemo- and radiother, w mild to mod CC	4.8811	0.9607
20	04653	Respiratory neoplasms with chemo- and radiother, w severe CC	5.8129	0.9590
21	04654	Respiratory neoplasms with chemo- and radiother, w catas CC	8.8363	0.9762
22	04660	Respiratory neoplasms with chemotherapy, no CC	2.1933	0.4810
23	04661	Respiratory neoplasms with chemotherapy, w mild CC	2.2749	0.5873
24	04662	Respiratory neoplasms with chemotherapy, w mod CC	2.7484	0.5895
25	04663	Respiratory neoplasms with chemotherapy, w severe CC	2.9754	0.7042
26	04664	Respiratory neoplasms with chemotherapy, w catas CC	4.8669	0.9010
27	06680	Digest malignancy w chemo- and radiotherapy, no CC	3.4056	0.9305
28	06682	Digest malignancy w chemo- and radiotherapy, w mild to mod CC	4.8036	0.9622

ลำดับ	drg	drgname	RW	CCUF
29	06683	Digest malignancy w chemo- and radiotherapy, w severe CC	6.3496	0.9756
30	06684	Digest malignancy w chemo- and radiotherapy, w catas CC	9.9188	0.9848
31	06690	Digest malignancy w chemotherapy, no CC	2.7118	0.5102
32	06691	Digest malignancy w chemotherapy, w mild CC	3.1259	0.6683
33	06692	Digest malignancy w chemotherapy, w mod CC	3.7276	0.5910
34	06693	Digest malignancy w chemotherapy, w severe CC	4.3399	0.7043
35	06694	Digest malignancy w chemotherapy, w catas CC	6.5308	0.8832
36	07560	Hepatobil mal with chemo- and radiotherapy, no CC	3.9149	0.6452
37	07564	Hepatobil mal with chemo- and radiotherapy, w mild to cat CC	5.9586	0.8966
38	07570	Hepatobiliary malignancy with chemotherapy, no CC	2.3256	0.6283
39	07571	Hepatobiliary malignancy with chemotherapy, w mild CC	2.8233	0.7915
40	07572	Hepatobiliary malignancy with chemotherapy, w mod CC	3.2117	0.8995
41	07573	Hepatobiliary malignancy with chemotherapy, w severe CC	4.1859	0.8575
42	07574	Hepatobiliary malignancy with chemotherapy, w catas CC	5.6721	0.9172
43	08690	Pathol fracture and malignancy w chemotherapy, no CC	2.324	0.5928
44	08691	Pathol fracture and malignancy w chemotherapy, w mild CC	2.645	0.5625
45	08692	Pathol fracture and malignancy w chemotherapy, w mod CC	2.9627	0.7721
46	08693	Pathol fracture and malignancy w chemotherapy, w severe CC	3.1828	0.6359
47	08694	Pathol fracture and malignancy w chemotherapy, w catas CC	6.033	0.8589
48	09600	Malignant breast dis w chemo- and radiotherapy, no CC	5.675	0.9769
49	09604	Malignant breast dis w chemo- and radiotherapy, w mild to cat CC	7.392	0.9838
50	09610	Malignant breast dis w chemotherapy, no CC	1.159	0.3143
51	09612	Malignant breast dis w chemotherapy, w mild to mod CC	1.8064	0.6428
52	09613	Malignant breast dis w chemotherapy, w severe CC	3.358	0.7851
53	09614	Malignant breast dis w chemotherapy, w catas CC	5.7297	0.9511
54	11619	KUB malignancy with chemo- and radiotherapy, w or wo CC	6.799	0.8930
55	11620	KUB malignancy with chemotherapy, no CC	1.7346	0.3878
56	11621	KUB malignancy with chemotherapy, w mild CC	1.9899	0.5424
57	11622	KUB malignancy with chemotherapy, w mod CC	2.5555	0.6579
58	11623	KUB malignancy with chemotherapy, w severe CC	3.7952	0.5887
59	11624	KUB malignancy with chemotherapy, w catas CC	6.4992	0.8968
60	12559	Malig, male reprod organ w chemo- and radiother, w or wo CC	7.2352	0.9170
61	12560	Malignancy, male reprod organ w chemotherapy, no CC	2.6376	0.2893
62	12561	Malignancy, male reprod organ w chemotherapy, w mild CC	3.0997	0.5917
63	12562	Malignancy, male reprod organ w chemotherapy, w mod CC	3.7903	0.8759
64	12563	Malignancy, male reprod organ w chemotherapy, w severe CC	4.0426	0.7737
65	13042	Uterine & adnexal proc for ovarian & adnexal malig, w mod CC	4.1888	0.8954

ลำดับ	drg	drgname	RW	CCUF
66	13043	Uterine & adnexal proc for ovarian & adnexal malig, w severe CC	5.2117	0.9514
67	13044	Uterine & adnexal proc for ovarian & adnexal malig, w catas CC	7.4632	0.9725
68	13560	Non ovarian/adnexal malig w chemo- and radiotherapy, no CC	2.3224	0.9269
69	13561	Non ovarian/adnexal malig w chemo- and radiotherapy, w mild CC	2.8029	0.9633
70	13562	Non ovarian/adnexal malig w chemo- and radiotherapy, w mod CC	3.8117	0.9722
71	13563	Non ovarian/adnexal malig w chemo- and radiotherapy, w severe CC	6.3233	0.9756
72	13564	Non ovarian/adnexal malig w chemo- and radiotherapy, w catas CC	9.4932	0.9839
73	13570	Non ovarian/adnexal malig w chemotherapy, no CC	1.4634	0.6114
74	13571	Non ovarian/adnexal malig w chemotherapy, w mild CC	1.7125	0.6759
75	13572	Non ovarian/adnexal malig w chemotherapy, w mod CC	1.9072	0.7722
76	13573	Non ovarian/adnexal malig w chemotherapy, w severe CC	2.7508	0.8030
77	13574	Non ovarian/adnexal malig w chemotherapy, w catas CC	3.4499	0.9180
78	13619	Ovarian/adnexal malig w chemo- and radiotherapy, w or wo CC	4.7894	0.9407
79	13620	Ovarian/adnexal malig w chemotherapy, no CC	2.4536	0.4560
80	13621	Ovarian/adnexal malig w chemotherapy, w mild CC	2.8438	0.5971
81	13622	Ovarian/adnexal malig w chemotherapy, w mod CC	3.0614	0.6567
82	13623	Ovarian/adnexal malig w chemotherapy, w severe CC	3.596	0.7107
83	13624	Ovarian/adnexal malig w chemotherapy, w catas CC	4.6544	0.8649
84	17560	Acute leukemia with chemo- and radiotherapy, no CC	10.5787	0.9414
85	17564	Acute leukemia with chemo- and radiotherapy, w mild to cat CC	14.3608	0.9119
86	17570	Acute leukemia with chemotherapy, no CC	1.3959	0.5947
87	17571	Acute leukemia with chemotherapy, w mild CC	3.3493	0.6455
88	17572	Acute leukemia with chemotherapy, w mod CC	5.4186	0.7255
89	17573	Acute leukemia with chemotherapy, w severe CC	8.3512	0.7255
90	17574	Acute leukemia with chemotherapy, w catas CC	10.658	0.8311
91	17610	L'ma & non-acute leukemia w chemo- and radiother, no CC	4.4792	0.9064
92	17612	L'ma & non-acute leukemia w chemo- and radiother, w mild to mod CC	6.8234	0.9979
93	17613	L'ma & non-acute leukemia w chemo- and radiother, w severe CC	9.4786	0.9913
94	17614	L'ma & non-acute leukemia w chemo- and radiother, w catas CC	11.9672	0.9607
95	17620	Lymphoma & non-acute leukemia w chemotherapy, no CC	2.8571	0.5930
96	17621	Lymphoma & non-acute leukemia w chemotherapy, w mild CC	3.9027	0.7198
97	17622	Lymphoma & non-acute leukemia w chemotherapy, w mod CC	4.4626	0.8186
98	17623	Lymphoma & non-acute leukemia w chemotherapy, w severe CC	6.2692	0.7258
99	17624	Lymphoma & non-acute leukemia w chemotherapy, w catas CC	8.8261	0.8849
100	17669	Other neoplastic dis with chemo- and radiotherapy, w or wo CC	5.8155	0.9589
101	17670	Other neoplastic dis with chemotherapy, no CC	2.2598	0.4769

ลำดับ	drg	drgname	RW	CCUF
102	17672	Other neoplastic dis with chemotherapy, w mild to mod CC	3.4905	0.9244
103	17674	Other neoplastic dis with chemotherapy, w sev to cat CC	5.0169	0.9476
104	28689	LOS 6 hours or less, age >27 d with cancer chemotherapy, w or wo CC	0.5875	0.4123

เอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา
สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
กรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการตรวจสอบ และเกณฑ์การตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการ
สาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา รวมถึงการเข้ารับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร
สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

๑. กรณีบริการผู้ป่วยนอก

๑.๑ เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการตรวจสอบ

(๑) เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข
ตามแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน
ปี ๒๕๖๓

(๒) เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ต้นฉบับหรือสำเนาทั้งฉบับ ที่แพทย์บันทึกการวินิจฉัย
มะเร็ง ในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบ

(๓) ผลการตรวจยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง

(๔) หลักฐานการส่งของแพทย์ในการส่ง ยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน ที่ระบุชื่อยาและขนาดยา
รวมทั้งหลักฐานการบริหารยา ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๕) หลักฐานการให้บริการรังสีวางแผนและการรักษาโดยรังสีรักษา

(๖) ผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ หรือบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ หรือการแปลผลการตรวจ
ของแพทย์ ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๗) หลักฐานการการทำหัตถการ ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๘) กรณีรักษาโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางในการรักษา บันทึกการรักษาตามแบบฟอร์ม
การแบ่งระยะมะเร็ง และเก็บไว้ในแฟ้มเวชระเบียนเพื่อใช้สำหรับตรวจสอบภายหลัง

๑.๒ เกณฑ์ในการตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข

สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์
ของหน่วยบริการ ดังนี้

(๑) เป็นผู้รับบริการที่มีผลการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็ง ทั้งนี้ต้องมีหลักฐานยืนยันผลการวินิจฉัย
ที่ชัดเจน ซึ่งเข้าเงื่อนไขดังนี้

(ก) รับการตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็งโดยครอบคลุมการ Staging ตามมาตรฐาน
ของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ซึ่งไม่รวมการตรวจคัดกรอง หรือการศึกษาวิจัย

(ข) รับรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

(ค) รับการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมถึง
โรคร่วมที่พบในการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น

(ง) การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา (Follow up) ภายหลังจากการรักษาโรคมะเร็ง และโรคร่วมที่พบในการมารับการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น

(๒) พบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ที่แพทย์บันทึกการวินิจฉัยมะเร็ง ในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบ

(๓) พบผลการตรวจยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง

(๔) พบบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย และอาการเจ็บป่วย ในการสั่งยาเคมีบำบัดและจำนวนที่ใช้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยา การตรวจพิเศษอื่น ๆ การทำรังสีรักษา การทำหัตถการ และการส่งยา ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๕) พบคำสั่งของแพทย์ในการสั่งยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน ที่ระบุชื่อยาและขนาดยา รวมทั้งหลักฐานการบริหารยา ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๖) พบหลักฐานการให้บริการรังสีวางแผน และการรักษาโดยรังสีรักษา ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๗) พบผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ หรือบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ หรือการแปลผลการตรวจของแพทย์ ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งด้วย PET/CT ต้องพบเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีบันทึกการวินิจฉัยโรค การดำเนินโรคและเหตุผลในการส่งตรวจเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด และคำสั่งของแพทย์ในการส่งตรวจ PET/CT

(๘) หลักฐานการการทำหัตถการ ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๙) เกณฑ์ในการตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายแยกตามหมวดรายการ ตรวจสอบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

๒. กรณีบริการผู้ป่วยใน

๒.๑ เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการตรวจสอบ

(๑) แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary)

(๒) เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในระบบ DRG ตามแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

(๓) เวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่แพทย์ให้การวินิจฉัยมะเร็ง ในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบ และได้รับการวินิจฉัยมะเร็ง

(๔) ผลการตรวจยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง

(๕) หลักฐานการสั่งของแพทย์ในการสั่งยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนที่ระบุชื่อยาและขนาดยา รวมทั้งหลักฐานการบริหารยา ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๖) หลักฐานการให้บริการรังสีวางแผนและการรักษาโดยรังสีรักษา ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๒.๒ เกณฑ์ในการตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข

สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

(๑) เป็นผู้รับบริการที่มีผลการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็ง ทั้งนี้ต้องมีหลักฐานยืนยันผลการวินิจฉัยที่ชัดเจน ซึ่งเข้าเงื่อนไข ดังนี้

(ก) รับการตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็งโดยครอบคลุมการ Staging ตามมาตรฐานของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ซึ่งไม่รวมการ Screening หรือการศึกษาวิจัย

(ข) รักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

(ค) รับการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมถึงโรคร่วมที่พบในการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น

(ง) การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา (Follow up) ภายหลังจากการรักษาโรคมะเร็ง และโรคร่วมที่พบในการมารับการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น

(๒) เกณฑ์ในการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในระบบ DRG ตรวจสอบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

(๓) ตรวจสอบการสรุปโรคและหัตถการ โดยการตรวจพบหลักฐานในเวชระเบียน และตรวจสอบการให้รหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการ

(๔) พบบันทึกการวินิจฉัยโรคมะเร็ง

(๕) พบผลการตรวจยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง

(๖) หลักฐานการสั่งของแพทย์ในการสั่งยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน ที่ระบุชื่อยาและขนาดยา รวมทั้งหลักฐานการบริหารยา ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๗) หลักฐานการให้บริการรังสีวางแผน และการรักษาโดยรังสีรักษา ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๔.๒ ข้อ ๓๔.๓ และข้อ ๓๔.๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ ต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูงตามหมวด ๑

(๒) บริการจัดหากระจกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาตามหมวด ๒

(๓) บริการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะตามหมวด ๓

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

บริการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้
(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness)
ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูงตามข้อ ๗ จ่ายตามจริงไม่เกินชั่วโมงละ ๑๒,๐๐๐ บาท

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๑ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๒ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๔ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์และหลักฐานสนับสนุนในการวินิจฉัยโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness)

(๒) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูงที่มีระยะเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการรักษาในการให้บริการแต่ละครั้ง ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๑๕ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๑๔

ข้อ ๑๖ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๒

บริการจัดหากระจกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๗ การให้บริการจัดหากระจกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(ก) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา

(ข) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน สำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK)

(ค) หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการโรคกระจกตา

ข้อ ๑๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการจัดหากระจกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ตามข้อ ๑๗ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ตามข้อ ๑๗ (๑) (ก) ในอัตราดวงตาละ ๑๕,๐๐๐ บาท

(๒) ค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นในสำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) สำหรับผู้ป่วยโรคกระจกตาพิการ จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามข้อ ๑๗ (๑) (ข) ในอัตราดวงตาละ ๑๓,๐๐๐ บาท

(๓) ค่าบริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามข้อ ๑๗ (๑) (ค) ด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๙ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ โดยบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน รวมถึงข้อมูลของหน่วยบริการที่จัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา และหน่วยบริการที่จัดเตรียมกระจกตาชั้นใน สำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการ

ทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการ ที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการ ตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการ สามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๒ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๒๑ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบ ก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๓ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๒ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณี ที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๒๔ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุข ตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

(๒) ตรวจพบหลักฐานแบบบันทึกการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

(๓) ตรวจสอบหลักฐานการจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตาของหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา

(๔) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการจัดเตรียมกระจกตาชั้นในสำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) ของหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน สำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK)

(๕) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนกรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

(๖) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs)

ข้อ ๒๕ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๒๔

ข้อ ๒๖ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๓

บริการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๗ การให้บริการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

(๒) บริการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ

(๓) บริการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย

(๔) บริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

ข้อ ๒๘ การให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจตามข้อ ๒๗ (๑) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการกรณีหัวใจวายอย่างรุนแรงและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นซึ่งมีสุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด และได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ภายใต้หลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(ก) การจัดสรรอวัยวะและคุณสมบัติของผู้รับบริการ ให้เป็นไปตามประกาศศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

(ข) การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

ข้อ ๒๙ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจตามข้อ ๒๘ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายกรณีการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัดตามแผนการรักษา (Protocol) ทั้งนี้ หากเสียชีวิตระหว่างการรักษากรณีเสียชีวิตในระหว่างเตรียมตัวก่อนผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดตามอัตราที่กำหนดในแผนการรักษาสำหรับกรณีเสียชีวิตในระหว่างการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดจะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาเหมาจ่ายที่กำหนดในแผนการรักษา ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
๑) สำหรับผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ตรวจเนื้อเยื่อ HLA - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่รวมการตรวจ Cardiac Catheterization	๓๐,๐๐๐
๒) สำหรับผู้บริจาคสมองตาย ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor) (ศูนย์รับบริจาค)	- บริการดูแล Donor - ผ่าตัด - น้ำยาถนอมอวัยวะ - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	๔๐,๐๐๐

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
อวัยวะสภากาชาดไทย โดยผ่านหน่วยบริการที่ผ่าตัด)	- บริการดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	

(ข) ค่าใช้จ่ายระหว่างการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
๑) สำหรับผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-HTX-I - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Cyclosporine + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่าง รับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๑๐,๐๐๐
Protocol-HTX-II - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่าง รับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๒๐,๐๐๐

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
Protocol-HTX-III - ใช้น้ำยากดภูมิคุ้มกัน Anti-thymocyte globulin + Cyclosporine + mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Anti-thymocyte globulin - ยา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่าง รับการรักษา - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๗๕,๐๐๐
Protocol-HTX-IV - ใช้น้ำยากดภูมิคุ้มกัน Anti-thymocyte globulin + Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Anti-thymocyte globulin - ยา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่าง รับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๘๐,๐๐๐
Protocol- HTX-V - ใช้น้ำยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximap + Cyclosporine + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ	๔๕๕,๐๐๐

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
	<ul style="list-style-type: none"> - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Basiliximab - ยา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	
Protocol- HTX-VI <ul style="list-style-type: none"> - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab + Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Basiliximab - ยา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	๔๖๕,๐๐๐
๒) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน (Rejection)		
Protocol-ACR <ul style="list-style-type: none"> - ภาวะ Acute Cellular Rejection 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำ Echocardiography - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - ยา Methylprednisolone - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	๓๐,๐๐๐
Protocol-AMR <ul style="list-style-type: none"> - ภาวะ Antibody Mediated Rejection 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำ Echocardiography - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - ยา Methylprednisolone - ยา Intravenous Immunoglobulin - Plasmapheresis และตัวกรอง Plasma - สาย Double lumen catheter 	๓๒๐,๐๐๐

(ค) ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
Protocol -Myocardium biopsy หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อหัวใจ (Myocardium biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัดก็ได้	- ทำ Echocardiogram - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - บริการห้องและอาหาร - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๐,๐๐๐

(๒) ค่าใช้จ่ายการตรวจประเมิน Cardiac Catheterization ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และกรณีที่ทำให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

(๓) ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์ในการตรวจประเมิน Cardiac Catheterization จ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

(๔) ค่ายากดภูมิคุ้มกัน ให้เป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน หลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ซึ่งจะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล โดยเป็นไปตามเงื่อนไขการรับยาและอัตราจ่ายต่อเดือน ดังต่อไปนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราจ่ายต่อเดือน (บาท)
หลังผ่าตัด ๑-๖ เดือน	๓๐,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๗-๑๒ เดือน	๒๕,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๑๓-๒๔ เดือน	๒๐,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๒๔ เดือนขึ้นไป	๑๕,๐๐๐

ข้อ ๓๐ การให้บริการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ ตามข้อ ๒๗ (๒) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการอายุไม่เกิน ๑๘ ปีบริบูรณ์ในวันที่รับการผ่าตัดซึ่งมีสุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด และได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ภายใต้หลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(ก) การจัดสรรอวัยวะและคุณสมบัติของผู้รับบริการ ให้เป็นไปตามประกาศศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

(ข) การใช้จ่ายกumulicัมกันและแนวทางการรักษา ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

ข้อ ๓๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีตันแต่กำเนิดหรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ ตามข้อ ๓๐ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายกรณีการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัดตามแผนการรักษา (Protocol) ทั้งนี้ หากเสียชีวิตระหว่างการรักษากรณีเสียชีวิตในระหว่างเตรียมตัวก่อนผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดตามอัตราที่กำหนดในแผนการรักษา สำหรับกรณีเสียชีวิตในระหว่างการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดจะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาเหมาจ่ายที่กำหนดในแผนการรักษา ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
๑) สำหรับผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ตรวจเนื้อเยื่อ HLA - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่รวมการตรวจ Cardiac Catheterization	๓๐,๐๐๐
๒) สำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ตรวจเนื้อเยื่อ HLA - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง จ่ายไม่เกิน ๒ ครั้งต่อผู้รับบริจาค ๑ ราย	๔๐,๐๐๐

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
๓) สำหรับผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor) (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทยโดยผ่าน หน่วยบริการที่ผ่าตัด)	- บริการดูแล Donor - ผ่าตัด - น้้ายาถนอมอวัยวะ - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	๔๐,๐๐๐

(ข) ค่าใช้จ่ายระหว่างการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
๑) สำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต เมื่อเข้ารับการผ่าตัด	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๑๐๐,๐๐๐
๒) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-OLT-I - ใซ้ยากลุ่ม Cyclosporine + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๔๑๐,๐๐๐

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
Protocol-OLT-II - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๔๒๐,๐๐๐
Protocol-OLT-III - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab + Cyclosporine + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา Basiliximab - ยา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๕๕๕,๐๐๐

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
Protocol-OLT-IV - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximap + Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา Basiliximab - ยา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๕๖๕,๐๐๐
๓) สำหรับผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะ เมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีมีภาวะ rejection		
Protocol-ACR - ภาวะ Acute Cellular Rejection	- ทำ Ultrasound - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - ยา Methylprednisolone - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๐,๐๐๐

(ค) ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
กรณีที่มีการตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อน ระหว่างผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัด	- ทำ Ultrasound - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - บริการห้องและอาหาร - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๑๐,๐๐๐

(๒) ค่าใช้จ่ายกรณีให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

(๓) ค่ายากดภูมิคุ้มกัน ให้เป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน หลังการปลูกถ่ายตับ ซึ่งจะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล โดยเป็นไปตามเงื่อนไขการรับยาและอัตราจ่ายต่อเดือน ดังต่อไปนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราจ่ายต่อเดือน (บาท)
หลังปลูกถ่ายตับ ๑-๖ เดือน	๓๐,๐๐๐
หลังปลูกถ่ายตับ ๗-๑๒ เดือน	๒๕,๐๐๐
หลังปลูกถ่ายตับ ๑๓-๒๔ เดือน	๒๐,๐๐๐
หลังปลูกถ่ายตับ ๒๔ เดือนขึ้นไป	๑๕,๐๐๐

ข้อ ๓๒ การให้บริการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้ายตามข้อ ๒๗ (๓) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้ายที่มีอายุมากกว่า ๑๘ ปี แต่ไม่เกิน ๖๐ ปี ณ วันที่ลงทะเบียนรอปลูกถ่ายตับ และมีอายุไม่เกิน ๖๕ ปี ในวันผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(ก) ข้อบ่งชี้และคุณสมบัติของผู้รับการปลูกถ่ายตับ มีดังต่อไปนี้

๑) ตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้ายที่มีค่าประสิทธิภาพการทำงานของตับ (Child-Pugh score) ตั้งแต่ ๗ ขึ้นไป หรืออาการแสดงถึงภาวะแทรกซ้อนของตับแข็ง และต้องหยุดสุราติดต่อกันไม่น้อยกว่า ๖ เดือน

๒) ไม่มีการติดเชื้อที่ควบคุมไม่ได้ ยกเว้นการติดเชื้อในตับและทางเดินน้ำดี

๓) ไม่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์

๔) ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด

๕) ไม่มีความผิดปกติทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาด้วยการปลูกถ่ายตับในระยะยาว

๖) ไม่เป็นโรคมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาหายขาดนานกว่า ๓ ปีขึ้นไป (ยกเว้นมะเร็งตับ)

๗) ไม่มีโรคร่วม (ยกเว้นโรคตับ) ที่มีความรุนแรงหรือเป็นระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถ

รักษาให้ดีขึ้น

(ข) การจัดสรรอวัยวะและคุณสมบัติของผู้รับบริการ เป็นไปตามประกาศศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

(ค) การใช้จ่ายกumulicัมกันและแนวทางการรักษา เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

ข้อ ๓๓ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้ายตามข้อ ๓๒ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายกรณีการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัดตามแผนการรักษา (Protocol) ทั้งนี้ หากเสียชีวิตระหว่างการรักษากรณีเสียชีวิตในระหว่างเตรียมตัวก่อนผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงการเตรียมผู้ปลูกถ่ายก่อนการผ่าตัดตามอัตราที่กำหนดในแผนการรักษา สำหรับกรณีเสียชีวิตระหว่างการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดจะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาเหมาจ่ายที่กำหนดในแผนการรักษา ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าใช้จ่ายก่อนการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
๑) การประเมินผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะ (Recipient evaluation)	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ไม่รวมการตรวจ cardiac catheterization	๖๐,๐๐๐
๒) การประเมินผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor evaluation)	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - จ่ายไม่เกิน ๒ ครั้งต่อผู้บริจาค ๑ ราย	๔๐,๐๐๐
๓) การผ่าตัดผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor operation) (หน่วยบริการเบิกจ่ายให้แก่สภากาชาดไทย)	- บริการดูแล Donor - ผ่าตัด - น้ยาถนอมอวัยวะ - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	๔๐,๐๐๐

(ข) ค่าใช้จ่ายระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท/ราย)
สำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต และผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะ	ค่าใช้จ่ายระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ทั้งกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือกรณีที่มี ภาวะแทรกซ้อน rejection	๖๐๐,๐๐๐
๑) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-OLT-I - ใช้ยากลุ่ม cyclosporine + mycophenolate - ไม่รวม complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษา ในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	
Protocol- OLT-II - ใช้ยากลุ่ม tacrolimus + mycophenolate - ไม่รวม complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษา ในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	
Protocol- OLT-III - ใช้ยากลุ่ม Basiliximab + cyclosporine + mycophenolate - ไม่รวม complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด	

	<ul style="list-style-type: none"> - ยา Basiliximab - ยา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
Protocol-OLT-IV - ใช้ยากลุ่ม Basiliximab + Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา Basiliximab - ยา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ระหว่างรับการรักษา - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
๒) กรณีมีภาวะแทรกซ้อน rejection	
Protocol-ACR - ภาวะ Acute Cellular Rejection	<ul style="list-style-type: none"> - ทำ Ultrasound - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - ยา Methylprednisolone - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
Protocol-AMR - ภาวะ Antibody Mediated Rejection	<ul style="list-style-type: none"> - ทำ Ultrasound - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - ยา Methylprednisolone - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัด และรวมอยู่ในรายการเหมาจ่าย	

(๒) ค่าใช้จ่ายกรณีที่ทำให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์

ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

(๓) ค่ายากดภูมิคุ้มกัน ให้เป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน หลังการปลูกถ่ายตับ ซึ่งจะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล โดยเป็นไปตามเงื่อนไขการรับยาและอัตราจ่ายต่อเดือน ดังต่อไปนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราจ่ายต่อเดือน (บาท)
หลังปลูกถ่ายตับ ๑-๖ เดือน	๓๐,๐๐๐
หลังปลูกถ่ายตับ ๗-๑๒ เดือน	๒๕,๐๐๐
หลังปลูกถ่ายตับ ๑๓-๒๔ เดือน	๒๐,๐๐๐
หลังปลูกถ่ายตับ ๒๔ เดือนขึ้นไป	๑๕,๐๐๐

ข้อ ๓๔ การให้บริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตตามข้อ ๒๗ (๔) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวหรือมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต และได้รับการพิจารณารับรองจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษามะเร็งด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตสำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ โดยมีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขบริการสำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ที่กำหนด ดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
มีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๑. Acute myeloid leukemia in remission ๒. Acute lymphoblastic leukemia (ALL) ในระยะ (๑) 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	มีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๑. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute leukemia) ในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission) ๒. มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเรื้อรัง (Chronic myeloid leukemia: CML) (๑) ระยะ Chronic phase ที่ไม่สามารถเข้าถึงยาหรือไม่ตอบสนองต่อยา tyrosine kinase inhibitor หรือ (๒) ระยะ Accelerated phase

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
<p>initial white count more than 300,000/cumm to Intermediate and High Risk Infant ALL</p> <p>(๒) Second Complete remission</p> <p>๓. Lymphoma</p> <p>(๑) 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)</p> <p>(๒) Hodgkin's disease (HD) ชนิด high risk; bulky disease และ stage 4</p> <p>(๓) Relapse / Refractory ทั้ง NHL และ HD ที่เป็น chemosensitive disease</p> <p>(๔) Relapsed or Refractory or familial histiocytosis</p> <p>๔. Chronic myeloid leukemia ในทุกระยะ</p> <p>๕. Myelodysplastic syndrome ไชกระดูกผิดปกติระยะก่อนเป็นมะเร็ง</p> <p>๖. Non malignant diseases</p> <p>(๑) Inborn error of metabolisms ได้แก่</p> <p>(ก) Lysosomal storage diseases ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gaucher disease - Mucopolysaccharidosis ได้แก่ Type I (Hurler), Type II (Hunter), Type VII (Sly) - Niemann-Pick disease - Krabbe's leukodystrophy 	<p>หรือ Blast crisis ที่เข้าสู่ระยะ Chronic phase หรือได้ Complete remission</p> <p>๓. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma)</p> <p>(๑) ในรายที่กลับเป็นอีก (relapse) หรือไม่ตอบสนอง (Refractory) ต่อการให้ยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานขั้นต้น (First line chemotherapy) **</p> <p>(๒) ในรายที่มีความเสี่ยงสูง (ผู้ป่วย B-cell aggressive lymphoma ที่ High risk, High-intermediate risk international prognostic index (IPI), T-cell lymphoma หรือ mantle cell lymphoma) **</p> <p>** หมายถึง : ข้อ (๑) และ (๒) ควรทำในระยะเวลาที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission) หรือระยะที่โรคเข้าสู่ระยะสงบ (Partial remission)</p> <p>๔. มะเร็ง Multiple myeloma</p> <p>๕. ไชกระดูกผิดปกติชนิด Myelodysplastic syndrome ในระยะที่มีบลาสเซลล์มาก หรือ Chronic myelomonocytic leukemia</p> <p>๖. ไชกระดูกผิดปกติชนิดเป็นพังผืด (Myelofibrosis)</p> <p>๗. ไชกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (Severe aplastic anemia) หรือไชกระดูกฝ่อชนิดที่เป็นร่วมกับภาวะ Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (Hypoplastic PNH)</p>

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
<p>(ข) X-linked adrenoleukodystrophy</p> <p>(ค) Osteopetrosis</p> <p>(๒) Primary immune deficiencies ได้แก่ Severe combined immunodeficiency (SCID), Hyper IgM syndrome, Wiskott-Aldrich syndrome, Chronic granulomatous disease</p> <p>(๓) Severe aplastic anemia</p> <p>๗. Thalassemia อายุไม่เกิน 10 ปี ซึ่งมีอาการต่อไปนี้</p> <p>(๑) มีอาการแสดงของโรคตั้งแต่อายุน้อยกว่า ๒ ปี เช่น ซีด ตับ ม้ามโต หน้าตาเปลี่ยนแปลง และเจริญเติบโตช้า</p> <p>(๒) ได้เลือดครั้งแรกตั้งแต่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๔ ปี</p> <p>(๓) จำเป็นต้องได้รับเลือดสม่ำเสมอทุก ๑-๒ เดือน ต่อครั้ง</p> <p>(๔) กรณีผู้ป่วยมี HBsAg Positive หรือ anti-HCV positive ต้องได้รับการรักษาจน viral load negative</p> <p>(๕) กรณีผู้ป่วยมีค่า serum ferritin มากกว่าหรือเท่ากับ 3,000 ng/ml ควรได้รับการประเมินภาวะธาตุเหล็กเกินโดย MRI และมีค่า liver iron concentration < 15 mgFe/gm dry weight รวมทั้ง cardiac T2* อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>	

ข้อ ๓๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตตามข้อ ๓๔ จ่ายแบบเหมาจ่ายโดยครอบคลุมระยะ Pre-transplant และ Post-transplant ดังต่อไปนี้

(๑) กรณี Autologous

(ก) กลุ่มโรค Multiple myeloma จ่ายในอัตรา ๕๐๐,๐๐๐ บาทต่อราย

(ข) กลุ่มโรคอื่น ๆ จ่ายในอัตรา ๗๕๐,๐๐๐ บาทต่อราย

(๒) กรณี Allogeneic related และ Allogeneic unrelated จ่ายในอัตรา ๑,๕๐๐,๐๐๐ บาทต่อราย ค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่งประกอบไปด้วยค่า HLA matching ค่าทำการปลูกถ่ายไขกระดูก ค่ายากดภูมิคุ้มกัน เคมีบำบัด รังสีรักษา ค่ายารักษาโรคติดเชื้อ หรืออาการแทรกซ้อน ในระหว่างการดูแลผู้ป่วย รวมถึงค่าติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา ๑ ปี นับตั้งแต่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการ

ข้อ ๓๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตตามข้อ ๓๕ ให้เป็นไปตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

(๑) งวดที่ ๑ จ่ายร้อยละ ๘๐ ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการแต่ละกรณี โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) ผู้ป่วยต้องได้รับการพิจารณารับรองจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตสำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่

(ข) รายงานผลการดำเนินงานครั้งแรกในโปรแกรมการลงทะเบียนผู้ป่วย ตามขั้นตอนการดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

(๒) งวดที่ ๒ จ่ายร้อยละ ๒๐ ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการแต่ละกรณี โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) หน่วยบริการทำการรักษาผู้ป่วยจนครบตามแผนการรักษา

(ข) หน่วยบริการบันทึกข้อมูลเริ่มการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต และรายงานผลการติดตามหลังให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ๓๐ วัน ให้สำนักงานทราบ ทั้งนี้ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างได้รับการรักษาให้ส่งข้อมูลรายงานผลการรักษาภายใน ๓๐ วัน ให้สำนักงานทราบ

ข้อ ๓๗ การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตตามข้อ ๓๔ หน่วยบริการต้องดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ให้การรักษาผู้ป่วยภายในระยะเวลา ๓ เดือน นับแต่ผู้ป่วยได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

(๒) กรณีผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษาภายในระยะเวลา ๓ เดือน ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเพื่อเข้ารับการพิจารณาจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตสำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่อีกครั้งหนึ่ง

(๓) กรณีผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาได้ไม่ว่ากรณีใดก็ตาม ให้หน่วยบริการแจ้งให้สำนักงานทราบภายในระยะเวลา ๓๐ วัน หลังจากทราบเหตุดังกล่าวเพื่อทำการยกเลิกการเข้าร่วมบริการ

(๔) กรณีผู้ป่วยมีการเปลี่ยนสิทธิหรือเสียชีวิตในระหว่างการให้บริการในงวดที่ ๒ ยังไม่สิ้นสุดตามเงื่อนไขของข้อ ๓๖ (๒) ให้หน่วยบริการแจ้งให้สำนักงานทราบภายใน ๓๐ วัน โดยจะไม่ได้ค่าใช้จ่ายในงวดที่ ๒

(๕) หน่วยบริการต้องติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาเป็นระยะเวลา ๑ ปี หลังจากมีการจำหน่ายผู้ป่วยออก และบันทึกข้อมูลรายงานผลการติดตามผู้ป่วยให้สำนักงานทราบ

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๘ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ และการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย ในกรณีที่ทำให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection ให้หน่วยบริการเบิกผ่านระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS_CKD)มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๙ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด เม็ดโลหิต บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๘ และข้อ ๓๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้ เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๑ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการ เพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔๒ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามรอบที่สำนักงานกำหนด ดังนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔๓ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๔๒ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๔ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๔๓ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๔๕ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมต่าง ๆ ที่มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์และหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยที่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะตามที่สำนักงานกำหนด

(๒) ตรวจพบรายงานผลการดำเนินงานครั้งแรกในโปรแกรมการลงทะเบียนผู้ป่วยตามขั้นตอนการดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

(๓) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการบันทึกข้อมูลเริ่มการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตและรายงานผลการติดตามหลังให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ๓๐ วัน ทั้งนี้ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างได้รับการรักษาให้ส่งข้อมูลรายงานผลการรักษาภายใน ๓๐ วัน ให้สำนักงานทราบ

(๔) ตรวจพบเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีบริการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ หรือการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ

(๕) ตรวจพบแบบบันทึกการผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ

(๖) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามแผนการรักษาที่มีรายละเอียดของการให้บริการตามที่กำหนดในแต่ละแผนการรักษาที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๗) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการติดตามการรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด และหลักฐานการส่งจ่ายยากดภูมิคุ้มกันตามจำนวนเดือนที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๘) ตรวจพบเอกสารหลักฐานตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนกรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

(๙) ตรวจพบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs)

ข้อ ๔๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก

(๓) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๔๕

ข้อ ๔๗ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจข้อ ๔ และข้อ ๓๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ และในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๘ เลขธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“การให้สารเมทาโดนระยะยาว” หมายความว่า การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่น และอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจ

“ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาในการเข้าถึง” หมายความว่า กลุ่มยาบัญชีย จ (๒) กลุ่มยาต้านพิษ และเซรุ่มแก้พิษงู ยา Clopidogrel ยาที่ใช้รักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียและโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ ชนิดรุนแรงมาก และกลุ่มยาอื่นที่สำนักงานกำหนดตามประกาศนี้

“ยาบัญชีย จ (๒)” หมายความว่า รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ ให้เข้าถึงยาได้อย่างสมเหตุสมผลคุ้มค่าและยั่งยืน ซึ่งมีการจัดกลไกกลางเป็นพิเศษในกำกับการใช้ยาภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพ ซึ่งดูแลโดยกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวทางการกำกับการใช้ยาตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด ต้องเป็นรายการบริการ ดังต่อไปนี้

- (๑) การให้สารเมทาโดนระยะยาว ตามหมวด ๑
- (๒) กรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาในการเข้าถึง ตามหมวด ๒

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

การให้สารเมทาโดนระยะยาว

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการสาธารณสุขกรณีการให้สารเมทาโดนระยะยาว ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

- (๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด โดยการให้สารเมทาโดนระยะยาว
- (๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยนอกซึ่งเข้ารับการให้สารเมทาโดนระยะยาว

ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้สารเมทาโดนระยะยาวตามข้อ ๗ จ่ายในอัตราครั้งละ ๓๕ บาทต่อวันต่อราย

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๓ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๒ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๓ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๕ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการวินิจฉัยของแพทย์ในการวินิจฉัยผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น

(๒) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีคำสั่งของแพทย์ในการส่งจ่ายสารเมทาโดนที่มีการระบุช่วงเวลาในการส่งจ่ายสารเมทาโดนตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๓) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการให้บริการ ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๑๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบ เอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๑๕

ข้อ ๑๗ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๒

กรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาในการเข้าถึง

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๘ การให้บริการกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาในการเข้าถึง ต้องเป็นการให้บริการดังต่อไปนี้

(๑) การสั่งจ่ายตามแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชีย จ (๒)

(๒) การสั่งจ่ายตามแนวทางการกำกับการใช้กลุ่มยาอื่น

(๓) การให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยเพื่อสั่งจ่ายยาบัญชีย จ (๒) และกลุ่มยาอื่น

(๔) การให้บริการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย หรือโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนต์ ชนิดรุนแรงมาก

(๕) การให้บริการกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

(๖) การให้บริการยา Clopidogrel

ข้อ ๑๙ การให้บริการการสั่งจ่ายยาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชีย จ (๒) ตามข้อ ๑๘ (๑) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีการสั่งจ่ายยาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชีย จ (๒)

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาบัญชีย จ (๒)

ข้อ ๒๐ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการสั่งจ่ายยาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชีย จ (๒) ตามข้อ ๑๙ จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายเป็นยาหรือเวชภัณฑ์ ตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ทั้งนี้ รายการยา ขอบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้ยาบัญชี จ (๒) ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วย growth hormone deficiency ในทารกแรกเกิดหรือเด็กเล็กอายุน้อยกว่า ๒ ปี ร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสำหรับยา Somatropin โดยอัตราจ่ายเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ และการใช้จ่ายให้เป็นไปตามแนวทางการกำกับการใช้ยา Somatropin หรือ Growth Hormone (GH) ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ

(๓) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายกรณีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียด้วยยา Deferaxirox โดยอัตราจ่ายเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ และแนวทางการกำกับการใช้ยาเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ

(๔) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายกรณีรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early Bleeding Treatment) สำหรับยาแพคเตอร์ VIII และแพคเตอร์ IX ในผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียหรือผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรินด์ ชนิดรุนแรงมาก ตามปริมาณแพคเตอร์ที่ใช้ ตามแนวทางการกำกับการใช้ยา Coagulation factors VIII, Coagulation factor IX และ Factor IX complex แห่งประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามรายการบริการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าแพคเตอร์ ในอัตรา ๒,๔๖๐ บาทต่อปริมาณแพคเตอร์ ๒๕๐ IU

(ข) ค่าแพคเตอร์ ในอัตรา ๔,๙๒๐ บาทต่อปริมาณแพคเตอร์ ๕๐๐ IU หรือ ๖๐๐ IU

(๕) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายกรณีรักษาภาวะเลือดออกรุนแรงจากยาละลายลิ่มเลือดชนิดรับประทาน ด้วยยา 4-factor prothrombin complex concentration โดยแนวทางการกำกับการใช้ยาเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติในอัตรา ดังต่อไปนี้

(ก) ค่า 4-factor prothrombin complex concentration ในอัตรา ๔,๙๒๐ บาทต่อปริมาณยา ๕๐๐ IU

(ข) ค่า 4-factor prothrombin complex concentration ในอัตรา ๕,๙๐๔ บาทต่อปริมาณยา ๖๐๐ IU

ข้อ ๒๑ การให้บริการการส่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้กลุ่มยาอื่นตามข้อ ๑๘ (๒) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีการส่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้กลุ่มยาอื่น

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับกลุ่มยาอื่น

ข้อ ๒๒ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการสั่งใช้กลุ่มยาอื่นตามข้อ ๒๑ จ่ายเป็นยาตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ทั้งนี้ รายการยา ข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้กลุ่มยาอื่นและแนวทางการกำกับกำกับการเบิกจ่ายค่ายากรณี Ribociclib ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๒๓ การให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยเพื่อสั่งใช้ยาบัญชี จ (๒) และกลุ่มยาอื่นตามข้อ ๑๘ (๓) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่กำหนดในข้อ ๒๔

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยเพื่อสั่งยาบัญชี จ (๒) และกลุ่มยาอื่น

ข้อ ๒๔ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยเพื่อสั่งใช้ยาบัญชี จ (๒) และกลุ่มยาอื่นตามข้อ ๒๓ จ่ายตามรายการและอัตราดังต่อไปนี้

(๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยาเกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็งตามรายการบริการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าตรวจวินิจฉัย FISH (Fluorescence in situ hybridization) หรือ DISH (Dual - Color in situ hybridization) เพื่อประกอบการสั่งใช้ยา Trastuzumab หรือยา Ribociclib ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (ICD10 = C50) จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาทต่อเต้านม ๑ เต้า

(ข) ค่าตรวจวินิจฉัย Gene mutation เพื่อประกอบการสั่งใช้ยา Imatinib, Dasatinib และ Nilotinib ในผู้ป่วยมะเร็ง Chronic myeloid leukemia (CML) (ICD10 = C92) จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน ๘,๐๐๐ บาท ต่อปีต่อราย

(ค) ค่าตรวจวินิจฉัย EGFR mutation เพื่อประกอบการสั่งใช้ยา Erlotinib ในผู้ป่วยมะเร็ง Non-small-cell lung carcinoma (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย (ICD10 = C34) อัตราจ่ายเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

(๒) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด และผู้ที่มีอาการหรือสงสัยว่าตับอักเสบบีจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เพื่อประกอบการสั่งใช้ยา Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือยา Ribavirin สำหรับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(ก) การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ

(ข) การตรวจติดตามผลภายหลังการรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีด้วยยา Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือยา Ribavirin ด้วยวิธี HCV core antigen หรือ HCV RNA (qualitative method หรือ quantitative method) เป็นไปตามแนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ที่กรมควบคุมโรคกำหนด และอัตราจ่ายเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

(ค) การตรวจประเมินภาวะความรุนแรงของโรคตับ สำหรับผู้รับบริการที่จำเป็นต้องได้รับยารักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ด้วยวิธีการคำนวณ (APRI score หรือ FIB-4 score) หรือการตรวจ transient elastography หรือการตรวจ fibro marker panel จ่ายชดเชยในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อคนต่อปี

ข้อ ๒๕ การให้บริการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนต์ ชนิดรุนแรงมากตามข้อ ๑๘ (๔) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย หรือโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนต์ ชนิดรุนแรงมาก

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนต์ ชนิดรุนแรงมาก ซึ่งเป็นอันตรายถึงพิการหรือเสียชีวิต หรือต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน ตามแนวทางการกำกับค่าใช้จ่าย Coagulation factors (Factor VIII concentrate, Factor IX concentrate และ Factor IX complex) ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ

ข้อ ๒๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนต์ ชนิดรุนแรงมาก ซึ่งเป็นอันตรายถึงพิการหรือเสียชีวิต หรือต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉินตามข้อ ๒๕ จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน ๑๕๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ในการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย

(๒) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน ๓๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ในการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพิ่มเติมจากระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อ ๒๗ การให้บริการกลุ่มยาด้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงูตามข้อ ๑๘ (๕) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการกลุ่มยาด้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

(๒) เป็นให้บริการแก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

ข้อ ๒๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงูตามข้อ ๒๗ จ่ายเป็นยาตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษให้แก่หน่วยบริการที่มีการส่งใช้ยา เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๒๙ การให้บริการยา Clopidogrel ตามข้อ ๑๘ (๖) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการยา Clopidogrel

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยา Clopidogrel เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ

ข้อ ๓๐ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการยา Clopidogrel 75 mg ตามข้อ ๒๙ จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายโดยอัตราจ่ายเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ และแนวทางการกำกับค่าใช้จ่าย เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และเพิ่มเติมจากระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) กรณีผู้ป่วยใน

ข้อ ๓๑ กรณีที่สำนักงานไม่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเป็นยาตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษได้ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามอัตราที่จัดทำได้ตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ หรือกรณีที่ยาตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ เกิดการขาดครวตามมติคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ให้จ่ายค่าใช้จ่ายตามอัตราที่หน่วยบริการจัดหาได้ ณ ช่วงเวลาที่เกิดการขาดครวตามที่กำหนด

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๒ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือยา หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

(๑) ยาบัญชี จ (๒) และกลุ่มยาอื่น

(ก) กรณีจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นยาหรือตามอัตราที่จัดทำได้ตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ หรือตามอัตราที่หน่วยบริการจัดหาได้ ณ ช่วงเวลาที่เกิดการขาดครว ตามเงื่อนไขที่ระบุในประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ (๒) หรือระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

(ข) กรณีจ่ายยาสำรอง (initial stock) ให้หน่วยบริการแจ้งหนังสือแสดงความประสงค์ขอสำรองยาในครั้งแรกหรือการขอสำรองยาเพิ่มเติมและแนบเอกสารผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ (๒)

(ค) กรณีจ่ายยา Ribociclib ให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพตามแนวทางการกำกับการเบิกจ่ายค่ายาในเอกสารหมายเลข ๒ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่จะสั่งใช้ยาในระบบตรวจสอบก่อนการใช้ยา Ribociclib โรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย สิทธิหลักประกันสุขภาพ (<https://ocpa.nhso.go.th>) เมื่อผู้ป่วยได้รับการอนุมัติจากสำนักงานแล้ว หน่วยบริการจึงจะสามารถบันทึกและส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ (๒) เพื่อเบิกจ่ายยาตามโครงการพิเศษได้ โดยจะไม่มีสำรองยา

(๒) การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยเพื่อสั่งใช้ยาบัญชี จ (๒) และกลุ่มยาอื่นตามข้อ ๒๔ (๒) (ข) และข้อ ๒๔ (๒) (ค) ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

(๓) กรณีจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ ชนิดรุนแรงมาก ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการรักษารักษาการให้บริการแพ็คเกจผ่านโปรแกรมบริหารจัดการโรคเฉพาะ (DMIS)

(๔) กลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนยาผ่านโปรแกรมระบบยาในกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษ

(๕) กรณียา Clopidogrel ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๓ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๒ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๔ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๓๕ การให้บริการสาธารณสุขกรณียาบัญชี จ (๒) กลุ่มยาอื่น และกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษให้เป็นไปตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนยาภายในระยะเวลา ๙๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ให้บริการ กรณีหน่วยบริการส่งข้อมูลล่าช้ากว่าวันที่กำหนด ให้หน่วยบริการจัดทำหนังสือแจ้งสำนักงานเพื่อพิจารณาจ่ายยาตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

(๒) การสนับสนุนยาตามรายการยาในเอกสารหมายเลข ๑ เอกสารหมายเลข ๒ และเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้ ประมวลผลจ่ายตามข้อมูลที่บันทึกผ่านโปรแกรมระบบบัญชียาทุกวัน โดยประมวลผลเฉพาะรายการที่ผ่านเงื่อนไขในโปรแกรม แล้วส่งข้อมูลไปยังระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม

(๓) กรณียาบัญชี จ (๒) และกลุ่มยาอื่น ยกเว้นกรณียา Ribociclib ให้หน่วยบริการจัดให้มีการขออนุมัติและกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาภายในหน่วยบริการก่อนการใช้ยา ยกเว้นผู้รับบริการด้วยอาการฉุกเฉินให้มีการขออนุมัติและกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาภายในหน่วยบริการหลังการใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยาตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ

(๔) กรณียา Ribociclib จะต้องได้รับการอนุมัติจากสำนักงานผ่านระบบตรวจสอบก่อนการใช้ยา Ribociclib โรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย สิทธิหลักประกันสุขภาพ (<https://ocpa.nhso.go.th/>) ก่อนวันที่มีการสั่งใช้ยา

ข้อ ๓๖ การให้บริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียและผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิบรันด์ ชนิดรุนแรงมาก สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการเป็นเงิน หรือจ่ายเป็นยาแพคเตอร์ VIII เมื่อหน่วยบริการที่รับการส่งต่อบันทึกข้อมูลการรักษาการให้บริการแพคเตอร์ (แพทย์ผู้ทำการรักษาจะต้องจ่ายแพคเตอร์ให้ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย ในทุกกลุ่มอายุและทุกระดับอาการตามที่ระบุไว้ในแผนการรักษา) และการตรวจติดตามผู้ป่วยในโปรแกรม DMIS โดยหน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วย และสำนักงานมีสิทธิขอตรวจประวัติการรักษาเพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลหลังการรักษาในกรณีมีข้อขัดแย้งหรือข้อบ่งชี้ว่าการรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นเงิน สำนักงานจะดำเนินการสรุปข้อมูลการให้บริการเพื่อประมวลผลข้อมูลทุกสิ้นเดือนและจ่ายค่าใช้จ่ายภายในเดือนถัดไป

(๒) กรณีจ่ายเป็นยาแพคเตอร์ VIII สำนักงานจะดำเนินการสรุปข้อมูลการให้บริการเพื่อประมวลผลข้อมูลตามที่สำนักงานกำหนดและจ่ายเป็นยาให้หน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการไม่ต้องบันทึกข้อมูลค่ายาแพคเตอร์ VIII ในโปรแกรมจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นเงินในระบบ DMIS)

ข้อ ๓๗ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๘ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๓๗ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๙ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๘ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๔๐ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) กรณียาบัญชี จ (๒) และกลุ่มยาอื่น

(ก) ตรวจสอบพบหลักฐานเวชระเบียนการวินิจฉัยโรค และการรักษาที่มีเงื่อนไขตามแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชี จ (๒) แห่งประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือแนวทางการกำกับเบิกจ่ายค่ายาที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้ ตามรายการยาที่หน่วยบริการขอสนับสนุน

(ข) ตรวจสอบพบหลักฐานการสั่งยาของแพทย์ผู้ทำการรักษา ที่ระบุชื่อยาและขนาดยารวมทั้งหลักฐานการบริหารยาบัญชี จ (๒) หรือกลุ่มยาอื่น ตามรายการยาที่หน่วยบริการขอสนับสนุน ตรวจสอบพบเอกสารกำกับการใช้ยาบัญชี จ (๒) หรือกลุ่มยาอื่นที่ได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจในการอนุมัติการใช้ยา

(๒) หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยเพื่อสั่งใช้ยาบัญชี จ (๒) หรือกลุ่มยาอื่น พบรายงานผลที่เป็น official report การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยเพื่อสั่งใช้ยาบัญชี จ (๒) หรือกลุ่มยาอื่น ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ซึ่งมีข้อบ่งชี้การส่งตรวจตามเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

(๓) กรณีผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียและผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ ชนิดรุนแรงมาก

(ก) พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่พบการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียที่ระบุความรุนแรงของโรค หรือผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนต์ ชนิดรุนแรงมาก รวมทั้งมีหลักฐานทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุนการวินิจฉัย

(ข) พบเอกสารหลักฐานการส่งจ่ายแพคเตอร์เข้มข้น และการบริหารยาในการรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early bleeding treatment) ตามจำนวนแพคเตอร์เข้มข้นที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(ค) ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรง ต้องพบเอกสารหลักฐานที่สนับสนุนภาวะเลือดออกรุนแรง หรือความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉิน

๑) ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรงแบบผู้ป่วยใน จะต้องพบหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ทำการรักษาและการส่งจ่ายแพคเตอร์เข้มข้น

๒) ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรงแบบผู้ป่วยนอก จะต้องพบหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ทำการรักษาและการส่งจ่ายแพคเตอร์เข้มข้น

(๔) กลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

(ก) พบหลักฐานเวชระเบียนการวินิจฉัยโรคและการรักษา ที่มีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการยาของหน่วยบริการ ตามรายการยาที่หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่ายหรือขอสนับสนุนยา

(ข) พบหลักฐานการสั่งยาของแพทย์ผู้ทำการรักษา ที่ระบุชื่อยาและขนาดยา รวมทั้งหลักฐานการบริหารยา ตามรายการยาที่หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่ายหรือขอสนับสนุนยา

(๕) กรณียา Clopidogrel

(ก) พบหลักฐานเวชระเบียนการวินิจฉัยโรค และการรักษาที่มีข้อบ่งชี้ตามแนวทางการกำกับการใช้ยาแห่งประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามรายการยาที่หน่วยบริการขอสนับสนุน

(ข) พบหลักฐานการสั่งยา Clopidogrel ของแพทย์ผู้ทำการรักษา ที่ระบุจำนวนยาที่สั่งจ่าย

ข้อ ๔๑ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๔๐

ข้อ ๔๒ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๔๓ การให้บริการสาธารณสุข กรณียา Sofosbuvir + Velpatasvir ยา Ribavirin ยา Ceftazidime + Avibactam และยา Rituximab ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘ ซึ่งเป็นวันที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติจนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากการให้บริการดังกล่าว

ข้อ ๔๔ การให้บริการสาธารณสุข กรณียา Linezolid ยา Clofazimine ยา Voriconazole ยา Botulinum A toxin ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) และยา Vedolizumab ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ซึ่งเป็นวันที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติจนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากการให้บริการดังกล่าว

ข้อ ๔๕ การให้บริการสาธารณสุข กรณียา 4-factor prothrombin complex concentration ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ซึ่งเป็นวันที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติจนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากการให้บริการดังกล่าว

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการยา ข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้ยาบัญชี จ (๒)

ลำดับ	รายการยา	ข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้ยา
๑	Adalimumab (เฉพาะ sterile solution 40 mg/0.8 ml และ 20 mg/0.4 mL)	๑. โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (Psoriatic arthritis) (เฉพาะ 40 mg/0.8 ml) ๒. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis) (เฉพาะ 40 mg/0.8 ml) ๓. โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดไม่มีอาการทางระบบ (non-systemic juvenile idiopathic arthritis; Non-sJIA) (เฉพาะ 40 mg/0.8 ml และ 20 mg/0.4 ml)
๒	Antithymocyte globulin ชนิด rabbit (ATG)	ภาวะเลือดจางเหตุไขกระดูกฝ่อ ชนิดรุนแรง (severe aplastic anaemia)
๓	Bevacizumab	๑. โรคจุดภาพชัดจอตาเสื่อมเหตุสูงวัยแบบเปียกที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ ไต้อยู่บ่มจอตา (Wet form of subfoveal, juxtafoveal choroidal neovascularization (CNV) due-to aged related macular degeneration) (AMD) ๒. โรคศูนย์กลางจอตาบวมจากเบาหวาน (Diabetic Macular Edema: DME) ๓. โรคหลอดเลือดดำที่จอตาอุดตันที่มีศูนย์กลางจอตาบวม (Retinal Vein Occlusion with Macular Edema: RVO) ๔. โรคจอตาผิดปกติในเด็กเกิดก่อนกำหนด (Retinopathy of Prematurity: ROP) ๕. โรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อหุ้ม, มะเร็งเยื่อหุ้มท่อนำไข่, มะเร็งเยื่อหุ้มช่องท้องชนิดปฐมภูมิ ระยะลุกลาม (ระยะที่ IV) หรือระยะที่ IIIB-IIIC ที่ได้รับการผ่าตัดแล้วมีขนาดก้อนเหลือมากกว่า ๑ เซนติเมตร
๔	Bortezomib	โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดมัลติโพลมาที่เข้าเงื่อนไขการปลูกถ่ายไขกระดูก (transplanted candidate multiple myeloma)
๕	Botulinum A toxin (เฉพาะ sterile powder 100 IU และ 500 IU)	๑. โรคคอบิด (Cervical dystonia) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) ๒. โรคใบหน้ากระตุกครึ่งซีก (Hemifacial spasm) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) ๓. โรค Spasmodic Dysphonia ๔. โรค Blepharospasm
๖	Ceftazidime + Avibactam (เฉพาะ sterile powder 2 g + 500 mg)	การติดเชื้อ carbapenem-resistant Enterobacteriaceae ที่ไวต่อยา ceftazidime + avibactam ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยา colistin ได้
๗	Clofazimine	โรคติดเชื้อ Non-tuberculous mycobacteria (NTM)
๘	Cysteamine bitartrate	รักษาโรค Nephropathic Cystinosis

ลำดับ	รายการยา	ข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้ยา
๙	Dasatinib (เฉพาะ tablet 50 mg และ 70 mg)	๑. ใช้ในผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia (CML) ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ imatinib และ nilotinib ได้ ๒. ใช้เป็น second-line treatment โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดลิมโฟอัยด์ Acute lymphoblastic leukemia (ALL) ที่มี Ph+
๑๐	Erlotinib (เฉพาะ tablet 150 mg)	โรคมะเร็งปอด ชนิด Non-small-cell lung carcinoma (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจายที่มีผลตรวจการกลายพันธุ์ของยีน epidermal growth factor receptor (EGFR) เป็นบวก
๑๑	Factor VIII	โรคเลือดออกง่าย (Hemophilia ชนิด A) และวอนวิลลิแบรนต์
๑๒	Factor IX	โรคเลือดออกง่าย (Hemophilia ชนิด B)
๑๓	Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)	๑. โรคคาวาซากิระยะเฉียบพลัน (Acute phase of Kawasaki disease) ๒. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (Primary immunodeficiency diseases) ๓. โรค Immune thrombocytopenic ชนิดรุนแรง ๔. โรค Autoimmune hemolytic anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอนของมาตรฐานการรักษา และมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ๕. กลุ่มอาการ Guillain-Barre' syndrome ที่มีอาการรุนแรง ๖. โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต (Myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis) ๗. โรค Pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน ๘. โรค Hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) ๙. โรค Dermatomyositis (กรณี Secondary treatment) ๑๐. โรค Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy (CIDP) ๑๑. โรคระบบประสาทสั่งการอักเสบหลายตำแหน่ง (multifocal motor neuropathy with conduction block; MMN) ๑๒. โรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกัน (autoimmune encephalitis; AE) ๑๓. โรค Autoimmune myositis ชนิด necrotizing autoimmune myopathy

ลำดับ	รายการยา	ข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้ยา
๑๔	Imatinib mesylate (เฉพาะ tablet 100 mg และ 400 mg)	๑. โรค Chronic myelogenous leukemia (CML) ๒. โรค Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) ระยะลุกลาม หรือมีการกระจายของโรค ๓. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดลิมโฟอัยต์ acute lymphoblastic leukemia (ALL) ที่มี Ph+
๑๕	Imiglucerase	โรค Gaucher's disease type 1
๑๖	Infliximab (เฉพาะ sterile powder 100 mg)	๑. โรค Crohn's disease (CD) ๒. โรค Ulcerative colitis (UC) ๓. โรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึด (Ankylosing spondylitis)
๑๗	Lacosamide	ภาวะ refractory status epilepticus ที่ไม่ตอบสนองต่อยาชักพื้นฐานอย่างน้อย ๓ ชนิด
๑๘	Leuprorelin acetate (เฉพาะ sterile powder 11.25 mg)	ภาวะที่เป็นหนุ่มสาวก่อนวัย (Central (Gonadotrophin dependent) precocious puberty)
๑๙	Linezolid	๑. โรคติดเชื้อดื้อยาในกลุ่ม Methicillin resistant S. aureus (MRSA) ๒. โรคติดเชื้อ Vancomycin Resistant Enterococci (VRE) ๓. โรคติดเชื้อ Non-tuberculous mycobacteria (NTM)
๒๐	Liposomal amphotericin B	ใช้รักษา invasive fungal infections (ยกเว้น aspergillosis) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยา conventional amphotericin B ได้
๒๑	Micafungin sodium (เฉพาะ sterile powder 50 mg)	ใช้รักษา invasive candidiasis ที่ดื้อต่อยา fluconazole หรือไม่สามารการใช้ conventional amphotericin B ได้
๒๒	Nilotinib (เฉพาะ capsule 200 mg)	ใช้เป็น second-line treatment สำหรับโรค Chronic myelogenous leukemia (CML)
๒๓	Octreotide acetate (เฉพาะ sterile powder ชนิดออกฤทธิ์สั้น 20 mg/vial และ 30 mg/vial)	๑. Acromegaly ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเนื้องอกหรือฉายแสงแล้ว ระดับ GH และ IGF สูง ๒. ใช้ในผู้ป่วย Thyrotropin secreting pituitary adenoma
๒๔	Posaconazole (เฉพาะ tablet 100 mg)	รักษาผู้ป่วยติดเชื้อราไมวโคโมโคสิส (Invasive mucormycosis) ที่ไม่ตอบสนอง หรือไม่ทนต่อยา amphotericin B
๒๕	Rituximab	๑. โรค Non-Hodgkin lymphoma ชนิด diffuse large B-cell (DLBCL) ในเด็กและผู้ใหญ่ ๒. โรค Neuromyelitis optica spectrum disorder (NMOSD) ๓. โรคเส้นประสาทอักเสบเรื้อรัง (refractory chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy) ๔. โรคมัยแอสตีเนียเกรวิสระดับรุนแรง (severe myasthenia gravis) ๕. โรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ (autoimmune encephalitis)

ลำดับ	รายการยา	ข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้ยา
		๖. โรคกล้ามเนื้อเน่าจากภูมิคุ้มกัน (necrotizing autoimmune myopathy) ๗. โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งชนิดกลับเป็นซ้ำ (relapsing remitting multiple sclerosis) ๘. โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองนอนฮอดจ์กิน ชนิดฟอลลิเคิลระยะลุกลาม (advanced-stage follicular non-Hodgkin lymphoma) ๙. โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดเบอร์กิต (Burkitt lymphoma) ๑๐. โรคหลอดเลือดอักเสบแอนติบอดี (Antineutrophil Cytoplasmic Antibody; ANCA-associated vasculitis) ๑๑. กลุ่มอาการโปรตีนรั่วในปัสสาวะที่ไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic nephrotic syndrome; INS) ในเด็ก ๑๒. โรคหน่วยไตอักเสบ focal segmental glomerulosclerosis, primary minimal change disease และ IgM nephropathy ๑๓. โรคลูปัสชนิดรุนแรงที่ไม่มีอาการไตอักเสบ (refractory severe non-renal manifestations of SLE) ๑๔. โรคผิวหนังและกล้ามเนื้ออักเสบ (dermatomyositis) ๑๕. โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองนอนฮอดจ์กิน (non-Hodgkin lymphoma) ชนิด small lymphocytic lymphoma และ chronic lymphocytic leukemia ๑๖. โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองนอนฮอดจ์กิน (non-Hodgkin lymphoma) ชนิด marginal zone lymphoma ๑๗. โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองนอนฮอดจ์กิน (non-Hodgkin lymphoma) ชนิด Lymphoplasmacytic lymphoma ๑๘. โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองนอนฮอดจ์กิน (non-Hodgkin lymphoma) ชนิด mantle cell lymphoma
๒๖	Sapropterin (BH4)	๑. สำหรับวินิจฉัยและรักษาโรค Tetrahydrobiopterin (BH4) deficiency ๒. สำหรับวินิจฉัยและรักษาโรค Phenylketonuria (PKU)
๒๗	Thyrotropin alfa	โรค Well differentiated thyroid cancer (Papillary and/or Follicular thyroid carcinoma)
๒๘	Tocilizumab (เฉพาะ sterile solution 80 mg/4ml)	รักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ ชนิด Systemic (Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis: SJIA)
๒๙	Trastuzumab (เฉพาะ sterile powder 150 mg และ 440 mg)	๑. โรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่มี HER2 receptor เป็นบวก

ลำดับ	รายการยา	ข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้ยา
		๒. โรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่มีขนาดของก้อนมากกว่า ๒ เซนติเมตร ยังไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ และผลการตรวจตัวรับ ฮอโมนเป็นลบ (T>2, node negative, ER/PR negative) ๓. โรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่มี HER2 receptor เป็นบวก และมีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ หรือมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง บริเวณรักแร้ โดยใช้เป็นการรักษาเสริมก่อนการผ่าตัด (neoadjuvant therapy)
๓๐	Triptorelin pamoate (เฉพาะ sterile powder 11.25 mg)	รักษาภาวะ Central (Gonadotrophin dependent) precocious puberty
๓๑	Voriconazole (tab, sterile powder)	๑. ใช้รักษา invasive aspergillosis ๒. ใช้รักษา invasive fungal infection จากเชื้อ Fusarium spp., Scedosporium spp. และ Trichosporon spp. ๓. ใช้ป้องกัน invasive fungal infection ในผู้ป่วย acute myeloid leukemia ที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้ยาเคมีบำบัด
๓๒	Vedolizumab	๑. โรค Crohn's disease (CD) ที่ไม่สามารถใช้ยา Infliximab ได้ ๒. โรค Ulcerative colitis (UC) ที่ไม่สามารถใช้ยา Infliximab ได้

หมายเหตุ : แนวทางการกำกับการใช้ยาให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับ
 บัญชียาหลักแห่งชาติ

รายการยา ข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้กลุ่มยาอื่น

ลำดับ	รายการยา	ข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้ยา
๑	Docetaxel (sterile sol)	<p>๑. ใช้ร่วมกับ cyclophosphamide ในการรักษาเสริมสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่มีปัญหาโรคหัวใจ หรือเคยได้รับยา doxorubicin แล้ว</p> <p>๒. ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามหลังจากได้รับ doxorubicin และ paclitaxel แล้ว หรือ มีปัญหาโรคหัวใจ</p> <p>๓. ใช้เป็น second-line drug สำหรับโรคมะเร็งปอด ชนิด non-small cell ระยะลุกลาม</p> <p>๔. ใช้สำหรับมะเร็งต่อมลูกหมากระยะแพร่กระจาย</p> <p>๕. ใช้เป็นยาขนานที่สองในการรักษามะเร็งเนื้อเยื่ออ่อนระยะแพร่กระจาย หรือผ่าตัดไม่ได้ ที่เคยได้ยากกลุ่ม anthracycline และ ifosfamide มาแล้วโดยให้ร่วมกับ gemcitabine</p> <p>๖. ใช้เป็นการรักษาเสริมก่อนการผ่าตัดหรือรังสีรักษา สำหรับมะเร็งศีรษะและลำคอ ระยะลุกลามเฉพาะที่ (ระยะที่ III และ IV) ที่ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่บริเวณอื่น</p> <p>๗. ใช้ในการรักษาเสริมในมะเร็งเต้านมระยะแรกหลังผ่าตัด โดยให้ร่วมกับ ยา Cyclophosphamide ในผู้ป่วย Triple negative ที่มีขนาด ๐.๕ เซนติเมตรขึ้นไป ที่ไม่มีหรือมีการกระจายในต่อมน้ำเหลือง ได้รักรั้วไม่เกิน ๓ ต่อม</p>
๒	Emicizumab (sterile sol)	ป้องกันอาการเลือดออกในผู้ป่วยฮีโมฟีเลียเอ ที่ไม่มีและมีสารต้าน
๓	Letrozole (เฉพาะ tablet 2.5 mg)	โรคมะเร็งเต้านมที่มี HER 2 receptor เป็นบวก
๔	Pemetrexed (sterile powder)	รักษาโรคมะเร็งเยื่อหุ้มปอดชนิดที่ไม่สามารถผ่าตัดออกไปได้
๕	Ribavirin (เฉพาะ 200 mg)	ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทุกสายพันธุ์ ร่วมกับ Sofosbuvir + Velpatasvir
๖	Ribociclib (เฉพาะ tablet 200 mg)	โรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม หรือระยะแพร่กระจาย ชนิด postmenopausal HR+/HER2-
๗	Sofosbuvir + Velpatasvir (เฉพาะ tablet 400 mg + 100 mg)	โรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทุกสายพันธุ์

หมายเหตุ : ๑. แนวทางการกำกับการใช้ยาให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ

๒. กรณีการใช้ยา Docetaxel (sterile sol) ยา Letrozole (เฉพาะ tablet 2.5 mg) หรือยา Pemetrexed (sterile powder) ให้แนวทางการรักษาเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอโมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร

แนวทางการกำกับการเบิกจ่ายค่ายากรณียา Ribociclib

ข้อบ่งใช้ : สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามหรือระยะแพร่กระจาย ชนิด postmenopausal hormone receptor positive(HR+)/human epidermal growth factor receptor 2 negative (HER2-)

๑. ระบบอนุมัติการใช้ยา

- ๑.๑ หน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตาม ๒. บันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยา ribociclib ตามความเป็นจริง ผ่านระบบตรวจสอบก่อนการใช้ยา ribociclib ในโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย สิทธิหลักประกันสุขภาพ (<https://ocpa.nhso.go.th/>)
- ๑.๒ เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอนุมัติให้หน่วยบริการใช้ยา ribociclib แก่ผู้ป่วยแล้ว ให้หน่วยบริการ บันทึกและส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ (๒) เพื่อเบิกจ่ายยา ribociclib
- ๑.๓ หน่วยบริการบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มกำกับการใช้ยา ribociclib เพื่อขอต่ออายุการเบิกยา หรือหยุดการใช้ยาในระบบตรวจสอบก่อนการใช้ยา ribociclib โรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายสิทธิหลักประกันสุขภาพ (<https://ocpa.nhso.go.th/>)

๒. คุณสมบัติของหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ระยะลุกลาม หรือระยะแพร่กระจาย ชนิด postmenopausal HR+/HER2- โดยแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรแพทย์มะเร็งวิทยา สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา หรือสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา

๓. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

เป็นแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา สาขารังสีรักษา และมะเร็งวิทยา หรือสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา ซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยบริการตาม ๒.

๔. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

- ๔.๑ ใช้ร่วมกับยากลุ่ม aromatase inhibitor (AI) ได้แก่ letrozole หรือ anastrozole เป็นยาขนานแรก ในโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม (หรือระยะแพร่กระจาย) หรือเป็นยาขนานที่สองภายหลังล้มเหลว จากยา tamoxifen โดยผู้ป่วยต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้
 - ๔.๑.๑ อยู่ในภาวะหมดประจำเดือน (post menopause) ซึ่งหมายถึง
 - (๑) ผู้ป่วยหมดประจำเดือนตามธรรมชาติก่อนการเกิดมะเร็งเต้านมมานานมากกว่า ๑ ปี และมีระดับของ FSH และ estradiol ว่าอยู่ในภาวะหมดประจำเดือนจริง หรือ
 - (๒) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกทั้งหมด หรือ
 - (๓) ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ทั้งนี้ การหมดประจำเดือนหลังการผ่าตัดเอามดลูกออก หรือหลังจากการให้เคมีบำบัดไม่จัดเป็นภาวะหมดประจำเดือนตามแนวทางฯ นี้
 - ๔.๑.๒ ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพร่างกายที่แข็งแรง คือ มี Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ตั้งแต่ ๐ ถึง ๑

ตารางที่ ๑ ECOG performance status scale

scale	Description of scale
0	asymptomatic normal activity
1	symptomatic; ambulatory able to carry out activity of daily living
2	symptomatic; in bed less than 50% of the day occasionally need nursing care
3	symptomatic; in bed more than 50% of the day need nursing care
4	bed ridden may need hospitalization

๔.๒ ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยได้รับ adjuvant hormonal therapy ด้วยยาในกลุ่ม aromatase inhibitor เช่น letrozole, anastrozole, exemestane ต้องมีการกลับเป็นซ้ำของโรคหลังจากที่หยุดยาในกลุ่ม aromatase inhibitor เป็นระยะเวลามากกว่า ๑ ปี

๕. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเพื่อเบิกจ่ายยา

- ๕.๑ มีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย ร่วมกับการตรวจพบ estrogen receptor (ER) หรือ progesterone receptor (PR) เป็นบวกมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 (HR+) และผลตรวจ human epidermal growth factor receptor 2 เป็นลบ (HER2-)
- ๕.๒ มี measurable disease according to RECIST criteria หรือ one predominant lytic bone lesion
- ๕.๓ กรณีของ evaluable disease เช่น bone scan พบ increase uptake โดยไม่พบ lytic lesion, pleural effusion, small lung nodule(s) ควรมีหลักฐานอื่น ๆ สนับสนุนว่าเป็นการกระจายของโรคจริง
- ๕.๔ ไม่มี visceral crisis เช่น lymphangitic spread, extensive liver metastasis, symptomatic lung metastasis, rapidly progressive metastasis ซึ่งควรพิจารณาใช้ยาเคมีบำบัด

๖. ข้อห้ามการใช้ยา ribociclib

- ๖.๑ ผู้ป่วยที่เคยได้รับยาเคมีบำบัดในการรักษามะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายมาก่อน (รวมถึงกรณีที่ต้องสนองดีต่อยาเคมีบำบัด และต้องการให้ hormonal therapy ต่อ)
- ๖.๒ ผู้ป่วยที่เคยได้รับและไม่ตอบสนองต่อยาด้านฮอร์โมนในระยะแพร่กระจายมาแล้ว (ยกเว้นไม่ตอบสนองต่อยา tamoxifen มาแล้วชานเดียว)
- ๖.๓ ผู้ป่วยมี significant comorbidities ที่การรักษาไม่สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต แต่ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยา เช่น ผู้ป่วย severe dementia with bed ridden, life expectancy ต่ำกว่า ๓ เดือน

๗. ขนาดยาและวิธีการให้ยา

๗.๑ ขนาดยา ๔๐๐-๖๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน จำนวน ๒๑ วัน และพัก ๗ วัน นับเป็น ๒๘ วันต่อรอบของการใช้ยา
ในกรณีที่มีผลข้างเคียงจากยาแพทย์ผู้รักษาสามารถพิจารณาขนาดยาตามสมควร
หมายเหตุ : เกณฑ์การเบิกยา ribociclib ปริมาณการเบิกยา ครั้งละ ๑ เดือน ใน ๖ เดือนแรก และไม่เกิน
ครั้งละ ๒ เดือน ในครั้งต่อ ๆ ไป

๘. การประเมินระหว่างการรักษา

๘.๑ ประเมินสภาพผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพทุก ๑ เดือน เป็นเวลา ๓ เดือน และทุก ๒ เดือนในเวลาต่อมา
มีบันทึกอาการ การตรวจร่างกาย ประเมินปัญหาของผู้ป่วย และผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา
๘.๒ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, electrolyte, LFT, EKG ก่อนเริ่มการใช้ยา และติดตาม
ผลข้างเคียงเป็นระยะตามเอกสารกำกับยา หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางคลินิก
๘.๓ ประเมินผลการรักษาทุก ๓-๔ เดือนเพื่อใช้ในการขออนุมัติการเบิกจ่ายยาครั้งต่อไป

๙. เกณฑ์การหยุดยา

๙.๑ ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาเป็น progressive disease
๙.๒ เกิดผลข้างเคียงจากยาที่รุนแรง (ระดับ ๓-๔) ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตาม common terminology
criteria for adverse events grade and clinical severity (CTCAE)

ตารางที่ ๒ common terminology criteria for adverse events grade and clinical severity

grade	clinical severity
1	Mild; asymptomatic or mild symptoms; clinical or diagnostic observations only; intervention not indicated
2	Moderate; minimal, local or non-invasive intervention indicated; limiting aged-appropriate instrument ADL
3	Severe or medically significant but not immediately life-threatening; hospitalization or prolongation of hospitalization indicated; disabling; limiting self-care ADL
4	Life-threatening consequences; urgent intervention indicated
5	Death related to adverse event

๑๐. เอกสารประกอบการตรวจสอบ

- ๑๐.๑ สำเนาเวชระเบียนตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย บันทึกผู้ป่วยนอกที่ระบุ
เป้าหมายของการรักษาและแผนการรักษา รวมถึงรายการยาที่วางแผนจะให้กับผู้ป่วย บันทึกการผ่าตัด
และหัตถการที่เกี่ยวข้อง
- ๑๐.๒ รายงานผลทางพยาธิวิทยาทั้งหมด
- ๑๐.๓ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ๑๐.๔ รายงานผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยโดยรังสีแพทย์

รายการยาและข้อบ่งใช้ในกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู การสนับสนุนยาประกอบด้วย ๑๖ รายการ

ลำดับ	รายการยา	ข้อบ่งใช้
๑	Dimercaprol inj.	ใช้รักษาพิษจากโลหะหนัก ได้แก่ Arsenic, Gold, Mercury, Lead, Copper
๒	Sodium nitrite inj.	Cyanide Poisoning, Hydrogen Sulfide
๓	Sodium thiosulfate inj.	Cyanide Poisoning
๔	Methylene blue inj.	Methemoglobinemia, Toxic Encephalopathy
๕	Diphtheria antitoxin inj.	ใช้รักษาโรคคอตีบจาก Diphtheria Toxin
๖	Calcium disodium edentate inj.	ใช้รักษาพิษจากโลหะหนัก
๗	Succimer Cap.	ใช้รักษาภาวะพิษจากตะกั่ว
๘	Diphenhydramine inj.	ใช้บำบัดภาวะ Dystonia จากยา
๙	Botulinum Antitoxin inj.	ใช้รักษาพิษจาก Botulinum Toxin
๑๐	เซรุ่มต้านพิษงูเห่า	แก้พิษงูเห่า
๑๑	เซรุ่มต้านพิษงูเขียวหางไหม้	แก้พิษงูเขียวหางไหม้
๑๒	เซรุ่มต้านพิษงูแมวเซา	แก้พิษงูแมวเซา
๑๓	เซรุ่มต้านพิษงูกะปะ	แก้พิษงูกะปะ
๑๔	เซรุ่มต้านพิษงูทับสมิงคลา	แก้พิษงูทับสมิงคลา
๑๕	เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบเลือด	แก้พิษงูที่มีพิษต่อระบบเลือด
๑๖	เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบประสาท	แก้พิษงูที่มีพิษต่อระบบประสาท

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีที่ต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่ต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่ต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความใน (๔) ของข้อ ๑๘ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่ต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๔) การให้บริการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย หรือโรคเลือดออกง่ายที่มีตัวยับยั้ง factor VIII, IX, XI ที่เกิดขึ้นภายหลัง (acquired hemophilia A) หรือโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรินด์ชนิดรุนแรงมาก”

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความใน (๔) ของข้อ ๒๐ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่ต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๔) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายกรณีรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (early bleeding treatment) สำหรับยาแฟคเตอร์ VIII หรือแฟคเตอร์ IX ในผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย หรือผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรินด์ชนิดรุนแรงมาก ตามแนวทางการกำกับการใช้ยา Coagulation factors VIII, Coagulation factor IX และ Factor IX complex แห่งประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ กรณีการใช้ยาดังกล่าวเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในขนาดต่ำ (low dose prophylaxis) สามารถใช้ร่วมกับยาอิมิซิชูแมบในการป้องกัน

อาการเลือดออกในผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย เอ ที่ไม่มีและมีสารต้านได้ ทั้งนี้ ตามรายการบริการ อัตรา และปริมาณยาแพคเตอร์ที่ใช้ ดังต่อไปนี้

(ก) ค่ายาแพคเตอร์ ในอัตรา ๒,๔๖๐ บาทต่อปริมาณแพคเตอร์ ๒๕๐ IU

(ข) ค่ายาแพคเตอร์ ในอัตรา ๔,๙๒๐ บาทต่อปริมาณแพคเตอร์ ๕๐๐ IU หรือ ๖๐๐ IU”

ข้อ ๕ ให้ยกเลิกความในข้อ ๒๕ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๒๕ การให้บริการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย หรือโรคเลือดออกง่ายที่มีตัวยับยั้ง factor VIII, IX, XI ที่เกิดขึ้นภายหลัง (acquired hemophilia A) หรือโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนต์ ชนิดรุนแรงมาก ตามข้อ ๑๘ (๔) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย หรือโรคเลือดออกง่ายที่มีตัวยับยั้ง factor VIII, IX, XI ที่เกิดขึ้นภายหลัง (acquired hemophilia A) หรือโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนต์ชนิดรุนแรงมาก

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย หรือโรคเลือดออกง่ายที่มีตัวยับยั้ง factor VIII, IX, XI ที่เกิดขึ้นภายหลัง (acquired hemophilia A) และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนต์ชนิดรุนแรงมาก ซึ่งเป็นอันตรายถึงพิการ หรือเสียชีวิต หรือต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน ตามแนวทางการกำกับการใช้ยา Concentrate factor VIII, Concentrate factor IX, Factor IX complex หรือ Activated Prothrombin complex concentrate (APCC) แห่งประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ”

ข้อ ๖ ให้ยกเลิกความในข้อ ๒๖ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๒๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายที่มีตัวยับยั้ง factor VIII, IX, XI ที่เกิดขึ้นภายหลัง (acquired hemophilia A) และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนต์ชนิดรุนแรงมาก ซึ่งเป็นอันตรายถึงพิการ หรือเสียชีวิต หรือต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉินตามข้อ ๒๕ จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน ๑๕๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ในการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน ตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย

(๒) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน ๓๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ในการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในเพิ่มเติมจากระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย

(๓) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน ๓๖๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ในการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพิ่มเติมจากระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) เฉพาะกรณีผู้ป่วยที่มีสารต้านแฟคเตอร์ในระดับสูง (high inhibitor titer) ตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย”

ข้อ ๗ ให้ยกเลิกความใน (๓) ของข้อ ๓๒ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๓) กรณีจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายที่มีตัวยับยั้ง factor VIII, IX, XI ที่เกิดขึ้นภายหลัง (acquired hemophilia A) และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ชนิดรุนแรงมาก ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการรักษาการให้บริการยาแฟคเตอร์ ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการโรคเฉพาะ (DMIS)”

ข้อ ๘ ให้ยกเลิกความในข้อ ๓๖ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความดังต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๓๖ การให้บริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายที่มีตัวยับยั้ง factor VIII, IX, XI ที่เกิดขึ้นภายหลัง (acquired hemophilia A) และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ ชนิดรุนแรงมาก สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการเป็นเงินหรือจ่ายเป็นยาแฟคเตอร์ VIII เมื่อหน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการยาแฟคเตอร์เข้มข้น แพทย์ผู้ทำการรักษาจะต้องจ่ายยาแฟคเตอร์ให้ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย ในทุกกลุ่มอายุและทุกระดับอาการตามที่ระบุไว้ในแผนการรักษา และการตรวจติดตามผู้ป่วยในโปรแกรม DMIS โดยหน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วย และสำนักงานมีสิทธิขอตรวจประวัติการรักษาเพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลหลังการรักษาในกรณีมีข้อขัดแย้งหรือข้อบ่งชี้ว่าการรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นเงิน สำนักงานจะดำเนินการสรุปข้อมูลการให้บริการเพื่อประมวลผลข้อมูลทุกสิ้นเดือนและจ่ายค่าใช้จ่ายภายในเดือนถัดไป

(๒) กรณีจ่ายเป็นยาแฟคเตอร์ VIII สำนักงานจะดำเนินการสรุปข้อมูลการให้บริการเพื่อประมวลผลข้อมูลตามที่สำนักงานกำหนดและจ่ายเป็นยาให้หน่วยบริการ โดยหน่วยบริการไม่ต้องบันทึกข้อมูลค่ายาแฟคเตอร์ VIII ในโปรแกรมจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นเงินในระบบ DMIS”

ข้อ ๙ ให้ยกเลิกความใน (๓) ของข้อ ๔๐ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๓) กรณีผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายที่มีตัวยับยั้ง factor VIII, IX, XI ที่เกิดขึ้นภายหลัง (acquired hemophilia A) และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนต์ชนิดรุนแรงมาก

(ก) พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่พบการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียที่ระบุความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายที่มีตัวยับยั้ง factor VIII, IX, XI ที่เกิดขึ้นภายหลัง (acquired hemophilia A) หรือผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนต์ชนิดรุนแรงมาก รวมทั้งมีหลักฐานทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุนการวินิจฉัย

(ข) พบเอกสารหลักฐานการส่งจ่ายยาแพคเตอร์เข้มข้น และการบริหารยาในการรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early bleeding treatment) ตามจำนวนยาแพคเตอร์เข้มข้นที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(ค) ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรง ต้องพบเอกสารหลักฐานที่สนับสนุนภาวะเลือดออกรุนแรง หรือความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉิน

๑) ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรงแบบผู้ป่วยใน จะต้องพบหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ทำการรักษาและการส่งจ่ายยาแพคเตอร์เข้มข้น

๒) ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรงแบบผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน จะต้องพบหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ทำการรักษาและการส่งจ่ายยาแพคเตอร์เข้มข้น”

ข้อ ๑๐ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๑๙ และลำดับ ๒๐ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รายการยา	ข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้จ่าย
๑๙	Linezolid tab (ชนิดรับประทาน)	๑. โรคติดเชื้อยากลุ่ม Methicillin resistant S. aureus (MRSA) ๒. โรคติดเชื้อ Vancomycin Resistant Enterococci (VRE) ๓. โรคติดเชื้อ Non-tuberculous mycobacteria (NTM)
๒๐	Liposomal amphotericin B	๑. ใช้รักษา invasive fungal infections (ยกเว้น aspergillosis) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยา conventional amphotericin B ได้

ลำดับ	รายการยา	ข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้ยา
		๒. ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่มีภาวะ persistent febrile neutropenia ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดพิษต่อไตจากยา amphotericin B”

ข้อ ๑๑ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นลำดับ ๓๓ ลำดับ ๓๔ ลำดับ ๓๕ และลำดับ ๓๖ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. ๒๕๖๘

ลำดับ	รายการยา	ข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้ยา
๓๓	Linezolid injection	ใช้รักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ vancomycin-resistant Enterococci (VRE) ที่ไม่สามารถใช้ยา linezolid แบบรับประทานได้
๓๔	Secukinumab	ใช้รักษาผู้ป่วยโรค juvenile psoriatic arthritis และโรค enthesitis related arthritis ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาพื้นฐาน
๓๕	Thalidomide	ใช้รักษาผู้ป่วย transplant candidate multiple myeloma
๓๖	Valganciclovir	ใช้รักษาผู้ป่วย cytomegalovirus disease”

ข้อ ๑๒ การให้บริการสาธารณสุขตามประกาศนี้ ที่ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ซึ่งเป็นวันที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติจนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากการให้บริการดังกล่าว

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค
พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

ข้อ ๔ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๔.๑ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

๔.๒ การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

๔.๓ การดูแลแบบประคับประคอง ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

๔.๔ การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศนี้
ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

หมายเลขใบรับรอง: ca15066a4108cb38be671c243efdf
เวลาดำเนินการ: 2023-04-08 20:59
ลงนามโดย: จเด็จ ธรรมธัชอารี
หมายเลขเอกสาร: 7C8a-b1f9-1101



(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ชนิดรุนแรง ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคโลหิตจาง ธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพึ่งพาเลือด (Transfusion Dependent Thalassemia: TDT) ได้แก่ โรค Alpha thalassemia (รหัส ICD10 D56.0), Beta thalassemia/Hb E (รหัส ICD10 D 56.1 ร่วมกับ D 58.2) Homozygous Beta thalassemia (รหัส ICD10 D56.1)

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่สามารถดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียได้

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

๒.๑ จ่ายเป็นค่ายาขับเหล็กชนิดรับประทาน ได้แก่ ยา Deferaxirox ในอัตราเม็ดละ ๓๐ บาท โดยการใช้ยาเป็นไปตามแนวทางการกำกับการใช้ยา Deferaxirox ข้อบ่งใช้ธาลัสซีเมีย ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ

๒.๒ จ่ายตามรายการบริการ และอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและยา ดังนี้

๒.๒.๑ Hematocrit (HCT) ก่อนการให้เลือด

๒.๒.๒ Serum ferritin

๒.๒.๓ ยาขับเหล็กชนิดฉีด ได้แก่ ยา Deferoxamine (Desferal)

๒.๒.๔ ยาขับเหล็กชนิดรับประทาน ได้แก่ ยา Deferiprone (L1 และ DFP)

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal <http://nprp.nhso.go.th>) หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะต้องแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผล (ข้อมูล Y: YES) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ ตามที่ประมวลผลได้

๕.๒ ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่าน หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล N: No) หน่วยบริการ สามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๖.๑ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการวินิจฉัยของแพทย์ ในการวินิจฉัยโรคโลหิตจาง ธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพึ่งพาเลือด (Transfusion Dependent Thalassemia: TDT)

๖.๒ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการส่งจ่ายยาขับเหล็ก การให้เลือด รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามที่กำหนดไว้ในรายการบริการ

๖.๓ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่สนับสนุนข้อบ่งชี้ในการส่งจ่ายยา Desferaxirox ทั้งนี้ ข้อบ่งชี้เป็นไปตามแนวทางการกำกับการใช้ยา Desferaxirox ข้อบ่งชี้ธาลัสซีเมีย ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าจ่าย Desferaxirox

๖.๔ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีคำสั่งของแพทย์ในการส่งจ่ายยา desferoxamine หรือ desferiprone หรือdesferaxirox ที่ระบุขนาดการใช้ยา และจำนวนเม็ด ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

๗.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๗.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ
หลักฐานการให้บริการตามข้อ ๖

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๘ ให้การบริการและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลรักษาผู้ป่วย
โรคธาลัสซีเมีย ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ
ถือเป็นการดำเนินการตามประกาศนี้ด้วย

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ รวมถึง

๑.๑.๑ ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับบริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค หรือการตรวจและติดตามการรักษาวัณโรค

๑.๑.๒ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๘ ปี และยังไม่ป่วยเป็นวัณโรค ได้รับการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคแฝง

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ ที่มีศักยภาพการตรวจติดตามการรักษาวัณโรคได้

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ บริการดูแลรักษาด้วยยาวัณโรคและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงที่ให้แก่ผู้รับบริการตาม ๑.๑.๒ จ่ายเป็นยา หรือจ่ายเป็นเงินค่ายารักษาวัณโรคแก่หน่วยบริการ โดยรายการบริการ อัตราให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีจ่ายตามรายการบริการ

๒.๒ บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายการและอัตราเป็นตามเอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค การรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นไปตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๔ (National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand 2021: NTP 2021) และที่แก้ไขเพิ่มเติม

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub ที่เว็บไซต์ <http://tbdatahub.nhso.go.th> หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผล (ข้อมูล Y: Yes) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๕.๒ ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่าน หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล N: No) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๖.๑ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการวินิจฉัยของแพทย์ ในการวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรค หรือการติดเชื้อวัณโรคคือยาสูตรยาต่าง ๆ หรือเป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค หรือเป็นการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

๖.๒ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้งการติดตามการรักษาตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๖.๓ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีคำสั่งของแพทย์ในการส่งจ่ายยารักษาวัณโรคที่ระบุจำนวนของยาแต่ละชนิดตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือขอรับการสนับสนุน

๖.๔ พบเอกสารหลักฐานรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลการตรวจเอกซเรย์ปอดตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจเอกซเรย์ปอดจะต้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

- ๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑
- ๗.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด
- ๗.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๖

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๘ ให้การบริการและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ถือเป็น การดำเนินการตามประกาศนี้ด้วย

เอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การดูแลแบบประคับประคอง

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลแบบประคับประคอง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตามรายการข้อมูลการวินิจฉัยและรหัสโรคตามรายการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตามเอกสารหมายเลข ๓.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่าย ดังนี้

๑.๒.๑ หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

๑.๒.๒ หน่วยบริการที่ดูแลแบบประคับประคองด้วยการให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น

(๑) เป็นหน่วยบริการที่ได้รับใบอนุญาตครอบครอง และจำหน่ายยาเสพติดประเภทที่ ๒ หรือประเภทที่ ๕

(๒) เป็นหน่วยบริการที่มีรายการยา Palliative care essential drugs list กลุ่ม Opioids ชนิดออกฤทธิ์ยาวที่กำหนดตามแนวทางการบริหารระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ครบทั้ง ๓ กลุ่ม ดังนี้

(ก) มอร์ฟีนรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์ทันทีอย่างน้อย ๒ รายการ คือ Morphine syrup และ Morphine tablet immediate release

(ข) มอร์ฟีนรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์ยาวอย่างน้อย ๑ รายการ คือ Morphine tablet sustained release และหรือ Morphine capsule sustained release

(ค) ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นรูปแบบดูดซึมผ่านผิวหนังอย่างน้อย ๑ รายการ คือ Fentanyl patch

ทั้งนี้ หน่วยบริการต้องมีแพทย์ประจำหรือแพทย์เจ้าของคนไข้ หรือแพทย์นอกเวลาที่สามารถส่งจ่ายยาตาม (๒) ได้ โดยการส่งจ่ายควรครอบคลุมอย่างน้อย ๑ เดือน

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ กรณีค่าบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในระยะเวลา ๖ เดือน ประกอบด้วย การให้ออกซิเจน การดูแลแผล การให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น การให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งการประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อมีการปรับการรักษาตาม Advance care plan ตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้านจนถึงเสียชีวิต ในระยะเวลาไม่เกิน ๖ เดือน

๒.๑.๑ จ่ายในอัตราเดือนละ ๑,๐๐๐ บาท เมื่อมีการรายงานข้อมูลการดูแลที่บ้าน และหยุดจ่ายเมื่อครบ ๖ เดือน

๒.๑.๒ จ่ายเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ในอัตรา ๓,๐๐๐ บาท โดยตรวจสอบกับฐานทะเบียนราษฎร์ หากมีหน่วยบริการส่งข้อมูลบริการมากกว่า ๑ แห่งในผู้ป่วยรายเดียวกัน สำนักงานจะจ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต

ทั้งนี้ ตารางอัตรการจ่าย ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓.๒ แนบท้ายประกาศนี้

๒.๒ กรณีการให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น จ่ายเพิ่มเติมจากการจ่ายค่าบริการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยที่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบเหมาจ่ายในอัตรา ๗๕๐ บาทต่อคนต่อเดือน เป็นรายเดือนทุกเดือนจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๕.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ

๖.๑ กรณีบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

๖.๑.๑ ผู้รับบริการจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามรายการข้อมูลการวินิจฉัยและรหัสโรคที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๖.๑.๒ ต้องเป็นผู้รับบริการที่เข้าเกณฑ์และได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยหน่วยบริการต้องมีการบันทึกข้อมูลรหัสการวินิจฉัย Z51.5

๖.๑.๓ หน่วยบริการต้องมีการจัดทำ Advance care plan และกรอกข้อมูลรหัส Z71.8

๖.๑.๔ หน่วยบริการต้องกรอกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทุกครั้ง และต้องบันทึกข้อมูลกิจกรรมบริการตามการให้บริการจริง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา Opioid

๖.๑.๕ การนับวันให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เริ่มนับตั้งแต่วันที่หน่วยบริการไปให้บริการผู้ป่วยที่บ้านวันแรก

๖.๒ กรณีการให้ยาอนุพันธ์ฝิ่น หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดหาากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นให้แก่ผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง โดยการจ่ายยาแต่ละครั้งต้องครอบคลุมการใช้อย่างน้อย ๑ เดือน

๖.๒.๑ การให้บริการ หน่วยบริการมีรหัสการวินิจฉัยโรคมะเร็งตามระบบ ICD-10 ที่เข้าเกณฑ์การให้ยาในกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น สำหรับบริการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านตามเอกสารหมายเลข ๓.๑ แนบท้ายประกาศนี้ เป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โดยต้องบันทึกรหัสการวินิจฉัยโรค Z51.5 ร่วมกับรหัสการวินิจฉัยโรคตามที่กำหนด

๖.๒.๒ ต้องมีรหัสยา TMT ของยาในกลุ่ม Opioid โดยหน่วยบริการจัดทำบัญชีรายการยาของหน่วยบริการตามแนวทางดำเนินการในระบบปกติ

ทั้งนี้ กรณีตรวจสอบพบว่าผู้ป่วยที่รับยาไม่ได้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลที่บ้าน สำนักงานจะดำเนินการเรียกคืนเงินในส่วนนี้ต่อไป

ข้อ ๗ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๗.๑ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการวินิจฉัยของแพทย์ เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๗.๒ พบเอกสารหลักฐาน Advance care plan

๗.๓ พบเอกสารหลักฐานบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามระยะเวลาที่หน่วยบริการได้รับการจ่ายค่าใช้จ่าย และต้องบันทึกข้อมูลกิจกรรมบริการตามการให้บริการจริง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา Opioid

๗.๔ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการวินิจฉัยของแพทย์ในการวินิจฉัยมะเร็งระยะสุดท้าย คำสั่งของแพทย์ในการสั่งจ่ายยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น และการบริหารยาครอบคลุมการใช้อย่างน้อย ๑ เดือน ตามจำนวนเดือนที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายการให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น

ข้อ ๘ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๘.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๘.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๘.๓ เป็นการให้บริการซ้ำซ้อนกับการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการอื่น ๆ

๘.๔ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๗

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๙ ให้การบริการและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลแบบประคับประคองที่ได้กำหนดยุติการมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ถือเป็นกำหนดยุติการตามประกาศนี้ด้วย

เอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีอาการแสดงหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหายาก ประเภทกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก ตามเอกสารหมายเลข ๔.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำหน้าที่เป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากตามเอกสารหมายเลข ๔.๑ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ ค่าตรวจวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยง จ่ายชดเชยเป็นค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยง ตามรายการที่กำหนด โดยจ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามเอกสารหมายเลข ๔.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๒.๒ ค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

๒.๒.๑ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหายากในปีแรกสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ นับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหายาก เป็นการจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่เป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากที่มีการลงทะเบียนและให้การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการตรวจยืนยัน การรักษาพยาบาล รวมทั้งกรณีภาวะแทรกซ้อนและการติดตามผล การรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคหายาก โดยจ่ายแบบเหมาจ่ายตามเอกสารหมายเลข ๔.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๒.๒.๒ การรักษาพยาบาลหรือการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายเดิม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตราแต่ละกลุ่มโรค ตามเอกสารหมายเลข ๔.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๒.๒.๓ หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการอื่นที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหายากสามารถรับค่าใช้จ่ายได้ตามระบบปกติตามแต่ละกรณี

๒.๓ การจ่ายค่าพาหนะส่งต่อและส่งกลับระหว่างหน่วยบริการและหรือชุมชน โดยให้มีการจัดระบบเป็นการเฉพาะ ครอบคลุมถึงการส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า การส่งต่อไปยังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากและการส่งกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นหรือชุมชน ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ทั้งนี้ กรณีการส่งกลับไปยังชุมชน จ่ายค่าใช้จ่ายเฉพาะส่งกลับจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากเท่านั้น อัตราการจ่ายค่าพาหนะที่ใช้ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)มายังสำนักงานหรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด (ข้อมูล Y: Yes) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่าย ให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๔.๒ ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล N: No) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ หน่วยบริการและศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก สามารถขอทบทวนรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายได้ภายใน ๓๐ วันหลังได้รับรายงานการจ่ายเงิน

ข้อ ๖ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๖.๑ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการวินิจฉัยของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ในการวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยง หรือวินิจฉัยโรคหายากตามที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๔.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๖.๒ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน หรือผลการตรวจยืนยันที่สนับสนุนการวินิจฉัยโรคหายากตามที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๔.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๖.๓ พบเอกสารหลักฐานรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็น Official report ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๖.๔ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการให้บริการดูแลรักษาโรคหายาก ซึ่งครอบคลุมการรักษาพยาบาล รวมทั้งกรณีภาวะแทรกซ้อนและการติดตามผลการรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคหายากตามระยะเวลาที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายกรณีการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

๖.๕ พบเอกสารหลักฐานใบอนุมัติ หรือการใช้ หรือบันทึกหลักฐานการใช้พาหนะส่งต่อของหน่วยบริการในเวชระเบียน ที่ระบุประเภทของพาหนะและระบุสถานที่รับส่งต่อ ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายค่าพาหนะส่งต่อและส่งกลับ

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๗.๒ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๗

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๘ ให้การบริการและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลผู้ป่วยโรคหายากที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ถือเป็นดำเนินการตามประกาศนี้ด้วย

เอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

อัตราค่าบริการรักษา การตรวจ และติดตามการรักษา

รายการ	อัตราค่าบริการ
๑. บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	
ค่าทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลิน (Tuberculin Skin Test: TST)	๔๐ บาทต่อครั้งต่อปี ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อปี
๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษาวัณโรค	
(๑) ค่าตรวจ AFB (เฉพาะเสมหะ)	๒๐ บาทต่อตัวอย่าง (ไม่เกิน ๓ ตัวอย่าง)
(๒) ค่าตรวจ CXR	๑๐๐ บาทต่อครั้ง
๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัย หรือติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา	
๓.๑ การตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture	
(๑) เทคนิค Solid Media	๒๐๐ บาทต่อตัวอย่าง
(๒) เทคนิค Liquid Media	๓๐๐ บาทต่อตัวอย่าง
๓.๒ การตรวจหาเชื้อดื้อยา First-line drugs	
(๑) TB-LAMP วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๒๐๐ บาทต่อครั้ง
(๒) Real-time PCR (Xpert MTB/RIF)	จ่ายรวม ๕๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว)	๑๐๐ บาทต่อครั้ง
(๓) Real-time PCR MTB/MDR (Anyplex)	จ่ายรวม ๖๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Isoniazid แล Rifampicin (๒ ชนิด)	๒๐๐ บาทต่อครั้ง
(๔) Line Probe Assay (LPA)	จ่ายรวม ๖๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Isoniazid และ Rifampicin (๒ ชนิด)	๒๐๐ บาทต่อครั้ง
๓.๓ การตรวจหาเชื้อดื้อยา Second-line drugs	
(๑) Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ	๗๐๐ บาทต่อครั้ง
(๒) Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)	
๔. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	๒๐ บาทต่อครั้ง

หมายเหตุ:

- ๑) อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการต่อครั้ง หมายความว่าถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผล
- ๒) กรณีหน่วยบริการส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (First line drug) ด้วยวิธีการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) แล้ว จะไม่สามารถตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay
- ๓) การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) และการตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (First line drug) ด้วยวิธี Molecular assay จะทำได้เฉพาะเทคนิค Solid media เท่านั้น

เอกสารหมายเลข ๓.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การดูแลแบบประคับประคอง

รหัสโรคตามระบบ ICD-10 ที่เข้าเกณฑ์การจัดบริการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

๑. โรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 (ไม่มีรหัส ICD-10 เฉพาะบ่งชี้ระยะแพร่กระจาย)
 ๒. โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) รหัส I60-I69
 ๓. โรคไตเรื้อรังระยะรุนแรง (Advanced chronic kidney disease) รหัส N18.5
 ๔. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะรุนแรง Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) รหัส J44 (ไม่มีรหัส ICD-10 เฉพาะบ่งชี้ระดับความรุนแรง)
 ๕. ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1 (ไม่มีรหัส ICD-10 เฉพาะบ่งชี้ระดับความรุนแรง)
 ๖. ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ Alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ Hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)
 ๗. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) รหัส I50
 ๘. ผู้ป่วยเด็ก (โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคสมองพิการ โรคเมตาบอลิก ภาวะความผิดปกติทางพันธุกรรม ที่รุนแรง ภาวะคลอดก่อนกำหนด ฯลฯ) มีรหัส ICD-10 ที่หลากหลาย การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจ่ายค่าตอบแทนผู้ป่วยเด็ก ให้ใช้อายุร่วมกับรหัส Z51.5 เพราะการใช้ Morphine เด็กมีน้อยมาก และการจ่ายค่าดูแลต่อที่บ้านจะจ่ายย้อนหลังนับจากวันเสียชีวิต
- หมายเหตุ :** ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) รหัส F00-F03 และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รหัส R54 ที่ไม่มีโรคร่วมตามรหัสดังกล่าว ถือว่าไม่เข้าเกณฑ์ แนะนำให้ลงทะเบียนเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care (LTC))

รายละเอียดรหัสโรคหลัก ICD-10

รหัสโรค	คำอธิบาย
รหัสกลุ่ม B	
B200	HIV disease resulting in mycobacterial infection
B201	HIV disease resulting in other bacterial infections
B202	HIV disease resulting in cytomegaloviral disease
B203	HIV disease resulting in other viral infections
B204	HIV disease resulting in candidiasis
B205	HIV disease resulting in other mycoses

รหัสโรค	คำอธิบาย
B206	HIV disease resulting in Pneumocystis carinii pneumonia
B207	HIV disease resulting in multiple infections
B208	HIV disease resulting in other infectious and parasitic diseases
B209	HIV disease resulting in unspecified infectious or parasitic disease
B210	HIV disease resulting in Kaposi's sarcoma
B211	HIV disease resulting in Burkitt's lymphoma
B212	HIV disease resulting in other types of non-Hodgkin's lymphoma
B213	HIV disease resulting in other malignant neoplasms of lymphoid, haematopoietic and related
B217	HIV disease resulting in multiple malignant neoplasms
B218	HIV disease resulting in other malignant neoplasms
B219	HIV disease resulting in unspecified malignant neoplasm
B220	HIV disease resulting in encephalopathy
B221	HIV disease resulting in lymphoid interstitial pneumonitis
B222	HIV disease resulting in wasting syndrome
B227	HIV disease resulting in multiple diseases classified elsewhere
B238	HIV disease resulting in other specified conditions
B24	Unspecified human immunodeficiency virus (HIV) disease
รหัสกลุ่ม C	โรคมะเร็ง
C000	External upper lip
C001	External lower lip
C002	External lip, unspecified
C003	Upper lip, inner aspect
C004	Lower lip, inner aspect
C005	Lip, unspecified, inner aspect
C006	Commissure of lip malignant neoplasm
C008	Overlapping lesion of lip
C009	Lip unspecified
C01	Malignant neoplasm of base of tongue
C020	Dorsal surface of tongue
C0210	Tip of tongue
C0211	Lateral border of tongue
C0219	Border of tongue unspecified
C022	Ventral surface of tongue
C023	Anterior two-thirds of tongue, part unspecified
C024	Lingual tonsil

รหัสโรค	คำอธิบาย
C028	Overlapping lesion of tongue
C029	Tongue malignant
C030	Upper gum
C031	Lower gum
C039	Gum unspecified
C040	Anterior floor of mouth
C041	Lateral floor of mouth
C048	Overlapping lesion of floor of mouth
C049	Floor of mouth unspecified
C050	Hard palate
C051	Soft palate
C052	Uvula
C058	Overlapping lesion of palate
C059	Palate unspecified
C060	Cheek mucosa
C0610	Upper labial sulcus
C0611	Upper buccal sulcus
C0612	Lower labial sulcus
C0613	Lower buccal sulcus
C0614	Upper sulcus, unspecified
C0615	Lower sulcus, unspecified
C0619	Vestibule of mouth, unspecified
C0620	Maxillary tuberosity
C0621	Mandibular retromolar area
C0629	Retromolar area, unspecified
C068	Overlapping lesion of other and unspecified parts of mouth
C069	Mouth unspecified
C07	Malignant neoplasm of parotid gland
C080	Submandibular gland
C081	Sublingual gland
C088	Overlapping lesion of major salivary glands
C089	Major salivary gland unspecified
C090	Tonsillar fossa
C091	Tonsillar pillar (anterior) (posterior)
C098	Overlapping lesion of tonsil

รหัสโรค	คำอธิบาย
C099	Tonsil unspecified
C100	Vallecula malignant neoplasm
C101	Anterior surface of epiglottis
C102	Lateral wall of oropharynx
C103	Posterior wall of oropharynx
C104	Branchial cleft
C108	Overlapping lesion of of oropharynx
C109	Oropharynx unspecified
C110	Superior wall of nasopharynx
C111	Posterior wall of nasopharynx
C112	Lateral wall of nasopharynx
C113	Anterior wall of nasopharynx
C118	Overlapping lesion of nasopharynx
C119	Nasopharynx unspecified
C12	Malignant neoplasm of pyriform sinus
C130	Postcricoid region
C131	Aryepiglottic fold hypopharyngeal aspect
C132	Posterior wall of hypopharynx
C138	Overlapping lesion of hypopharynx
C139	Hypopharynx unspecified
C140	Pharynx unspecified
C142	Waldeyer's ring
C148	Overlapping lesion of lip, oral cavity and pharynx
C150	Cervical part of oesophagus
C151	Thoracic part of oesophagus
C152	Abdominal part of oesophagus
C153	Upper third of oesophagus
C154	Middle third of oesophagus
C155	Lower third of oesophagus
C158	Overlapping lesion of oesophagus
C159	Oesophagus unspecified
C160	Cardia
C161	Fundus of stomach
C162	Body of stomach
C163	Pyloric antrum

รหัสโรค	คำอธิบาย
C164	Pylorus
C165	Lesser curvature of stomach unspecified
C166	Greater curvature of stomach unspecified
C168	Overlapping lesion of stomach
C169	Stomach unspecified
C170	Duodenum
C171	Jejunum
C172	Ileum
C173	Meckel's diverticulum
C178	Overlapping lesion of small intestine
C179	Small intestine unspecified
C180	Caecum
C181	Appendix
C182	Ascending colon
C183	Hepatic flexure
C184	Transverse colon
C185	Splenic flexure
C186	Descending colon
C187	Sigmoid colon
C188	Overlapping lesion of colon
C189	Colon unspecified
C19	Malignant neoplasm of rectosigmoid junction
C20	Malignant neoplasm of rectum
C210	Anus unspecified
C211	Anal canal
C212	Cloacogenic zone
C218	Overlapping lesion of rectum, anus and anal canal
C220	Liver cell carcinoma
C221	Intrahepatic bile duct carcinoma
C222	Hepatoblastoma
C223	Angiosarcoma of liver
C224	Other sarcomas of liver
C227	Other specified carcinomas of liver
C229	Liver unspecified
C23	Malignant neoplasm of gallbladder

รหัสโรค	คำอธิบาย
C240	Extrahepatic bile duct
C241	Ampulla of Vater
C248	Overlapping lesion of biliary tract
C249	Biliary tract unspecified
C250	Head of pancreas
C251	Body of pancreas
C252	Tail of pancreas
C253	Pancreatic duct
C254	Endocrine pancreas
C257	Other parts of pancreas
C258	Overlapping lesion of pancreas
C259	Pancreas unspecified
C260	Intestinal tract part unspecified
C261	Spleen
C268	Overlapping lesion of digestive system
C269	Ill-defined sites within the digestive system
C300	Nasal cavity
C301	Middle ear
C310	Maxillary sinus
C311	Ethmoidal sinus
C312	Frontal sinus
C313	Sphenoidal sinus
C318	Overlapping lesion of accessory sinuses
C319	Accessory sinus unspecified
C320	Glottis
C321	Supraglottis
C322	Subglottis
C323	Laryngeal cartilage
C328	Overlapping lesion of larynx
C329	Larynx unspecified
C33	Malignant neoplasm of trachea
C340	Main bronchus
C341	Upper lobe, bronchus or lung
C342	Middle lobe, bronchus or lung
C343	Lower lobe, bronchus or lung

รหัสโรค	คำอธิบาย
C348	Overlapping lesion of bronchus and lung
C349	Bronchus or lung unspecified
C37	Malignant neoplasm of thymus
C380	Heart
C381	Anterior mediastinum
C382	Posterior mediastinum
C383	Mediastinum part unspecified
C384	Pleura
C388	Overlapping lesion of heart, mediastinum and pleura
C390	Upper respiratory tract part unspecified
C398	Overlapping lesion of respiratory and intrathoracic organs
C399	Ill-defined sites within the respiratory system
C400	Scapula and long bones of upper limb
C401	Short bones of upper limb
C402	Long bones of lower limb
C403	Short bones of lower limb
C408	Overlapping lesion of bone and articular cartilage of limbs
C409	Bone and articular cartilage of limb unspecified
C4100	Maxilla, sarcoma
C4101	Maxilla, malignant odontogenic tumour
C4102	Maxilla, malignant intraosseous salivary gland tumour
C4108	Other bone of skull and face
C4109	Bone of skull and face, unspecified
C4110	Sarcoma
C4111	Malignant odontogenic tumour
C4119	Mandible, unspecified
C412	Vertebral column
C413	Ribs, sternum and clavicle
C414	Pelvic bones, sacrum and coccyx
C418	Overlapping lesion of bone and articular cartilage
C419	Bone and articular cartilage unspecified
C430	Malignant melanoma of lip
C431	Malignant melanoma of eyelid, including canthus
C432	Malignant melanoma of ear and external auricular canal
C433	Malignant melanoma of other and unspecified parts of face

รหัสโรค	คำอธิบาย
C434	Malignant melanoma of scalp and neck
C435	Malignant melanoma of trunk
C436	Malignant melanoma of upper limb, including shoulder
C437	Malignant melanoma of lower limb, including hip
C438	Overlapping malignant melanoma of skin
C439	Malignant melanoma of skin, unspecified
C440	Skin of lip
C441	Skin of eyelid, including canthus
C442	Skin of ear and external auricular canal
C443	Skin of other and unspecified parts of face
C444	Skin of scalp and neck
C445	Skin of trunk
C446	Skin of upper limb, including shoulder
C447	Skin of lower limb, including hip
C448	Overlapping lesion of skin
C449	Malignant neoplasm of skin unspecified
C450	Mesothelioma of pleura
C451	Mesothelioma of peritoneum
C452	Mesothelioma of pericardium
C457	Mesothelioma of other sites
C459	Mesothelioma, unspecified
C460	Kaposi's sarcoma of skin
C461	Kaposi's sarcoma of soft tissue
C462	Kaposi's sarcoma of palate
C463	Kaposi's sarcoma of lymph nodes
C467	Kaposi's sarcoma of other sites
C468	Kaposi's sarcoma of multiple organs
C469	Kaposi's sarcoma, unspecified
C470	Peripheral nerves of head, face and neck
C471	Peripheral nerves of upper limb, including shoulder
C472	Peripheral nerves of of lower limb, including hip
C473	Peripheral nerves of of thorax
C474	Peripheral nerves of of abdomen
C475	Peripheral nerves of pelvis
C476	Peripheral nerves of trunk unspecified

รหัสโรค	คำอธิบาย
C478	Overlapping lesion of peripheral nerves and autonomic nervous system
C479	Peripheral nerves and autonomic nervous system unspecified
C480	Retroperitoneum
C481	Specified parts of peritoneum
C482	Peritoneum malignant
C488	Overlapping lesion of retroperitoneum and peritoneum
C490	Connective and soft tissue of head, face and neck
C491	Connective and soft tissue of upper limb, including shoulder
C492	Connective and soft tissue of lower limb, including hip
C493	Connective and soft tissue of thorax
C494	Connective and soft tissue of abdomen
C495	Connective and soft tissue of pelvis
C496	Connective and soft tissue of trunk unspecified
C498	Overlapping lesion of connective and soft tissue
C499	Connective and soft tissue unspecified
C500	Nipple and areola
C501	Central portion of breast
C502	Upper-inner quadrant of breast
C503	Lower-inner quadrant of breast
C504	Upper-outer quadrant of breast
C505	Lower-outer quadrant of breast
C506	Axillary tail of breast
C508	Overlapping lesion of breast
C509	Breast unspecified
C510	Labium majus
C511	Labium minus
C512	Clitoris
C518	Overlapping lesion of vulva
C519	Vulva unspecified
C52	Malignant neoplasm of vagina
C530	Endocervix
C531	Exocervix
C538	Overlapping lesion of cervix uteri
C539	Cervix uteri unspecified
C540	Isthmus uteri

รหัสโรค	คำอธิบาย
C541	Endometrium
C542	Myometrium
C543	Fundus uteri
C548	Overlapping lesion of corpus uteri
C549	Corpus uteri unspecified
C55	Malignant neoplasm of uterus, part unspecified
C56	Malignant neoplasm of ovary
C570	Fallopian tube
C571	Broad ligament
C572	Round ligament
C573	Parametrium
C574	Uterine adnexa unspecified
C577	Other specified female genital organs
C578	Overlapping lesion of female genital organs
C579	Female genital organ unspecified
C58	Malignant neoplasm of placenta
C600	Preuce
C601	Glans penis
C602	Body of penis
C608	Overlapping lesion of penis
C609	Penis unspecified
C61	Malignant neoplasm of prostate
C620	Undescended testis
C621	Descended testis
C629	Testis unspecified
C630	Epididymis
C631	Spermatic cord
C632	Scrotum
C637	Other specified male genital organs
C638	Overlapping lesion of male genital organs
C639	Male genital organ unspecified
C64	Malignant neoplasm of kidney,except renal pelvis
C65	Malignant neoplasm of renal pelvis
C66	Malignant neoplasm of ureter
C670	Trigone of bladder

รหัสโรค	คำอธิบาย
C671	Dome of bladder
C672	Lateral wall of bladder
C673	Anterior wall of bladder
C674	Posterior wall of bladder
C675	Bladder neck
C676	Ureteric orifice
C677	Urachus
C678	Overlapping lesion of bladder
C679	Bladder unspecified
C680	Urethra
C681	Paraurethral gland
C688	Overlapping lesion of urinary organs
C689	Urinary organ unspecified
C690	Conjunctiva
C691	Cornea
C692	Retina
C693	Choroid
C694	Ciliary body
C695	Lacrimal gland and duct
C696	Orbit
C698	Overlapping lesion of eye and adnexa
C699	Eye unspecified
C700	Cerebral meninges
C701	Spinal meninges
C709	Meninges unspecified
C710	Cerebrum except lobes and ventricles
C711	Frontal lobe
C712	Temporal lobe
C713	Parietal lobe
C714	Occipital lobe
C715	Cerebral ventricle
C716	Cerebellum
C717	Brain stem
C718	Overlapping lesion of brain
C719	Brain unspecified

รหัสโรค	คำอธิบาย
C720	Spinal cord
C721	Cauda equina
C722	Olfactory nerve
C723	Optic nerve
C724	Acoustic nerve
C725	Other and unspecified cranial nerves
C728	Overlapping lesion of brain and other parts of central nervous system
C729	Central nervous system unspecified
C73	Malignant neoplasm of thyroid gland
C740	Cortex of adrenal gland
C741	Medulla of adrenal gland
C749	Adrenal gland unspecified
C750	Parathyroid gland
C751	Pituitary gland
C752	Craniopharyngeal duct
C753	Pineal gland
C754	Carotid body
C755	Aortic body and other paraganglia
C758	Pluriglandular involvement unspecified
C759	Endocrine gland unspecified
C760	Head, face and neck
C761	Thorax
C762	Abdomen
C763	Pelvis
C764	Upper limb
C765	Lower limb
C767	Other ill-defined sites
C768	Overlapping lesion of other and ill-defined sites
C770	Lymph nodes of head, face and neck
C771	Intrathoracic lymph nodes
C772	Intra-abdominal lymph nodes
C773	Axillary and upper limb lymph nodes
C774	Inguinal and lower limb lymph nodes
C775	Intrapelvic lymph nodes
C778	Lymph nodes of multiple regions

รหัสโรค	คำอธิบาย
C779	Lymph nodes unspecified
C780	Secondary malignant neoplasm of lung
C781	Secondary malignant neoplasm of mediastinum
C782	Secondary malignant neoplasm of pleura
C783	Secondary malignant neoplasm of other and unspecified respiratory organs
C784	Secondary malignant neoplasm of small intestine
C785	Secondary malignant neoplasm of large intestine and rectum
C786	Secondary malignant neoplasm of retroperitoneum and peritoneum
C787	Secondary malignant neoplasm of liver
C788	Secondary malignant neoplasm of other and unspecified digestive organs
C790	Secondary malignant neoplasm of kidney and renal pelvis
C791	Secondary malignant neoplasm of bladder and other and unspecified urinary organs
C792	Secondary malignant neoplasm of skin
C793	Secondary malignant neoplasm of brain and cerebral meninges
C794	Secondary malignant neoplasm of other and unspecified parts of nervous system
C795	Secondary malignant neoplasm of bone and bone marrow
C796	Secondary malignant neoplasm of ovary
C797	Secondary malignant neoplasm of adrenal gland
C798	Secondary malignant neoplasm of other specified sites
C799	Secondary malignant neoplasm, unspecified site
C80	Malignant neoplasm without specification of site
C800	Malignant neoplasm, primary site unknown so stated
C809	Malignant neoplasm, unspecified
C810	Nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma
C811	Nodular sclerosis classical Hodgkin lymphoma
C812	Mixed cellularity classical Hodgkin lymphoma
C813	Lymphocytic depletion classical Hodgkin lymphoma
C817	Other classical Hodgkin lymphoma
C819	Hodgkinlymphoma unspecified
C820	Follicular lymphoma grade I
C821	Follicular lymphoma grade II
C822	Follicular lymphoma grade III, and unspecified
C823	Follicular lymphoma grade IIIa
C824	Follicular lymphoma grade IIIb
C825	Diffuse follicle centre lymphoma

รหัสโรค	คำอธิบาย
C826	Cutaneous follicle centre lymphoma
C827	Other types of follicular lymphoma
C829	Follicular lymphoma, unspecified
C830	Small cell B-cell lymphoma
C831	Mantle cell lymphoma
C833	Diffuse large B-cell lymphoma
C835	Lymphoblastic (diffuse)
C837	Burkitt's lymphoma
C838	Other non-follicular lymphoma
C839	Non-follicular Diffuse non-Hodgkin's lymphoma, unspecified
C840	Mycosis fungoides
C841	Sezary's disease
C844	Peripheral T-cell lymphoma, not elsewhere classified
C845	Other and unspecified T-cell lymphomas
C846	Anaplastic large cell lymphoma, ALK-positive
C847	Anaplastic large cell lymphoma, ALK-negative
C848	Cutaneous T-cell lymphoma, unspecified
C849	Mature T/NK-cell lymphoma, unspecified
C851	B-cell lymphoma, unspecified
C852	Mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma
C857	Other specified types of non-Hodgkin's lymphoma
C859	Non-Hodgkin's lymphoma, unspecified
C860	Extranodal NK/T-cell lymphoma, nasal type
C861	Hepatosplenic T-cell lymphoma
C862	Enteropathy-type (intestinal) T-cell lymphoma
C863	Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma
C864	Blastic NK-cell lymphoma
C865	Angioimmunoblastic T-cell lymphoma
C866	Primary cutaneous CD30-positive T-cell proliferations
C880	Waldenstrom's macroglobulinaemia
C881	Alpha heavy chain disease
C882	Gamma heavy chain disease
C883	Immunoproliferative small intestinal disease
C887	Other malignant immunoproliferative diseases
C889	Malignant immunoproliferative disease, unspecified

รหัสโรค	คำอธิบาย
C900	Multiple myeloma
C901	Plasma cell leukaemia
C902	Extramedullary plasmacytoma
C903	Solitary plasmacytoma
C910	Acute lymphoblastic leukaemia [ALL]
C911	Chronic lymphocytic leukaemia of B-cell type
C913	Prolymphocytic leukaemia of B-cell type
C914	Hairy-cell leukaemia
C915	Adult T-cell leukaemia / leukaemia (HTLV-1-associated)
C917	Other lymphoid leukaemia
C918	Mature B-cell leukaemia, Burkitt-type
C919	Lymphoid leukaemia, unspecified
C920	Acute myeloid leukaemia [AML]
C921	Chronic myeloid leukaemia [CML], BCR/ABL -positive
C922	Atypical chronic myeloid leukaemia
C923	Myeloid sarcoma
C924	Acute promyelocytic leukaemia [PML]
C925	Acute myelomonocytic leukaemia
C926	Acute myeloid leukaemia with 11q23-abnormality
C927	Other myeloid leukaemia
C928	Acute myeloid leukaemia with multilineage dysplasia
C929	Myeloid leukaemia, unspecified
C930	Acute monocytic/monocytic leukaemia
C931	Chronic monocytic leukaemia
C932	Subacute monocytic leukemia
C933	Juvenile myelomonocytic leukaemia
C937	Other monocytic leukaemia
C939	Monocytic leukarmia, unspecified
C940	Acute erythroid leukaemia
C941	Chronic erythraemia
C942	Acute megakaryoblastic leukaemia
C943	Mast cell leukaemia
C944	Acute panmyelosis with myelofibrosis
C946	Myelodysplastic and myeloproliferative disease, not classified
C947	Other specified leukaemias

รหัสโรค	คำอธิบาย
C950	Acute leukaemia of unspecified cell type
C951	Chronic leukaemia of unspecified cell type
C952	Subacute leukaemia of unspecified cell type
C957	Other leukaemia of unspecified cell type
C959	Leukaemia, unspecified
C960	Multifocal and multisystemic (disseminated) Langerhans-cell histiocytosis [Letterer-Siwe
C962	Malignant mast cell tumour
C965	Multifocal and unisystemic Langerhans-cell histiocytosis
C966	Unifocal Langerhans-cell histiocytosis
C967	Other specified malignant neoplasms of lymphoid, haematopoietic and related tissue
C968	Histiocytic sarcoma
C969	Malignant neoplasm of lymphoid, haematopoietic and related tissue, unspecified
C97	Malignant neoplasms of independent (primary) multiple sites
รหัสกลุ่ม D	
D37	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of oral cavity and digestive organs
D370	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Lip, oral cavity and pharynx
D371	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Stomach
D372	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Small intestine
D373	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Appendix
D374	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Colon
D375	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Rectum
D376	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Liver, gallbladder and bile ducts
D377	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Other digestive organs
D379	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Digestive organ unspecified
D38	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of middle ear and respiratory and intrathoracic
D380	Larynx
D381	Trachea, bronchus and lung
D382	Pleura
D383	Mediastinum
D384	Thymus
D385	Other respiratory organs
D386	Respiratory organ unspecified
D39	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of female genital organs
D390	Uterus
D391	Ovary

รหัสโรค	คำอธิบาย
D392	Placenta
D397	Other female genital organs
D399	Female genital organ unspecified
D400	Prostate
D40	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of male genital organs
D401	Testis
D407	Other male genital organs
D409	Male genital organ unspecified
D41	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of urinary organs
D410	Kidney
D411	Renal pelvis
D412	Ureter
D413	Urethra
D414	Bladder
D417	Other urinary organs
D419	Urinary organ unspecified
D42	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of meninges
D420	Cerebral meninges
D421	Spinal meninges neoplasm
D429	Meninges unspecified
D43	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of brain and central nervous system
D430	Brain supratentorial
D431	Brain infratentorial
D432	Brain unspecified
D433	Cranial nerves
D434	Spinal cord
D437	Other parts of central nervous system
D439	Central nervous system unspecified
D44	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of endocrine glands
D440	Thyroid gland
D441	Adrenal gland
D442	Parathyroid gland
D443	Pituitary gland
D444	Craniopharyngeal duct
D445	Pineal gland

รหัสโรค	คำอธิบาย
D446	Carotid body
D447	Aortic body and other paraganglia
D448	Pluriglandular involvement
D449	Endocrine gland unspecified
D45	Polycythaemia vera
D46	Myelodysplastic syndromes
D460	Refractory anaemia without sideroblasts, so stated
D461	Refractory anaemia with sideroblasts
D462	Refractory anaemia with excess of blasts
D463	Refractory anaemia with excess of blasts with transformation
D464	Refractory anaemia, unspecified
D467	Other myelodysplastic syndromes
D469	Myelodysplastic syndrome, unspecified
D47	Other neoplasms of uncertain or unknown behaviour of lymphoid, haematopoietic and
D470	Histiocytic and mast cell tumours of uncertain and unknow behaviour
D471	Chronic myeloproliferative disease
D472	Monoclonal gammopathy of undetermined significance [MGUS]
D473	Essential (haemorrhagic) thrombocythaemia
D474	Osteomyelofibrosis
D475	Chronic eosinophilic leukaemia [hypereosinophilic syndrome
D477	Other specified neoplasms of uncertain or unknown behaviour of lymphoid, haematopoietic
D479	Neoplasm of uncertain or unknow behaviour of lymphoid, haematopoietic and related tissue,
D48	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of other and unspecified sites
D480	Bone and articular cartilage
D481	Connective and other soft tissue
D482	Peripheral nerves and autonomic nervous system
D483	Retroperitoneum
D484	Peritoneum
D485	Skin
D486	Breast
D487	Other specified sites
D489	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour, unspecified
รหัสกลุ่ม I	
I500	Congestive heart failure
I501	Left ventricular failure

รหัสโรค	คำอธิบาย
I509	Heart failure, unspecified
I600	Subarachnoid haemorrhage from carotid siphon and bifurcation
I601	Subarachnoid haemorrhage from middle cerebral artery
I602	Subarachnoid haemorrhage from anterior communicating artery
I603	Subarachnoid haemorrhage from posterior communicating artery
I604	Subarachnoid haemorrhage from basilar artery
I605	Subarachnoid haemorrhage from vertebral artery
I606	Subarachnoid haemorrhage from other intracranial arteries
I607	Subarachnoid haemorrhage from intracranial artery, unspecified
I608	Other subarachnoid haemorrhage
I609	Subarachnoid haemorrhage, unspecified
I610	Intracerebral haemorrhage in hemisphere, subcortical
I611	Intracerebral haemorrhage in hemisphere, cortical
I612	Intracerebral haemorrhage in hemisphere, unspecified
I613	Intracerebral haemorrhage in brain stem
I614	Intracerebral haemorrhage in cerebellum
I615	Intracerebral haemorrhage, intraventricular
I616	Intracerebral haemorrhage, multiple localized
I618	Other intracerebral haemorrhage
I619	Intracerebral haemorrhage, unspecified
I620	Subdural haemorrhage (acute)(nontraumatic)
I621	Nontraumatic extradural haemorrhage
I629	Intracranial haemorrhage (nontraumatic), unspecified
I630	Cerebral infarction due to thrombosis of precerebral arteries
I631	Cerebral infarction due to embolism of precerebral arteries
I632	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of precerebral arteries
I633	Cerebral infarction due to thrombosis of cerebral arteries
I634	Cerebral infarction due to embolism of cerebral arteries
I635	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of cerebral arteries
I636	Cerebral infarction due to cerebral venous thrombosis, nonpyogenic
I638	Other cerebral infarction
I639	Cerebral infarction, unspecified
I64	Stroke,not specified as haemorrhage or infarction
I650	Occlusion and stenosis of vertebral artery
I651	Occlusion and stenosis of basilar artery

รหัสโรค	คำอธิบาย
I652	Occlusion and stenosis of carotid artery
I653	Occlusion and stenosis of multiple and bilateral precerebral arteries
I658	Occlusion and stenosis of other precerebral artery
I659	Occlusion and stenosis of unspecified precerebral artery
I660	Occlusion and stenosis of middle cerebral artery
I661	Occlusion and stenosis of anterior cerebral artery
I662	Occlusion and stenosis of posterior cerebral artery
I663	Occlusion and stenosis of cerebellar arteries
I664	Occlusion and stenosis of multiple and bilateral cerebral arteries
I668	Occlusion and stenosis of other cerebral artery
I669	Occlusion and stenosis of unspecified cerebral artery
I670	Dissection of cerebral arteries, nonruptured
I671	Cerebral aneurysm, nonruptured
I672	Cerebral atherosclerosis
I673	Progressive vascular leukoencephalopathy
I674	Hypertensive encephalopathy
I675	Moyamoya disease
I676	Nonpyogenic thrombosis of intracranial venous system
I677	Cerebral arteritis, not elsewhere classified
I678	Other specified cerebrovascular diseases
I679	Cerebrovascular disease, unspecified
I680	Cerebral amyloid angiopathy (E85.-*)
I681	Cerebral arteritis in infectious and parasitic diseases classified elsewhere
I682	Cerebral arteritis in other diseases classified elsewhere
I688	Other cerebrovascular disorders in diseases classified elsewhere
I690	Sequelae of subarachnoid haemorrhage
I691	Sequelae of intracerebral haemorrhage
I692	Sequelae of other nontraumatic intracranial haemorrhage
I693	Sequelae of cerebral infarction
I694	Sequelae of stroke, not specified as haemorrhage or infarction
I698	Sequelae of other and unspecified cerebrovascular diseases
รหัสกลุ่ม J	
J440	Chronic obstructive pulmonary disease with acute lower respiratory infection
J441	Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, unspecified
J448	Other specified chronic obstructive pulmonary disease

รหัสโรค	คำอธิบาย
J449	Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified
รหัสกลุ่ม K	
K704	Alcoholic hepatic failure
K717	Toxic liver disease with fibrosis and cirrhosis of liver
K720	Acute and subacute hepatic failure
K721	Chronic hepatic failure
K729	Hepatic failure, unspecified
รหัสกลุ่ม N	
N185	Chronic kidney disease, stage 5
รหัสกลุ่ม Z	
Z515	Palliative care
Z718	Other specified counselling

หมายเหตุ: กิจกรรม Z71.8 เมื่อวินิจฉัยคู่กับ Palliative care (Z51.5) จะหมายถึง การทำ Advance care planning

จัดทำโดยคณะกรรมการ Palliative care กรมการแพทย์

วันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เอกสารหมายเลข ๓.๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

อัตรการจ่ายค่าใช้จ่ายการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลที่บ้าน

ระยะเวลา ที่ดูแลผู้ป่วย	ค่าบริการ รายเดือน (บาท) *	ค่าบริการ Fix cost (บาท) **	รวม (บาท)
ภายใน เดือนที่ ๑	๑,๐๐๐	๓,๐๐๐	๔,๐๐๐
ภายใน เดือนที่ ๒	๑,๐๐๐ + ๑,๐๐๐	๓,๐๐๐	๕,๐๐๐
ภายใน เดือนที่ ๓	๑,๐๐๐ + ๑,๐๐๐ + ๑,๐๐๐	๓,๐๐๐	๖,๐๐๐
ภายใน เดือนที่ ๔	๑,๐๐๐ + ๑,๐๐๐ + ๑,๐๐๐ + ๑,๐๐๐	๓,๐๐๐	๗,๐๐๐
ภายใน เดือนที่ ๕	๑,๐๐๐ + ๑,๐๐๐ + ๑,๐๐๐ + ๑,๐๐๐ + ๑,๐๐๐	๓,๐๐๐	๘,๐๐๐
ตั้งแต่ ๖ เดือนขึ้นไป	๑,๐๐๐ + ๑,๐๐๐ + ๑,๐๐๐ + ๑,๐๐๐ + ๑,๐๐๐ + ๑,๐๐๐	๓,๐๐๐	๙,๐๐๐

หมายเหตุ :

* จ่ายทุกเดือน และหยุดจ่ายเมื่อครบ ๖ เดือน

** จ่ายครั้งเดียวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

เอกสารหมายเลข ๔.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

ก. โรคที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules)

ข. ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

ค. อัตราและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

ก. โรคที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules)

ลำดับ	ชื่อโรค	ICD 10	ORPHA	ลำดับ	ชื่อโรค	ICD 10	ORPHA
1	Other Organic aciduria (acidemia)	E71.1	289899	13	Arginase deficiency (argininemia)	E72.2	90
2	Propionic acidemia	E71.1	35	14	Phenylketonuria	E70.0, E70.1	716
3	Methylmalonic acidemia	E71.1	27	15	Other specified disorders of amino acid metabolism	E72.8	394, 407
4	Cobalamine defect	E71.1	26	16	NICCD (Neonatal intrahepatic cholestasis caused by citrin deficiency)	E72.2	247598
5	Isovaleric acidemia	E71.1	33	17	Citrullinemia type 2	E72.2	247585
6	Glutaric acidemia type1	E72.3	25	18	Tyrosinemia type 1	E70.2	882
7	Maple syrup urine disease (MSUD)	E71.0	511	19	Disorders of Fatty acid oxidation and ketogenesis	E71.3	309115
8	Urea cycle disorders, unspecified enzyme defect	E72.2	79167	20	Disorders of Carnitine cycle and Carnitine transport	E71.3	309130
9	Ornithine transcarbamylase (OTC) deficiency	E72.4	664	21	Systemic primary carnitine deficiency	E71.3	158
10	NAGS deficiency	E72.2	927	22	Tetrahydrobiopterin (BH4) deficiency	E70.1	238583
11	Citrullinemia type 1	E72.2	247525	23	Multiple carboxylase deficiency:	E53.8	79241

ลำดับ	ชื่อโรค	ICD 10	ORPHA	ลำดับ	ชื่อโรค	ICD 10	ORPHA
					Biotinidase deficiency		
12	Argininosuccinic aciduria (ASS deficiency)	E72.2	23	24	Multiple carboxylase deficiency: Holocarboxylase deficiency	E53.8	79242

ข. ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหายาก จำนวน ๗ แห่ง ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

- (๑) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
- (๒) โรงพยาบาลศิริราช
- (๓) โรงพยาบาลรามธิบดี
- (๔) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- (๕) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- (๖) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
- (๗) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รวมถึงหน่วยบริการอื่น ๆ ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก และแจ้งความจำนงค์เข้าร่วมให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

การจัดระบบบริการ

(๑) หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นที่ตรวจรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น หากสงสัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules) แพทย์ผู้รักษาสสามารถปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามเครือข่ายบริการที่กำหนด

(๒) หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น เก็บตัวอย่าง specimen ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจ

(๓) หากผลการตรวจวินิจฉัย พบว่าอยู่ในกลุ่มโรคหายากตามที่กำหนด แพทย์ผู้ดูแลในหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามเครือข่ายที่กำหนด

(๔) ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ลงทะเบียนผู้ป่วยมาในโปรแกรมระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ที่สำนักงานกำหนด

(๕) ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากให้การรักษารักษาผู้ป่วยจนพ้นระยะอันตราย โดยแพทย์ผู้ให้การรักษากจะเป็นผู้พิจารณา เพื่อส่งกลับไปยังหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นหรือชุมชน เพื่อให้รักษาหรือดูแลต่อเนื่อง โดยมีเครือข่ายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เป็นที่ปรึกษาในการดูแลรักษาต่อเนื่องให้แก่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น

เครือข่ายหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

ศูนย์โรคหายาก	เครือข่ายให้คำปรึกษา/ส่งต่อ
รพ.จุฬาลงกรณ์	เขต 1 เชียงใหม่ เขต 6 ระยอง
รพ.ศิริราช	เขต 3 นครสวรรค์ เขต 5 ราชบุรี
รพ.รามธิบดี	เขต 9 นครราชสีมา เขต 10 อุบลราชธานี
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ	เขต 2 พิษณุโลก
รพ.พระมงกุฎเกล้า	เขต 12 สงขลา
รพ.ธรรมศาสตร์	เขต 4 สระบุรี เขต 11 สุราษฎร์ธานี
รพ.ศรีนครินทร์ ขอนแก่น	เขต 7 ขอนแก่น เขต 8 อุดรธานี

หมายเหตุ :

(๑) หน่วยบริการในเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร สามารถรองรับคำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากได้ทุกแห่ง ที่ตั้งในเขตกรุงเทพมหานคร

(๒) กรณีแพทย์ผู้รักษาและ/หรือผู้ป่วยสะดวกที่รับการรักษาและติดตามกับศูนย์โรคหายากที่ไม่เป็นตามตาราง สามารถทำได้ แต่ทั้งนี้ต้องเป็นการดูแลรักษาต่อเนื่องกับศูนย์โรคหายากนั้น หากจะมีการโอนผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องที่ศูนย์อื่นในเวลาต่อมาก็สามารถทำได้เช่นกัน

แนวทางปฏิบัติในการให้บริการและการขอรับค่าใช้จ่าย สำหรับหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นที่ตรวจรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น

หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นที่ตรวจรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น หากสงสัยว่า เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules) ให้ปฏิบัติดังนี้

(๑) แพทย์ผู้รักษาหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามเครือข่ายบริการที่กำหนด

(๒) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากจะเป็นผู้พิจารณาในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(๓) หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น เก็บตัวอย่าง Specimen ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจ

(๔) หากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก พบว่าผลการตรวจวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรคหายากตามที่กำหนด จะแจ้งให้แพทย์ผู้ดูแลในหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

(๕) การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น การตรวจรักษา และการส่งต่อผู้ป่วย ให้เบิกจ่ายตามระบบปกติ ตามแต่ละกรณี

หมายเหตุ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับการวินิจฉัยโรคหายาก ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก จะเป็นผู้ขอรับค่าใช้จ่ายมายังสำนักงานโดยตรง

แนวทางปฏิบัติในการให้บริการและการขอรับค่าใช้จ่าย สำหรับศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

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

(๒) เมื่อพบว่า ผลการตรวจวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรคหายากตามที่กำหนด จะแจ้งให้แพทย์ผู้ดูแลในหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นส่งต่อผู้ป่วยมารักษาที่ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

(๓) การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ค่าตรวจวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงตามเงื่อนไข และค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก จะเป็นผู้ขอรับค่าใช้จ่ายมายังสำนักงาน โดยตรงตามอัตราและเงื่อนไขที่กำหนด

ค. อัตราและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย

๑. ค่าตรวจวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงตามเงื่อนไข

รายการตรวจ	อัตราจ่ายต่อครั้ง (บาท)
TMS: Comprehensive metaboloc test	๓,๕๐๐
Plasma amino acid analysis	๓,๕๐๐
GC/MS: Urine organic acid	๓,๕๐๐

๒. ค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

๒.๑ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหายากในปีแรกสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ นับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหายาก เป็นการจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่เป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ที่มีการลงทะเบียนและให้การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการตรวจยืนยัน การรักษาพยาบาลรวมกรณีภาวะแทรกซ้อน และการติดตามผล การรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคหายาก ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ดังนี้

กลุ่ม	โรค	อัตราจ่ายต่อคนต่อปี (บาท)
กลุ่ม A	• Other Organic aciduria (acidemia)	๓๐๐,๐๐๐
	• Propionic acidemia	๓๐๐,๐๐๐
	• Methylmalonic acidemia	๓๐๐,๐๐๐
	• Cobalamine defect	๓๐๐,๐๐๐
	• Isovaleric acidemia	๓๐๐,๐๐๐
	• Glutaric acidemia type 1	๓๐๐,๐๐๐
	• Maple syrup urine disease (MSUD)	๓๐๐,๐๐๐

กลุ่ม	โรค	อัตราจ่ายต่อคนต่อปี (บาท)
	• Urea cycle disorders, unspecified enzyme defect	๓๐๐,๐๐๐
	• Ornithine transcarbamylase (OTC) deficiency	๓๐๐,๐๐๐
	• NAGS deficiency	๓๐๐,๐๐๐
	• Citrullinemia type 1	๓๐๐,๐๐๐
	• Argininosuccinic aciduria (ASS deficiency)	๓๐๐,๐๐๐
	• Arginase deficiency (argininemia)	๓๐๐,๐๐๐
	• Phenylketonuria	๓๐๐,๐๐๐
	• Other specified disorders of amino acid metabolism	๓๐๐,๐๐๐
	• NICCD (Neonatal intrahepatic cholestasis caused by citrin deficiency)	๓๐๐,๐๐๐
	• Citrullinemia type 2	๓๐๐,๐๐๐
	• Tyrosinemia type 1	๓๐๐,๐๐๐
กลุ่ม B	• Disorders of Fatty acid oxidation and ketogenesis	๕๐,๐๐๐
	• Disorders of Carnitine cycle and Carnitine transport	๕๐,๐๐๐
	• Systemic primary carnitine deficiency	๕๐,๐๐๐
	• Tetrahydrobiopterin (BH4) deficiency	๕๐,๐๐๐
	• Multiple carboxylase deficiency: Biotinidase deficiency	๕๐,๐๐๐
	• Multiple carboxylase deficiency: Holocarboxylase deficiency	๕๐,๐๐๐

๒.๑.๑ งวดการจ่ายค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายากให้แก่หน่วยบริการที่เป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก แบ่งเป็น ๒ งวด

งวดที่ ๑ จ่ายร้อยละ ๕๐ ของค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายในแต่ละกลุ่มโรค โดยมีเงื่อนไขการจ่าย ดังนี้

- ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจยืนยันว่าเป็นโรคหายากที่กำหนด
- มีการลงทะเบียนในโปรแกรมระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามที่สำนักงานกำหนด

งวดที่ ๒ จ่ายร้อยละ ๕๐ ของค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายในแต่ละกลุ่มโรค โดยมีเงื่อนไขการจ่าย ดังนี้

- รายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด และหรือการติดตามเมื่อจำหน่ายออกจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก
- ระยะเวลาการจ่าย หลังจากวันลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคหายาก ๙๐ วัน

๒.๑.๒ ในกรณีที่ผู้มีสิทธิเสียชีวิตหรือเปลี่ยนสิทธิการรักษาภายใน ๙๐ วันนับจากวันลงทะเบียน ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากจะได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราร้อยละ ๕๐ ของอัตราเหมาจ่ายในแต่ละกลุ่มโรค แต่หากเสียชีวิตหรือเปลี่ยนสิทธิการรักษาหลังจากวันลงทะเบียนเกิน ๙๐ วัน ศูนย์การดูแลผู้ป่วยจะได้รับค่าใช้จ่ายเต็มจำนวน โดยการนับรอบการจ่ายค่าใช้จ่ายต่อปี จะนับตามรอบปีนับจากวันลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคหายาก

๒.๒ การรักษาพยาบาลหรือการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายเดิม อัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตราแต่ละกลุ่มโรค ดังนี้

กลุ่ม	โรค	อัตราจ่ายต่อคนต่อปี (บาท)	
กลุ่ม A	• Other Organic aciduria (acidemia)	๒๐๐,๐๐๐	
	• Propionic acidemia	๒๐๐,๐๐๐	
	• Methylmalonic acidemia	๒๐๐,๐๐๐	
	• Cobalamin defect	๒๐๐,๐๐๐	
	• Isovaleric acidemia	๒๐๐,๐๐๐	
	• Glutaric acidemia type 1	๒๐๐,๐๐๐	
	• Maple syrup urine disease (MSUD)	๒๐๐,๐๐๐	
	• Urea cycle disorders, unspecified enzyme defect	๒๐๐,๐๐๐	
	• Ornithine transcarbamylase (OTC) deficiency	๒๐๐,๐๐๐	
	• NAGS deficiency	๒๐๐,๐๐๐	
	• Citrullinemia type 1	๒๐๐,๐๐๐	
	• Argininosuccinic aciduria (ASS deficiency)	๒๐๐,๐๐๐	
	• Arginase deficiency (argininemia)	๒๐๐,๐๐๐	
	• Phenylketonuria	๒๐๐,๐๐๐	
	• Other specified disorders of amino acid metabolism	๒๐๐,๐๐๐	
	• NICCD (Neonatal intrahepatic cholestasis caused by citrin deficiency)	๒๐๐,๐๐๐	
	• Citrullinemia type 2	๒๐๐,๐๐๐	
	• Tyrosinemia type 1	๒๐๐,๐๐๐	
	กลุ่ม B	• Disorders of Fatty acid oxidation and ketogenesis	๓๓,๐๐๐
		• Disorders of Carnitine cycle and Carnitine transport	๓๓,๐๐๐
• Systemic primary carnitine deficiency		๓๓,๐๐๐	
• Tetrahydrobiopterin (BH4) deficiency		๓๓,๐๐๐	
• Multiple carboxylase deficiency: Biotinidase deficiency		๓๓,๐๐๐	
• Multiple carboxylase deficiency: Holocarboxylase deficiency	๓๓,๐๐๐		

๒.๒.๑ งวดการจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลหรือการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายเดิมให้แก่หน่วยบริการที่เป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก แบ่งเป็น ๒ งวด ดังนี้

งวดที่ ๑ จ่ายร้อยละ ๕๐ ของค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายในแต่ละกลุ่มโรค โดยมีเงื่อนไขการจ่าย ดังนี้

- รายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด และหรือการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

งวดที่ ๒ จ่ายร้อยละ ๕๐ ของค่าจ่ายเหมาจ่ายในแต่ละกลุ่มโรค โดยมีเงื่อนไขการจ่าย ดังนี้

- รายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด และหรือการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

- ระยะเวลาการจ่าย หลังจากเบิกงวดที่ ๑ ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน

๒.๒.๒ ในกรณีที่ผู้มีสิทธิเสียชีวิตหรือเปลี่ยนสิทธิการรักษาภายใน ๙๐ วัน นับจากวันที่ติดตามอาการ งวดที่ ๑ ในปีนั้น ๆ การดูแลผู้ป่วยโรคร้ายจะได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราร้อยละ ๕๐ ของอัตราเหมาจ่าย ในแต่ละกลุ่มโรค แต่หากเสียชีวิตหรือเปลี่ยนสิทธิการรักษาหลังจากวันที่ติดตามอาการเกิน ๙๐ วัน ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคร้ายจะได้รับค่าใช้จ่ายเต็มจำนวน

หมายเหตุ : กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีการเปลี่ยนสิทธิการรักษา ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคร้าย แจ้งให้สำนักงานทราบภายใน ๑๕ วัน หลังจากทราบข้อมูลการเสียชีวิตหรือเปลี่ยนสิทธิจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสิทธิอื่น

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค
(ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๖ และข้อ ๓๖.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น ๒.๒.๕ ของ ๒.๒ ของข้อ ๒ ในเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖

“๒.๒.๕ การให้เลือดทุกชนิด”

ข้อ ๔ การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย สำหรับบริการการให้เลือดทุกชนิด ที่ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ข้อ ๕ ให้เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรค
ที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค (ฉบับที่ ๓)
พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๖ และข้อ ๓๖.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกเอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖ และให้ใช้เอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศนี้แทน

ข้อ ๔ ให้เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค (ฉบับที่ ๓)

พ.ศ. ๒๕๖๘

ลงวันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

อัตราการจ่ายบริการรักษา การตรวจ และติดตามการรักษา

รายการ	อัตราการจ่าย
๑. บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	
ค่าทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลิน (Tuberculin Skin Test: TST)	๔๐ บาทต่อครั้งต่อปี ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อปี
๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษาวัณโรค	
(๑) ค่าตรวจ AFB (เฉพาะเสมหะ)	๒๐ บาทต่อตัวอย่าง (ไม่เกิน ๓ ตัวอย่าง)
(๒) ค่าตรวจ CXR	๑๐๐ บาทต่อครั้ง
๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัย หรือติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา	
๓.๑ การตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture	
(๑) เทคนิค Solid Media	๒๐๐ บาทต่อตัวอย่าง
(๒) เทคนิค Liquid Media	๓๐๐ บาทต่อตัวอย่าง
๓.๒ การตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST)	
(๑) เทคนิค Solid Media	๒๐๐ บาทต่อตัวอย่าง
(๒) เทคนิค Liquid Media	๕๐๐ บาทต่อตัวอย่าง
๓.๓ การตรวจหาเชื้อดื้อยา First-line drugs	
(๑) TB-LAMP วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๒๐๐ บาทต่อครั้ง
(๒) Real-time PCR (Xpert MTB/RIF)	จ่ายรวม ๕๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดี่ยว)	๑๐๐ บาทต่อครั้ง
(๓) Real-time PCR MTB/MDR (Anyplex)	จ่ายรวม ๖๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Isoniazid แล Rifampicin (๒ ชนิด)	๒๐๐ บาทต่อครั้ง

รายการ	อัตรการจ่าย
(๔) Line Probe Assay (LPA)	จ่ายรวม ๖๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Isoniazid และ Rifampicin (๒ ชนิด)	๒๐๐ บาทต่อครั้ง
๓.๔ การตรวจหาเชื้อดื้อยา Second-line drugs	
(๑) Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ	๗๐๐ บาทต่อครั้ง
(๒) Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)	
๔. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	๒๐ บาทต่อครั้ง

หมายเหตุ:

- ๑) อัตรการจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนดต่อครั้งบริการ
- ๒) การส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (First line drug) กรณีการส่งส่งตรวจครั้งเดียวกันจะจ่ายค่าตรวจด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งเท่านั้น

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาภาวะมีบุตรยาก
พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาภาวะมีบุตรยาก พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๖.๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาภาวะมีบุตรยาก พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๔ ให้เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการกรณีการรักษาภาวะมีบุตรยาก ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือมีสูตินรีแพทย์ หรือสูตินรีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการตามข้อ ๖ (๒) และข้อ ๖ (๓) จะต้องผ่านการรับรองมาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก อายุ ๓๐ - ๔๐ ปีบริบูรณ์ และมีคู่สมรสที่จดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการรักษาภาวะมีบุตรยากตามข้อ ๕ จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายค่ายากระตุ้นไข่และยาเหนี่ยวนำการตกไข่ (OS : ovarian stimulation) จ่ายตามจริงไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๓ ครั้ง ในระยะเวลา ๑๒ เดือน หรือ

(๒) จ่ายค่ายากระตุ้นไข่และยาเหนี่ยวนำการตกไข่ (OS: ovarian stimulation) และการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง (IUI : Intra-Uterine Insemination) จ่ายตามจริงไม่เกิน ๔,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๓ ครั้ง ในระยะเวลา ๑๒ เดือน

(๓) จ่ายค่าบริการการทำเด็กหลอดแก้ว (IVF In Vitro Fertilization หรือ ICSI Intra-Cytoplasmic Sperm Injection) เหม่าจ่ายในอัตรา ๑๐๐,๐๐๐ บาท โดยครอบคลุมการตรวจทางพันธุศาสตร์ และการย้ายตัวอ่อน (ET : Embryo Transfer) ได้ ๒ ครั้ง

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๘ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๗ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๑๐ การให้บริการตามประกาศนี้ต้องสอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการ และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ <http://cpp.nhso.go.th/ CPP/> โดยสำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๑ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๐ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๑ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะตรวจสอบข้อมูลภายหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการต้องเป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติภาวะมีบุตรยากของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๖

(๒) กรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายบริการในข้อ ๖ (๑) ต้องพบหลักฐานการให้บริการและการส่งจ่ายยา ตามบริการและจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนครั้งที่ให้บริการต้องเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

(๓) กรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายบริการในข้อ ๖ (๒) ต้องพบหลักฐานการให้บริการการส่งจ่ายยา และบันทึกเหตุการณ์การฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง ตามบริการและจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนครั้งที่ให้บริการต้องเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

(๔) กรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายบริการในข้อ ๖ (๓) ต้องพบหลักฐาน ดังต่อไปนี้

(ก) บันทึกข้อบ่งชี้ในการให้บริการการทำเด็กหลอดแก้ว (IVF In Vitro Fertilization หรือ ICSI Intra-Cytoplasmic Sperm Injection) ตามข้อ ๖ (๓) ซึ่งให้บริการได้ต่อเมื่อการดำเนินการตามข้อ ๖ (๑) ไม่สำเร็จและไม่สามารถดำเนินการตามข้อ ๖ (๒) ได้

(ข) พบหลักฐานการให้บริการการส่งจ่ายยา และบันทึกเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง ตามบริการและจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนครั้งที่ให้บริการต้องเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบหลักฐานการให้บริการการให้บริการตามเกณฑ์ที่กำหนดในข้อ ๑๓

ข้อ ๑๕ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวดที่ ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๔๐ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๑๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๘ (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๒๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คนพิการ” หมายความว่า ผู้รับบริการที่เป็นคนพิการ ทั้งนี้ คนพิการให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

“ผู้สูงอายุ” หมายความว่า ผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ

ข้อ ๕ ให้เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

(๒) เป็นการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์แก่ผู้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกตามข้อ ๗ ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ตามข้อ ๖ ให้เป็นไปตามรายการบริการ กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ อัตราการจ่าย และเงื่อนไขบริการ ดังต่อไปนี้

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๑. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง	เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง		
๒. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้าง ความคุ้นเคย กับสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนไหว	๑. คนพิการทางการเห็น (DF1) ที่มีอายุตั้งแต่ ๖ ปีขึ้นไป ทั้งที่เป็น คนพิการตั้งแต่กำเนิด หรือพิการในภายหลัง ๒. คนพิการทางการเห็น (DF1) ที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันได้	๙,๐๐๐ บาทต่อราย	หน่วยบริการลงทะเบียน และบันทึกแผนการให้บริการ รายบุคคลหรือรายกลุ่ม หรือรายละเอียดกิจกรรม ที่ให้บริการ ตามมาตรฐานพื้นฐาน การให้บริการ และมีผู้ให้บริการ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร การฝึกทักษะการสร้าง ความคุ้นเคย กับสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนไหว (Orientation and Mobility Instructor) และได้รับ ใบประกาศนียบัตรรับรอง จากสถาบันราชสุดา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดเพิ่มเติม

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๓. บริการฝึกทักษะ การดำรงชีวิตอิสระ สำหรับคนพิการ	คนพิการที่ขึ้นทะเบียน เป็นคนพิการประเภท ๓ (พิการทางร่างกาย และการเคลื่อนไหว) ที่ไม่มีปัญหาทางการรับรู้ (cognitive function) หรือไม่มีปัญหา ทางการสื่อสาร และไม่มีคามพิการซ้ำซ้อน เช่น พิการทางสติปัญญา พิการทางการมองเห็น พิการทางการได้ยิน หรือพิการด้านอื่นร่วมด้วย	๑๑,๐๐๐ บาทต่อราย	หน่วยบริการลงทะเบียน และบันทึกเป้าหมายหรือแผน การให้บริการรายบุคคล หรือรายละเอียดกิจกรรม ที่ให้บริการ และมีผู้ให้บริการ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกทักษะ การดำรงชีวิตอิสระคนพิการ (Independent Living Instructor) ตามมาตราฐานที่กรมการแพทย์ รับรอง และได้รับประกาศนียบัตร รับรองจากสถาบันราชสุดา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพิ่มเติม
๔. บริการฟื้นฟู สมรรถภาพ ด้านการแพทย์อื่น ๆ	๑. คนพิการ หรือบุคคล ที่มีเอกสารรับรอง ความพิการที่ได้รับ การวินิจฉัยและประเมิน ความพิการจากแพทย์ แต่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน เป็นคนพิการที่จำเป็น ต้องได้รับการฟื้นฟู สมรรถภาพ ด้านการแพทย์ ๒. ผู้สูงอายุที่จำเป็น ต้องได้รับการฟื้นฟู สมรรถภาพ ด้านการแพทย์	จ่ายตามระบบคะแนน ภายใต้การบริหารการเงิน แบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ของรายการบริการ ดังต่อไปนี้ ๑. กายภาพบำบัด รายบุคคล (H9339) ๑๕๐ บาทต่อวัน ๒. กิจกรรมบำบัด (๑) รายบุคคล (H9383.1) ๑๕๐ บาท ต่อวัน	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการ	อัตราค่าจ่าย	เงื่อนไขบริการ
	๓. ผู้รับบริการ ที่เป็นผู้ป่วย ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่า จำเป็นต้องได้รับ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการแพทย์	(๒) รายการกลุ่ม (H9383.2) ๗๕ บาท ต่อคนต่อวัน ๓. การแก้ไขการพูด (๑) รายการบุคคล (H9375.1) ๑๕๐ บาทต่อวัน (๒) รายการกลุ่ม (H9375.2) ๗๕ บาท ต่อคนต่อวัน ๔. จิตบำบัด (๑) รายการบุคคล (H9449.1) ๓๐๐ บาทต่อวัน (๒) รายการกลุ่ม (H9449.2) ๑๕๐ บาท ต่อคนต่อวัน ๕. พฤติกรรมบำบัด (๑) รายการบุคคล (H9433.1) ๓๐๐ บาทต่อวัน (๒) รายการกลุ่ม (H9433.2) ๑๕๐ บาท ต่อคนต่อวัน ๖. ฟื้นฟูการได้ยิน รายการบุคคล (H9549) ๑๕๐ บาทต่อวัน	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการ	อัตรการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		๗. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการเห็น (๑) รายบุคคล (H9378.2) ๑๕๐ บาทต่อวัน (๒) รายกลุ่ม (H9378.3) ๗๕ บาท ต่อคนต่อวัน ๘. Early Intervention (๑) รายบุคคล (H9438.1) ๑๕๐ บาทต่อวัน (๒) รายกลุ่ม (H9438.2) ๗๕ บาท ต่อคนต่อวัน ๙. Phenol block รายบุคคล (H0489) ๕๐๐ บาทต่อวัน	

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรม Disability Portal หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนดผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงานหรือเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๙ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะประมวลและแจ้งรายการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ทั้งนี้ การขอรับค่าใช้จ่ายต้องสอดคล้องกับศักยภาพและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile: CPP)

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๓ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๒ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๓ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๕ สำนักงานจะตรวจสอบข้อมูลภายหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๑	กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนไหว	๑. พบเอกสารหลักฐานการประเมินจากคณะกรรมการประเมินศักยภาพคนพิการของหน่วยบริการตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือผลการประเมินจากแพทย์ว่าผู้รับบริการมีคุณลักษณะเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่สำนักงานกำหนด ๒. พบเอกสารหลักฐานการให้บริการ ที่มีการบันทึกแผนการให้บริการรายบุคคลหรือรายกลุ่ม และรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการ
๒	กรณีบริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ	๑. พบเอกสารหลักฐานการประเมินจากคณะกรรมการประเมินศักยภาพคนพิการของหน่วยบริการตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือผลการประเมินจากแพทย์ว่าผู้รับบริการมีคุณลักษณะเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่สำนักงานกำหนด ๒. พบเอกสารหลักฐานการให้บริการที่มีการบันทึกเป้าหมายหรือแผนการให้บริการรายบุคคล และรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการ
๓	กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่น ๆ	๑. พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่สนับสนุนและมีการประเมินของแพทย์ในการประเมินว่าผู้รับบริการมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ หรือเป็นคนพิการ ๒. พบเอกสารหลักฐานการให้บริการที่บันทึกรายละเอียดกิจกรรมตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๑๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

- (๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

- (๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ
- (๓) ตรวจสอบพบการให้บริการไม่สอดคล้องกับศักยภาพและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile: CPP)
- (๔) ไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการในข้อ ๑๕
- ข้อ ๑๗ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๔๐ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คนพิการ” หมายความว่า ผู้รับบริการที่เป็นคนพิการ ทั้งนี้ คนพิการให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

“ผู้สูงอายุ” หมายความว่า ผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกตามกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการในข้อ ๗

(๒) เป็นการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ตามรายการบริการที่กำหนดในข้อ ๗

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ตามข้อ ๖ ให้เป็นไปตามรายการบริการ กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ แนวทางและอัตราการจ่าย ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	แนวทางและอัตราการจ่าย
๑	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง	เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	
๒	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนไหว	๑. คนพิการทางการเห็น (DF1) ที่มีอายุตั้งแต่ ๖ ปีขึ้นไป ทั้งที่เป็น คนพิการตั้งแต่กำเนิด หรือพิการในภายหลัง ๒. คนพิการทางการเห็น (DF1) ที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันได้	๑. จ่ายในอัตรา ๙,๐๐๐ บาท ต่อราย เมื่อหน่วยบริการ ลงทะเบียนและบันทึกแผน การดำเนินงาน โดยมีรูปแบบ การให้บริการแบบรายกลุ่ม หรือรายบุคคล ตามมาตรฐาน พื้นฐานการให้บริการ และมีครูฝึกทักษะการสร้าง ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนไหวทักษะ (Orientation and Mobility : O&M) ที่ผ่านการอบรม ในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน (Orientation and Mobility Instructor) และได้รับ ใบประกาศนียบัตรการรับรอง จากสถาบันราชสุดา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงาน กำหนดเพิ่มเติม ๒. แนวทางในการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	แนวทางและอัตราการจ่าย
			<p>๒.๑ กรณีไม่มีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ให้จ่ายจากค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์</p> <p>๒.๒ กรณีมีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด จ่ายจากค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด</p>
๓	บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ	<p>๑. คนพิการที่ขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการประเภท ๓ (พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว)</p> <p>๒. คนพิการที่ไม่มีปัญหาทางการรับรู้ (cognitive function) หรือไม่มีปัญหาทางการสื่อสาร</p> <p>๓. คนพิการที่มีความพิการซ้ำซ้อน เช่น พิการทางสติปัญญา</p>	<p>จ่ายในอัตรา ๑๑,๐๐๐ บาท ต่อราย จากค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยให้บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระตามมาตรฐานที่กรมการแพทย์ให้การรับรอง ซึ่งผู้ให้บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ (Independent Living : IL) ต้องผ่านการอบรมในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน (Independent Living Instructor) และได้รับ</p>

ลำดับ	รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	แนวทางและอัตราการจ่าย
		<p>พิการทางการมองเห็น</p> <p>พิการทางการได้ยิน</p> <p>หรือพิการด้านอื่นร่วม</p>	<p>ใบประกาศนียบัตร</p> <p>การรับรองจากสถาบันราชสุดา</p> <p>คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล</p> <p>รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด</p> <p>เพิ่มเติม ซึ่งแบ่งการจ่าย</p> <p>เป็น ๒ ครั้ง ดังต่อไปนี้</p> <p>๑. ครั้งที่ ๑ จ่ายในอัตรา</p> <p>๖,๐๐๐ บาท</p> <p>เมื่อหน่วยบริการลงทะเบียน</p> <p>และบันทึก Achieve goal</p> <p>๒. ครั้งที่ ๒ จ่ายในอัตรา</p> <p>๕,๐๐๐ บาท</p> <p>เมื่อหน่วยบริการบันทึกผล</p> <p>การดำเนินงาน</p>
๔	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการแพทย์อื่น ๆ	<p>๑. คนพิการ หรือบุคคล</p> <p>ที่มีเอกสารรับรอง</p> <p>ความพิการที่ได้รับ</p> <p>การวินิจฉัยและประเมิน</p> <p>ความพิการจากแพทย์</p> <p>แต่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน</p> <p>เป็นคนพิการ ที่จำเป็น</p> <p>ต้องได้รับการฟื้นฟู</p> <p>สมรรถภาพ</p> <p>ด้านการแพทย์</p> <p>๒. ผู้สูงอายุ ที่จำเป็น</p> <p>ต้องได้รับการฟื้นฟู</p>	<p>๑. จ่ายตามระบบคะแนนภายใต้</p> <p>การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน</p> <p>(Point system within</p> <p>Global budget)</p> <p>ของรายการบริการ ดังต่อไปนี้</p> <p>๑.๑ กายภาพบำบัด</p> <p>รายบุคคล (H9339)</p> <p>๑๕๐ บาทต่อวัน</p> <p>๑.๒ กิจกรรมบำบัด</p> <p>(๑) รายบุคคล</p> <p>(H9383.1)</p> <p>๑๕๐ บาทต่อวัน</p>

ลำดับ	รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	แนวทางและอัตราการจ่าย
		สมรรถภาพ ด้านการแพทย์ ๓. ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วย ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่า จำเป็นต้องได้รับ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการแพทย์	(๒) รายการ (H9383.2) ๗๕ บาทต่อคนต่อวัน ๑.๓ การแก้ไขการพูด (๑) รายบุคคล (H9375.1) ๑๕๐ บาทต่อวัน (๒) รายการ (H9375.2) ๗๕ บาทต่อคนต่อวัน ๑.๔ จิตบำบัด (๑) รายบุคคล (H9449.1) ๓๐๐ บาทต่อวัน (๒) รายการ (H9449.2) ๑๕๐ บาทต่อคนต่อวัน ๑.๕ พฤติกรรมบำบัด (๑) รายบุคคล (H9433.1) ๓๐๐ บาทต่อวัน (๒) รายการ (H9433.2) ๑๕๐ บาทต่อคนต่อวัน ๑.๖ ฟื้นฟูการได้ยิน รายบุคคล (H9549) ๑๕๐ บาทต่อวัน ๑.๗ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการเห็น (๑) รายบุคคล (H9378.2) ๑๕๐ บาทต่อวัน

ลำดับ	รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	แนวทางและอัตราการจ่าย
			<p>(๒) รายการ (H9378.3) ๗๕ บาทต่อคนต่อวัน</p> <p>๑.๘ Early Intervention</p> <p>(๑) รายบุคคล (H9438.1) ๑๕๐ บาทต่อวัน</p> <p>(๒) รายการ (H9438.2) ๗๕ บาทต่อคนต่อวัน</p> <p>๑.๙ Phenol block รายบุคคล (H0489) ๕๐๐ บาทต่อวัน</p> <p>๒. รายการบริการที่ ๑.๑ ถึง ๑.๙ มีแนวทางในการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้</p> <p>๒.๑ กรณีให้บริการใน หน่วยบริการเบิก จากค่าบริการฟื้นฟู สมรรถภาพ ด้านการแพทย์</p> <p>๒.๒ การให้บริการในรายการ บริการที่ ๑.๑ และ ๑.๒ ผู้รับบริการสามารถ รับบริการที่บ้าน ที่พักอาศัย หรือในชุมชนได้ โดยหน่วยบริการที่ให้บริการ ในกรณีดังกล่าว ต้องเป็นหน่วยบริการ</p>

ลำดับ	รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	แนวทางและอัตราการจ่าย
			<p>ที่สามารถให้บริการที่บ้าน ที่พักอาศัย หรือในชุมชนได้ โดยมีแนวทางในการเบิกจ่าย ดังต่อไปนี้</p> <p>(๑) กรณีมีกองทุนฟื้นฟู สมรรถภาพระดับ จังหวัด ให้เบิกจ่าย จากค่าบริการ สาธารณสุขร่วมกับ องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด ตามประกาศ คณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติเกี่ยวกับ หลักเกณฑ์ การดำเนินงาน และบริหารจัดการ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด</p> <p>(๒) กรณีไม่มีกองทุนฟื้นฟู สมรรถภาพระดับจังหวัด ให้เบิกจ่าย จากค่าบริการฟื้นฟู สมรรถภาพ ด้านการแพทย์</p>

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรม Disability Portal หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงานตามโครงสร้างข้อมูลที่กำหนด หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๙ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๑ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ เนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๒ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๔ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	รายการตรวจสอบหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายและเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน
๑	กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้าง ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนไหว	๑. พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่สนับสนุน และมีการประเมินของแพทย์ในการประเมินว่าผู้รับบริการมีคุณลักษณะเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่สำนักงานกำหนด ๒. พบเอกสารหลักฐานการให้บริการที่บันทึกรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการระบุว่าเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม
๒	กรณีบริการฝึกทักษะ การดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ	๑. พบเอกสารหลักฐานที่สนับสนุน และมีการประเมินของแพทย์ในการประเมินว่าผู้รับบริการมีคุณลักษณะเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่สำนักงานกำหนด ๒. พบเอกสารหลักฐานการให้บริการโดยผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ๓. พบเอกสารหลักฐานรายละเอียดกิจกรรมการให้บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระตามมาตรฐานที่กรมการแพทย์ให้การรับรอง ๔. พบการบันทึก Achieve goal และบันทึกผลการดำเนินงาน
๓	กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่น ๆ	๑. พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่สนับสนุน และมีการประเมินของแพทย์ในการประเมินว่าผู้รับบริการมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ หรือเป็นผู้พิการ ๒. พบเอกสารหลักฐานการให้บริการที่บันทึกรายละเอียดกิจกรรมตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๑๕ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ ตามข้อ ๑๔

ข้อ ๑๖ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย ตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการ กรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๗ การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ตามประกาศนี้ ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๔๐ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๓ ของข้อ ๗ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	แนวทางและอัตราค่าจ่าย
“๓	บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ	คนพิการที่ขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการประเภท ๓ (พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว) ที่ไม่มีปัญหาทางการรับรู้ (cognitive function) หรือไม่มีปัญหาทางการสื่อสาร และไม่มีคามพิการซ้ำซ้อน เช่น พิกัดทางสติปัญญา พิกัดทางการมองเห็น พิกัดทางการได้ยิน หรือพิการด้านอื่นร่วมด้วย	จ่ายในอัตรา ๑๑,๐๐๐ บาทต่อราย จากค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยให้บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ ตามมาตรฐานที่กรมการแพทย์ให้การรับรอง ซึ่งผู้ให้บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ (Independent Living : IL) ต้องผ่านการอบรมในหลักสูตรครูฝึกพื้นฐาน (Independent Living Instructor) และได้รับใบประกาศนียบัตรการรับรองจากสถาบันราชสุดา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด

ลำดับ	รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	แนวทางและอัตราการจ่าย
			เพิ่มเติม ซึ่งแบ่งการจ่ายเป็น ๒ ครั้งดังต่อไปนี้ ๑. ครั้งที่ ๑ จ่ายในอัตรา ๖,๐๐๐ บาท เมื่อหน่วยบริการลงทะเบียนและบันทึกเป้าหมายการให้บริการรายบุคคล ๒. ครั้งที่ ๒ จ่ายในอัตรา ๕,๐๐๐ บาท เมื่อหน่วยบริการบันทึกผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย”

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๑ และลำดับ ๒ ของข้อ ๑๔ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รายการ	รายการตรวจสอบหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายและเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน
๑	กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนไหว	๑. พบเอกสารหลักฐานการบันทึกการให้บริการและผลการประเมินจากคณะกรรมการประเมินศักยภาพคนพิการของหน่วยบริการตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือผลการประเมินจากแพทย์ว่าผู้รับบริการมีคุณลักษณะเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่สำนักงานกำหนด ๒. พบเอกสารหลักฐานการให้บริการที่บ้านที่รายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการ ระบุว่าเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม
๒	กรณีบริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ	๑. พบเอกสารหลักฐานการบันทึกการให้บริการและผลการประเมินจากคณะกรรมการประเมินศักยภาพคนพิการของหน่วยบริการตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือผลการประเมินจากแพทย์ ว่าผู้รับบริการมีคุณลักษณะเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่สำนักงานกำหนด

ลำดับ	รายการ	รายการตรวจสอบหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายและเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน
		๒. พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่สำนักงานกำหนดในการบันทึกเป้าหมายการให้บริการรายบุคคล รายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการ และบันทึกผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย”

ข้อ ๕ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ตามประกาศนี้ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากการให้บริการดังกล่าว

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๒๐.๑๐.๖ ข้อ ๔๐ และข้อ ๔๐.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง” หมายความว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ หรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงบ้านและชุมชน

ข้อ ๕ ให้เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน

(๒) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก

ข้อ ๗ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยในตามข้อ ๖ (๑) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ในลักษณะ intermediate care ward หรือ intermediate care bed ตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(๒) เป็นการให้บริการแบบผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง หรือผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง หรือผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง ตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(๓) ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤต มีสถานะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอลน้อยกว่า ๑๕ หรือตั้งแต่ ๑๕ ร่วมกับมีความบกพร่องที่ส่งผลต่อการลดลงหรือการสูญเสียโครงสร้างหรือการทำงานของร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติอื่น ซึ่งส่งผลให้สมรรถนะในการทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ ลดลง ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการกิจวัตรประจำวัน ด้านระบบขับถ่าย ด้านระบบปัสสาวะ ด้านการสื่อความหมาย ด้านการกลืน หรือด้านการรับรู้ อย่างน้อยหนึ่งด้าน ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยในตามข้อ ๗ จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) โดยให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยในทั่วไป

ข้อ ๙ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอกตามข้อ ๖ (๒) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอกตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(๒) เป็นการให้บริการในหน่วยบริการเฉพาะแบบผู้ป่วยนอก หรือนอกหน่วยบริการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง หรือผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง หรือผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง ตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(๓) ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤต มีสถานะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอลน้อยกว่า ๑๕ หรือตั้งแต่ ๑๕ ร่วมกับมีความบกพร่องที่ส่งผลต่อการลดลงหรือการสูญเสียโครงสร้างหรือการทำงานของร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติอื่น ซึ่งส่งผลให้สมรรถนะในการทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ ลดลง ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการกิจวัตรประจำวัน ด้านระบบขับถ่าย ด้านระบบปัสสาวะ ด้านการสื่อความหมาย ด้านการกลืน หรือด้านการรับรู้

อย่างน้อยหนึ่งด้าน ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ข้อ ๑๐ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก ตามข้อ ๙ ให้เป็นไปตามรายการบริการและอัตราการจ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) บริการกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด หรือการแก้ไขการพูด โดยผู้ประกอบโรคศิลปะ ในแต่ละสาขาที่ตรงกับกิจกรรมบริการ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๔๕๐ บาทต่อครั้ง

(๒) ค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมจาก (๑) สำหรับการให้บริการที่บ้านหรือที่พักอาศัย ของผู้ป่วยระยะกลาง ในกรณีผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ จ่ายตามจริง ไม่เกิน ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

ทั้งนี้ หากมีการให้บริการหลายหน่วยบริการให้นับจำนวนครั้งการให้บริการต่อเนื่องกัน โดยการให้บริการกายภาพบำบัดต้องไม่เกิน ๒๐ ครั้ง ภายในระยะเวลา ๖ เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง การให้บริการกิจกรรมบำบัดและการแก้ไขการพูดรวมกันไม่เกิน ๑๐ ครั้ง ภายในระยะเวลา ๖ เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือโปรแกรม Disability Portal หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๑ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้ เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๓ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิ เมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ยกเว้น การให้บริการประเภทผู้ป่วยใน ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับ มาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๕ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๔ สำนักงานจะมีการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๖ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๕ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบให้มีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๗ สำนักงานจะตรวจสอบข้อมูลภายหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ตรวจสอบเอกสารหลักฐานดังต่อไปนี้

(ก) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ให้บริการในกลุ่มโรคตามข้อ ๗

(ข) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการวินิจฉัย หลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยกลุ่มโรคตามข้อ ๗ และประเมินเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู

(ค) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

(ง) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการกรณีที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)

(จ) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการบันทึกการประเมิน Barthel Score หรือ ADL ที่น้อยกว่า ๑๕ หรือตั้งแต่ ๑๕ ร่วมกับการบันทึกความบกพร่องที่ส่งผลกระทบต่ออาการลดลงหรือการสูญเสียโครงสร้างหรือการทำงานของร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติอื่น ซึ่งส่งผลให้สมรรถนะในการทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ ลดลง ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการทากิจวัตรประจำวัน ด้านระบบขับถ่าย ด้านระบบปัสสาวะ ด้านการสื่อความหมาย ด้านการกลืน หรือด้านการรับรู้ อย่างน้อยหนึ่งด้าน ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

(ฉ) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีบันทึกการบริการฟื้นฟู

(๒) กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ดังต่อไปนี้

(ก) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ให้บริการในกลุ่มโรคตามข้อ ๙

(ข) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการวินิจฉัย หลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยกลุ่มโรคตามข้อ ๙ และประเมินเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตที่มีสถานะทางการแพทย์คงที่ และจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู

(ค) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการบันทึกการประเมิน Barthel Score หรือ ADL ที่น้อยกว่า ๑๕ หรือตั้งแต่ ๑๕ ร่วมกับการบันทึกความบกพร่องที่ส่งผลกระทบต่ออาการลดลงหรือการสูญเสียโครงสร้างหรือการทำงานของร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติอื่น ซึ่งส่งผลให้สมรรถนะในการทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ ลดลง ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการทากิจวัตรประจำวัน ด้านระบบขับถ่าย ด้านระบบปัสสาวะ ด้านการสื่อความหมาย ด้านการกลืน หรือด้านการรับรู้ อย่างน้อยหนึ่งด้าน ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

(ง) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามกิจกรรมที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หลักฐานการให้บริการดังกล่าวมีบันทึกสถานที่ของการให้บริการ รายละเอียดของกิจกรรม ระยะเวลาของการให้บริการในแต่ละครั้ง และลงลายมือชื่อของบุคลากรที่มีคุณสมบัติตามที่สำนักงานกำหนดในการให้บริการ ทั้งนี้ จำนวนครั้งของการให้บริการและช่วงเวลาให้บริการเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๘ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการในข้อ ๑๗

ข้อ ๑๙ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๔๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการการแพทย์แผนไทย ได้แก่

(ก) บริการนวด

(ข) บริการประคบ

(ค) บริการนวดและประคบ

(ง) บริการอบสมุนไพร

(จ) บริการพอกเข้า

(ฉ) การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด ตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย

(ช) การช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

(๒) บริการการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ข้อ ๗ การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือกตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ โดยกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการเป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามข้อ ๗ ให้เป็นไปตามรายการบริการ อัตราการจ่าย และเงื่อนไขการจ่ายตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (๔๓ แฟ้ม) หรือโปรแกรม Disability portal หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงานหรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนดตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๓ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๒ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๓ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๕ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการเป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๗ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๘ การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้และให้หน่วยบริการที่ให้บริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการบริการ กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ประเภทหน่วยบริการ อัตราการจ่าย และเงื่อนไขการจ่ายสำหรับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
<p>๑. บริการการแพทย์แผนไทย</p> <p>๑.๑ บริการนวด</p> <p>บริการประคบ</p> <p>บริการนวดและประคบ</p> <p>บริการอบสมุนไพร</p> <p>และบริการพอกเข้า</p>	<p>๑. ผู้ที่ได้รับบริการวินิจฉัยโรค และรื้อฟื้นสติหลังการ การแพทย์แผนไทย ผู้ที่มีอาการปวดเข้า จากภาวะเข่าเสื่อม (OA Knee) หรือโรคลมจับโปงแก่งเข้า อายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป</p>	<p>๑. หน่วยบริการ ที่มีศักยภาพ ในการให้บริการ</p> <p>๒. หน่วยบริการ ตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่ขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการ ที่รับการส่งต่อ เฉพาะด้าน ที่ฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางกายภาพ และมีศักยภาพ ตามมาตรฐานบริการ นวดไทยเพื่อฟื้นฟู สมรรถภาพเด็กพิการ หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่กรมการแพทย์</p>	<p>จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการ แพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้ การบริหารการเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ตามอัตราที่กำหนด ดังต่อไปนี้</p> <p>๑. บริการนวด 200 point/ครั้ง</p> <p>๒. บริการประคบ 150 point/ครั้ง</p> <p>๓. บริการนวดและประคบ 250 point/ครั้ง</p> <p>๔. บริการอบสมุนไพร 120 point/ครั้ง</p> <p>๕. บริการพอกเข้า 100 point/ครั้ง</p>	<p>๑. มีรหัสโรคตาม ICD-10 หรือ ICD-10 ThaiMed และบันทึกรายการการยกยอตามรหัสยา ตามรหัสยามาตรฐานไทย หรือรหัสยา มาตรฐานไทยสำหรับยาแผนไทย (TMT หรือ TMTT) ตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้</p> <p>๒. การให้บริการประเภทบริการผู้ป่วยนอก ทั่วไป ไม่เกินวันละ ๑ ครั้ง</p> <p>๓. ประมวลผลจ่าย ๑ จุด ภายในไตรมาส ๔ ของปีงบประมาณ</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>๑. บริการนวด บริการประคบ บริการนวด และประคบ ภายในวันเดียวกัน หน่วยบริการจะได้รับการจ่าย เพียงรายการเดียวการหนึ่งเท่านั้น</p> <p>๒. กรณีบริการนวด บริการนวดและประคบ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ</p> <p>๒.๑ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการ ตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกัน</p>

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
		<p>แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือกกำหนด</p>		<p>สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ที่รับบริการส่งต่อเฉพาะด้าน ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และมีศักยภาพตามมาตรฐาน บริการนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ เด็กพิการ หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่กรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกกำหนด ๒.๒ จ่ายในอัตรา Point ละ ๑ บาท โดยสามารถให้บริการนวด ไม่เกิน ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ และบริการนวดและประคบ ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ รวมบริการนวดไม่เกิน ๓ ครั้ง ต่อสัปดาห์ ๒.๓ ประมวลผลจ่ายทุกเดือน ๓. กรณีบริการพอกเฝือก ให้บริการนวด ร่วมกับบริการพอกเฝือกไม่เกินวันละ ๑ ครั้ง รวมไม่เกิน ๕ ครั้ง ภายใน ๒ สัปดาห์ และมีรหัสตัดถดถอยการแพทย์แผนไทย ครบ ๔ กิจกรรมต่อครั้ง ดังต่อไปนี้</p>

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจัดจ่าย	เงื่อนไขการจัดจ่าย
๑.๒ การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย	มารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและรหัสทางการแพทย์แผนไทย	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการทางการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) อัตรา 500 point ต่อครั้ง	๘๗๒-๗๘-๑๑, ๘๗๓-๗๘-๑๑, ๘๗๔-๗๘-๑๑, ๘๗๕-๗๘-๓๕ ๑. มีรหัสโรคตาม ICD-10 หรือ ICD-10 ThaiMed และบันทึกการกายการยาสมุนไพรตามรหัสยามาตรฐานไทยหรือรหัสยามาตรฐานไทยสำหรับยาแผนไทย (TMT หรือ TTMT) ครบ ๕ กิจกรรมต่อครั้ง ดังต่อไปนี้ ๘๐๐๗๒๑๒, ๘๐๐๗๒๑๓, ๘๐๐๗๒๑๔, ๘๐๐๗๒๑๖, ๘๐๐๗๒๓๐ รวมไม่เกิน ๕ ครั้ง/๓ เดือน ๒. การให้บริการประเภทบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปภายในเวลา ๓ เดือน หลังคลอดไม่เกินวันละ ๑ ครั้ง ๓. ประมวลผลจ่าย ๑ งวด ภายในไตรมาส ๔ ของปีงบประมาณ
๑.๓ บริการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ	๑. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคโดยมีการสั่งการจ่ายสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ๒. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง พาร์กินสัน	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ	เหมาจ่ายตามผลงานบริการ โดยแบ่งเป็น ๓ ส่วน ดังต่อไปนี้ ๑. ยาสมุนไพรที่ใช้กับโรคที่พบบ่อย (Common disease) และกัญชาทางการแพทย์ จำนวน ๓๒ รายการจ่ายตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา	๑. มีรหัสโรคตาม ICD-10 หรือ ICD-10 ThaiMed และบันทึกการกายการยาสมุนไพรตามรหัสยามาตรฐานไทย หรือรหัสยามาตรฐานไทยสำหรับยาแผนไทย (TMT หรือ TTMT)

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจัดจ่าย	เงื่อนไขการจัดจ่าย
	<p>และไม่เมกรน โดยมีการใช้ นำมั้นกัญชา</p> <p>๓. ผู้ป่วยที่ได้รับบริการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคลมชัก และผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีการใช้สารสกัดกัญชา</p>		<p>ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารการเงิน แบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ในอัตรา Point ละ ๑ บาท ดังนี้</p> <p>๑.๑ ยาเพลา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยาเพลา ๔๐ บาท ต่อ course <p>การรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยาซึ่งพึ่งพิงสูตรตำรับที่ ๑, ๒ ๔๓ บาท ต่อ course การรักษา - ยานำมั้นเพลา ๔๐ บาท <p>ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๒ ยาแก้ลิ้นเปรี้ยว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยาแก้ลิ้นเปรี้ยว ๖๐ บาท <p>ต่อ course การรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยาสารสกัดจากเถาวัลย์เปรียง ๓๒ บาท ต่อ course การรักษา - ยาผสมเถาวัลย์เปรี้ยว (สูตรตำรับ ที่ ๑) ๘๖.๕๐ บาท ต่อ course <p>การรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยาผสมเถาวัลย์เปรี้ยว (สูตรตำรับ ที่ ๒) ๘๖.๕๐ บาท ต่อ course <p>การรักษา</p>	<p>๒. รูปแบบยา เงื่อนไขการสั่งจ่ายยาบัญชี รายการยาเฉพาะ และบัญชีรายการยา พิเศษ เป็นไปตามประกาศ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ด้านสมุนไพร เรื่อง บัญชียาหลัก แห่งชาติด้านสมุนไพร</p> <p>๓. การสั่งใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลัก แห่งชาติ ด้านสมุนไพร ตามแนวทาง ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกกำหนด และสำนักงาย คำบริการประเภทบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ต่อ course การรักษาตามแนวทาง ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกกำหนด</p> <p>๔. ข้อบ่งใช้สำหรับสารสกัดนำมั้นกัญชา บัญชีรายการยาเฉพาะ และบัญชี รายการยาพิเศษ ดังนี้</p> <p>๔.๑ ยานำมั้นสารสกัดกัญชาที่มี delta- 9-tetrahydrocannabinol (THC) ความแรงไม่เกิน 0.5 mg/drop ขนาด 5 ml. ปริมาณการใช้ยา ๒ ขวดต่อคนต่อเดือน และความแรง</p>

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยงานบริการ	อัตราค่าบริการ	เงื่อนไขการจ่าย
			<p>๑.๓ ยาประคบ (ยาประคบสมุนไพรเพรชสด, ยาประคบสมุนไพรแห้ง) ๑๐๐ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๔ ยาสูดที่ศีรษะ ๗๓ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๕ ยาปราบชมพูทวีป ๑๗๐ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๖ ยาฟ้าทะลายโจร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยาฟ้าทะลายโจร (ผงจากส่วนเหนือดิน) ๙๒ บาท ต่อ course การรักษา - ยาฟ้าทะลายโจร (สารสกัด) ๑๓๖.๕๐ บาท ต่อ course การรักษา - ยาฟ้าทะลายโจร (ผงจากส่วนเหนือดินที่ควบคุม Andrographolide) ๑๓๖.๕๐ บาท ต่อ course การรักษา <p>๑.๗ ยาแก้ไอผสมมะขามป้อม (สูตรตำรับที่ ๑, ๒) ๘๔ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๘ ยาประสมมะแว้ง ๕๐ บาท ต่อ course การรักษา</p>	<p>ไม่เกิน 3 mg/drop ขนาด 10 ml. ปริมาณการใช้ยา ๑ ขวดต่อคนต่อเดือน โดยใช้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย</p> <p>๔.๒ ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) ในอัตราส่วน ๑:๑ ขนาด 5 ml. ปริมาณการใช้ยา ๒ ขวดต่อคนต่อเดือน ใช้รักษาเสริมในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายที่มีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หรือมีอาการปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่รักษาด้วยยามาตรฐานไม่ได้ หรือไม่ได้ผล</p> <p>๔.๓ ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี Cannabidiol (CBD) 100 mg/ml และมี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ในอัตราส่วนที่ CBD:THC มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐:๑ ขนาด 10 ml. และขนาด 30 ml.</p>

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราค่าจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
			<p>๑.๙ ยาธาตุน้ำดื่ม ๘๔ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๑๐ ยาฆ่าเชื้อ</p> <p>- ยาฆ่าเชื้อชั้น ๕๖ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>- ยาฆ่าเชื้อชั้น ๑๙๑.๕๐ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๑๑ ยาฆ่าเชื้อชั้น ๓๑.๕๐ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๑๒ ยาฆ่าเชื้อชั้น (สูตรที่ ๑, ๒) ๒๐๔ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๑๓ ยาฆ่าเชื้อ ๘๔ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๑๔ ยาฆ่าเชื้อชั้น ๗๐ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๑๕ ยาฆ่าเชื้อชั้น ๕๓ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๑๖ ยาฆ่าเชื้อชั้น ๓๐.๕๐ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๑๗ ยาฆ่าเชื้อชั้น ๓๓ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๑๘ ยาฆ่าเชื้อชั้น ๔๘ บาท ต่อ course การรักษา</p>	<p>กรณีโรคติดเชื้อที่รักษายาก และโรคติดเชื้อที่ติดต่อต่อการรักษา</p> <p>๕. การจ่ายค่าใช้จ่าย</p> <p>๕.๑ ยาฆ่าเชื้อที่ใช้กับโรคที่พบบ่อย (Common disease) และกัญญาทางการแพทย์ จำนวน ๓๒ รายการ</p> <p>๕.๒ การจ่ายตามเกณฑ์ผลการบริการ</p> <p>สำหรับหน่วยบริการที่สามารถใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ๑๐๐% ที่ผ่านการตรวจสอบ</p> <p>ตามที่สำนักงานกำหนด</p> <p>๕.๓ ยาฆ่าเชื้อในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือจาก ๕.๑</p> <p>ประมาณผลจ่าย ๑ งวด ภายในไตรมาส ๔ ของปีงบประมาณ</p>

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราค่าบริการ	เงื่อนไขการจ่าย
			<p>๑.๑๙ ยาแก้ลมแก้เส้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยาแก้ลมแก้เส้น (ยาแคปซูล) ๔๒๐ บาท ต่อ course การรักษา - ยาแก้ลมแก้เส้น (ยาผง) ๓๙๐ บาท ต่อ course การรักษา <p>๑.๒๐ ยาทำลายพระสุเมรุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยาทำลายพระสุเมรุ (ยาแคปซูล) ๒๗๐ บาท ต่อ course การรักษา - ยาทำลายพระสุเมรุ (ยาผง) ๒๔๐ บาท ต่อ course การรักษา <p>๑.๒๑ ยาสุขไสยาสน์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยาสุขไสยาสน์ (ยาแคปซูล) ๔๒๐ บาท ต่อ course การรักษา - ยาสุขไสยาสน์ (ยาผง) ๓๓๐ บาท ต่อ course การรักษา <p>๑.๒๒ ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากช่อดอก ซึ่งยามี delta-9-tetrahydrocannabinol(THC) 2.0 mg/ml ๓๔๔ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๒๓ ยาน้ำมันกัญชาทั้งทำ ๖๐๐ บาท ต่อ course การรักษา</p>	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจัดจ่าย	เงื่อนไขการจัดจ่าย
			<p>๑.๒๔ ยาน้ำมันสารสกัดกัญชา ที่มี cannabidiol (CBD) 100 mg/ml และมี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ในอัตราส่วนที่ CBD:THC มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐:๑ (ยาหยอดในช่องปาก หรือเมื่อสูดในช่องปาก)</p> <p>- ขนาด 10 ml จัดจ่ายในอัตรา ๒,๐๐๐ บาทต่อขวด</p> <p>อัตราจ่ายตามปริมาณการใช้ยาตามจริง</p> <p>- ขนาด 30 ml จัดจ่ายในอัตรา ๖,๐๐๐ บาทต่อขวด อัตราจ่ายตามปริมาณการใช้ยาตามจริง</p> <p>๑.๒๕ ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD) ในอัตราส่วน ๑:๑ ๑,๘๐๐ บาทต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๒๖ ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9 tetrahydrocannabinol (THC) (ยาหยอดในช่องปาก หรือเมื่อสูดในช่องปาก)</p>	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราค่าจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
			<p>- ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9 tetrahydrocannabinol ๑,๐๐๐ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>- ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9 tetrahydrocannabinol (THC) ความแรงไม่เกิน 3 mg/drop ๑,๖๒๕ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๒๗ ยาหอมเทพจิตร ๗๐ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๒๘ ยากัญชวลาย ๓๒.๕๐ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๒๙ ยาเหลืองปิดสมุทร ๓๗ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๓๐ ยามะระขึ้นก ๔๖ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๓๑ ยาพริก ๔๐ บาท ต่อ course การรักษา</p> <p>๑.๓๒ ยาเขียวหอม ๗๐ บาท ต่อ course การรักษา</p>	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยงานบริการ	อัตราค่าจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
			<p>๒. เหม่าจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ผลิตภัณฑ์บริการ จำนวนไม่เกิน ๖๐ ล้านบาท สำหรับ หน่วยบริการที่สามารถใช้สมมุติเพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ๑๐๐% (ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกกำหนด) ตามจำนวนรายการยาแผนปัจจุบัน ดังนี้</p> <p>๒.๑ กลุ่มที่ ๑ หน่วยบริการที่สามารถ ใช้ยาสมมุติเพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวน ๓ รายการ เหม่าจ่าย ๕๐,๐๐๐ บาท/แห่ง</p> <p>๒.๒ กลุ่มที่ ๒ หน่วยบริการที่สามารถ ใช้ยาสมมุติเพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวน ๔ รายการ เหม่าจ่าย ๑๐๐,๐๐๐ บาท/แห่ง</p> <p>๒.๓ กลุ่มที่ ๓ หน่วยบริการที่สามารถ ใช้ยาสมมุติเพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน อย่างน้อย ๕ รายการ เหม่าจ่าย ๒๐๐,๐๐๐ บาท/แห่ง</p>	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราค่าจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
			<p>๓. ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือจากข้อ ๑ จ่ายตาม รายการบริการ ต่อ course การรักษา ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงิน และมีเพดาน (Point system within Global budget) ดังนี้</p> <p>๓.๑ ยาตรีผลา 65 point ต่อ course การรักษา</p> <p>๓.๒ ยาบัวบก</p> <p>- ยาบัวบก (ยาแคปซูล ยาชง) 28 point ต่อ course การรักษา</p> <p>- ยาบัวบก (ยาภายนอก) 41 point ต่อ course การรักษา</p> <p>๓.๓ ยาหญ้าปักกิ่ง 27 point ต่อ course การรักษา</p> <p>๓.๔ ยาสเปรย์กระตุกได้ดำ 84 point ต่อ course การรักษา</p> <p>๓.๕ ยารางจืด 73 point ต่อ course การรักษา</p> <p>๓.๖ ยาหญ้าหนวดแมว 42 point ต่อ course การรักษา</p>	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราค่าบริการ	เงื่อนไขการจ่าย
			<p>๓.๗ ยาผสมหย้าดอกขาว 315 point ต่อ course การรักษากาย</p> <p>๓.๘ ยาหย้าดอกขาว 315 point ต่อ course การรักษากาย</p> <p>๓.๙ ยาชุมเห็ดเทศ 60.50 point ต่อ course การรักษากาย</p> <p>๓.๑๐ ยาประสะไฟพล 67.50 point ต่อ course การรักษากาย</p> <p>๓.๑๑ ยาธาณินสันพะฆมาต 204 point ต่อ course การรักษากาย</p> <p>๓.๑๒ ยาธาตุดุบรรจบ 104.50 point ต่อ course การรักษากาย</p> <p>๓.๑๓ ยาจินพิไลลา 97 point ต่อ course การรักษากาย</p> <p>๓.๑๔ ยาห้าราคา 48 point ต่อ course การรักษากาย</p> <p>๓.๑๕ ยาหอมทิพโอสถ 98 point ต่อ course การรักษากาย</p> <p>๓.๑๖ ยาหอมแก้ลมวิงเวียน 63 point ต่อ course การรักษากาย</p> <p>๓.๑๗ ยาหอมอินทจักร์ 175 point ต่อ course การรักษากาย</p>	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราค่าจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
			๓.๑๘ ยาเบญจกุล 108 point ต่อ course การรักษา ๓.๑๙ ยาประสะเจตพังคี 48.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๒๐ ยาประสะประาะใหญ่ 48.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๒๑ ยาประสะกะเพรา 165 point ต่อ course การรักษา ๓.๒๒ ยาประสะกานพลู 104.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๒๓ ยามหาจักรีใหญ่ 35.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๒๔ ยาไม้ทธาตุ 104.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๒๕ ยาวิสมยาใหญ่ 50.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๒๖ ยาอภัยสาตี 54 point ต่อ course การรักษา ๓.๒๗ ยาถายดีเกลือฝรั่ง 48 point ต่อ course การรักษา ๓.๒๘ ยาวิธสีตวิงมทากาฬ 204 point ต่อ course การรักษา	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราค่าจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
			๓.๒๙ ยาเลือดงาม 264.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๐ ยาไฟประดิษฐ์ปี 167.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๑ ยาไฟฟ้าทอง 167.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๒ ยาปลุกไฟธาตุ 167.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๓ ยาสตรีหึงตลอด 167.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๔ ยาประสะจันทน์แดง 177.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๕ ยามทานิลแห่งทอง 37.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๖ ยาแก้ไอผสมกานพลู 19 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๗ ยาแก้ไอผสมมะนาวทอง 17 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๘ ยาแก้ไอพื้นบ้านอีสาน 43 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๙ ยาอำมฤตวาที 206 point ต่อ course การรักษา	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราค่าจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
			<p>๓.๔๐ ยาบำรุงโลหิต 218 point ต่อ course การรักษา</p> <p>๓.๔๑ ยาแก้ลมอัมพฤกษ์ 259 point ต่อ course การรักษา</p> <p>๓.๔๒ ยาขับยี่เส้น 207.50 point ต่อ course การรักษา</p> <p>๓.๔๓ ยาผสมโคคลาน (สูตรตำรับ ที่ ๑, ๒, ๓) 59.50 point ต่อ course การรักษา</p> <p>๓.๔๔ ยาตรีเษรมาส 95 point ต่อ course การรักษา</p> <p>๓.๔๕ ยาตรีพิทิต 109 point ต่อ course การรักษา</p> <p>๓.๔๖ ยา팅เจอร์พลู 69.50 point ต่อ course การรักษา</p> <p>๓.๔๗ ยากระเจียวแดง 166.50 point ต่อ course การรักษา</p> <p>๓.๔๘ ยาทาขมิ้นชันและกัญชา 300 point ต่อ course การรักษา</p> <p>๓.๔๙ ยาบรรเทาวิธีตีดวงทวารหนัก 204 point ต่อ course การรักษา</p>	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราค่าบริการ	เงื่อนไขการจ่าย
<p>๒. บริการทางการแพทย์ทางเลือก โดยบริการให้บริการฝังเข็ม หรือบริการฝังเข็มร่วมกับ กระตุ้นไฟฟ้า</p>	<p>ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)</p>	<p>หน่วยบริการที่มีศักยภาพ ในการให้บริการฝังเข็ม หรือบริการฝังเข็ม ร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า และให้บริการโดยแพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ฝังเข็ม ๓ เดือน ที่รับรอง โดยกระทรวงสาธารณสุข หรือแพทย์แผนจีน</p>	<p>๓.๕๐ ยาเม็ดยี่เอสด 207.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๕๑ ยาเม็ดต้นอ่อนหน่า 30 point ต่อ course การรักษา ๓.๕๒ ยาพริกแกงที่เล็บ 48 point ต่อ course การรักษา ๓.๕๓ ยาประสะกัญชา 330 point ต่อ course การรักษา ๓.๕๔ ยาบำรุงนม 93 point ต่อ course การรักษา ๓.๕๕ ยาพริกเส้น 97 point ต่อ course การรักษา</p>	<p>๑. เป็นการให้บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็ม ร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า ควบคู่ไปกับการ ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระยะเวลา สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งแบบผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอกที่บ้าน หรือที่พิกัดอาศัยของผู้ป่วยระยะกลาง ตามแนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรค หลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ของกระทรวงสาธารณสุข</p>

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจัดจ่าย	เงื่อนไขการจัดจ่าย
		<p>ผู้สิ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน</p>		<p>๒. เป็นผู้ป่วยระยะกลางและเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เรตเอ็ดแอล น้อยกว่า ๑๕ หรือ ตั้งแต่ ๑๕ แต่มีความบกพร่องหลายระบบร่วมด้วย</p> <p>๓. การให้บริการฝังเข็มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู</p> <p>ควรให้บริการอย่างน้อย ๑ ถึง ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง และประเมินซ้ำเมื่อครบ ๑๐ ครั้ง เพื่อพิจารณาการรักษาต่ออีก ๑๐ ครั้ง รวมเป็น ๒๐ ครั้ง ทั้งนี้ อาจฝังเข็มห่างขึ้นตามดุลยพินิจของแพทย์</p> <p>โดยเป็นไปตามแนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๔. การจ่ายตามรายการบริการรวมค่าเพิ่มค่ากระตุ้นไฟฟ้า และค่าบริการทางการแพทย์ไม่เกิน ๒๐ ครั้ง ภายในระยะเวลา ๖ เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง โดยต้องมีการประเมินและบันทึกค่าดัชนีบาร์เรตเอ็ดแอลร่วมด้วยทุกครั้ง</p>

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราค่าจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
				<p>ที่ให้บริการ และหากมีการให้บริการหลายหน่วยบริการให้ับจำนวนครั้ง การให้บริการต่อเนื่องกัน</p> <p>๕. การจ่ายตามมาตรฐานบริการ</p> <p>เมื่อหน่วยบริการสามารถให้บริการ ผังเสริมหรือบริการผังเสริมร่วมกับ กระตุ้นไฟฟ้า ในผู้รับบริการรายเดิม ครบ ๒๐ ครั้ง เฉพาะในหน่วยบริการ เดียวกัน</p>

การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย และการกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยงานบริการ

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยงานบริการ
<p>๑. บริการการแพทย์แผนไทย</p> <p>๑.๑ บริการนวด บริการประคบ บริการนวดและประคบ บริการอบสมุนไพร และบริการพอกเข้า</p>	<p>๑. หน่วยบริการในพื้นที่สำนักงานเขต ๑ - ๑๒ บันทึกและส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (๔๓ แพ้ม) ผ่านระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP individual records http://op.nhso.go.th/op/)</p> <p>๒. หน่วยบริการในพื้นที่สำนักงานเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร บันทึกและส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)</p> <p>๓. กรณีบริการนวด บริการนวดและประคบเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ สถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม ตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ที่มีศักยภาพตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานบริการนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการหรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด บันทึกและส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านโปรแกรม Disability portal</p>	<p>จากหน่วยบริการ</p> <p>๑. ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (๔๓ แพ้ม) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงานหรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สามารถกำหนด</p> <p>๒. ตรวจสอบพบกลุ่มเป้าหมายตามที่สามารถกำหนด และมีข้อบ่งชี้ตามมาตราฐานการแพทย์แผนไทย</p> <p>๓. ตรวจสอบพบบันทึกหลักฐานการให้บริการตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ การให้บริการในแต่ละรายการต้องเป็นการให้บริการตามมาตรฐานการแพทย์แผนไทย และจำนวนครั้งของการให้บริการตามที่สำนักงานกำหนด</p>

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ จากหน่วยบริการ
<p>๑.๒ การฟื้นฟูสมรรถภาพ มารดาหลังคลอด ตามแนวเวชปฏิบัติ ด้านการแพทย์แผนไทย</p>	<p>๑. หน่วยบริการในพื้นที่สำนักงานเขต ๑-๑๒ บันทึกและส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (๔๓ แฟ้ม) ผ่านระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP individual records http://op.nhso.go.th/op/)</p> <p>๒. หน่วยบริการในพื้นที่สำนักงานเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร บันทึกและส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)</p>	<p>๑. ตรวจสอบพบการให้บริการในหญิงหลังคลอดภายในเวลา ๓ เดือน</p> <p>๒. ตรวจสอบพบบันทึกหลักฐานการให้บริการที่เป็นไปตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ จำนวนครั้งของการให้บริการและการให้บริการในแต่ละครั้งต้องมีกิจกรรมครบตามที่สำนักงานกำหนด</p>
<p>๑.๓ การเข้าจากสมุนไพรรักษาโรคในบัญชียาหลักแห่งชาติ</p>	<p>หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)</p>	<p>๑. ตรวจสอบพบการวินิจฉัยและการส่งจ่ายยาเป็นไปตามที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด</p> <p>๒. ในกรณีที่เป็นสมุนไพรรักษาตามรายการบริการ (Fee Schedule) ตรวจสอบพบจำนวนของยาที่ส่งจ่ายตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย</p> <p>๓. กรณีการใช้น้ำมันกัญชา ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการและการส่งจ่ายยาที่ระบุประเภทของน้ำมันกัญชาและยาสสมุนไพรมีสวนผสมของกัญชาจำนวนของยาที่ส่งจ่าย ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนและข้อบ่งชี้ของการส่งจ่ายยาในแต่ละขนานต้องเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด</p>

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลหรือรับค่าใช้จ่าย	การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
<p>๒. บริการการแพทย์ทางเลือก โดยการใช้ฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)</p>	<p>หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลบริการทางการแพทย์ (e-Claim)</p>	<p>การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ตรวจสอบพบการให้บริการในผู้ป่วยที่มีโรคและภาวะของโรคตามที่สำนักงานกำหนด ๒. ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการและกิจกรรมบริการ ที่มีลายมือชื่อของบุคลากรที่ให้บริการที่มีคุณสมบัติตามที่สำนักงานกำหนด ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนครั้งและช่วงเวลาของการให้บริการเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด ๓. ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการที่มีการบันทึกการให้บริการ รายละเอียด ค่าแห่ง และระยะเวลาของการให้บริการในแต่ละครั้ง โดยต้องมีการประเมินและบันทึกค่า Barthel ADL index ร่วมด้วยทุกครั้งที่ใช้บริการ ๔. ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการแก่ผู้ป่วยรายเดิมครบ ๒๐ ครั้ง <p>ในหน่วยบริการเดียวกัน และพบหลักฐานการประเมินและบันทึกค่า Barthel index (BI) ร่วมด้วยทุกครั้งที่ใช้บริการ ในกรณีที่ย้ายตามมาตรฐานบริการ ในอัตรา ๑,๐๐๐ บาท</p>

รหัสหัตถการการแพทย์แผนไทย

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
นวด	๑๐๐-๗๗-๐๐	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๗-๑๓	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ศีรษะ
	๑๕๕-๗๗-๐๐	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ใบหน้า
	๑๕๕-๗๗-๑๓	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ใบหน้า
	๑๕๕-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ใบหน้า
	๑๕๕-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ใบหน้า
	๑๕๕-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ใบหน้า
	๑๕๕-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ใบหน้า
	๑๕๕-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ใบหน้า
	๓๐๒-๗๗-๑๓	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ไต้หวัน
	๔๐๐-๗๗-๑๓	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่หน้าท้อง
	๕๕๐-๗๗-๐๐	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่หลัง
	๕๕๐-๗๗-๑๓	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่หลัง
	๕๕๐-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่หลัง
	๕๕๐-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่หลัง
	๕๕๐-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่หลัง
	๕๕๐-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่หลัง
	๕๕๐-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่หลัง
	๗๒๑-๗๗-๐๐	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๗-๑๓	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ไหล่ บ่า

กิจกรรมบริการ	รหัสเหตุการณ์	ชื่อเหตุการณ์
	๗๒๑-๗๘-๑๒	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ไหล่ ป่า
	๗๒๑-๗๘-๑๘	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ไหล่ ป่า
	๗๒๑-๗๘-๑๙	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ไหล่ ป่า
	๗๒๒-๗๗-๐๐	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนัดที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๗-๑๓	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนัดที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๑๐	การนัดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๑๑	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๑๒	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๑๘	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๑๙	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ต้นแขน
	๗๒๔-๗๗-๐๐	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนัดที่แขน
	๗๒๔-๗๗-๑๓	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนัดที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๑๐	การนัดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๑๑	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๑๒	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๑๘	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๑๙	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่แขน
	๗๒๕-๗๗-๐๐	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนัดที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๗-๑๓	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนัดที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๑๐	การนัดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๑๑	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๑๒	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๑๘	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๑๙	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ข้อมือ
	๗๒๖-๗๗-๐๐	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนัดที่มือ
	๗๒๖-๗๗-๑๓	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนัดที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๑๐	การนัดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๑๑	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๑๒	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๑๘	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๑๙	การนัดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่มือ
	๘๗๑-๗๗-๐๐	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนัดที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๗-๑๓	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนัดที่สะโพก เอว

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	๘๗๑-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่สะโพก เอว
	๘๗๒-๗๗-๐๐	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๗-๑๓	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ต้นขา
	๘๗๓-๗๗-๐๐	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๗-๑๓	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่หัวเข่า
	๘๗๔-๗๗-๐๐	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ขา
	๘๗๔-๗๗-๑๓	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๑๐	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ขา
	๘๗๕-๗๗-๐๐	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๗-๑๓	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ข้อเท้า
	๘๗๖-๗๗-๐๐	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่เท้า

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	๘๗๖-๗๗-๑๓	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่เท้า
	๙๐๐-๗๗-๐๐	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๗-๑๒	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการทับหม้อเกลือที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๗-๑๓	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๗-๓๐	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการปฏิบัติตัวสำหรับหลังคลอดที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ทั่วร่างกาย
	๙๙๙-๗๗-๐๐	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๗-๑๓	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ไม่ระบุตำแหน่ง
ประคบ	๑๐๐-๗๗-๐๑	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๗-๑๔	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ศีรษะ
	๑๕๕-๗๗-๐๑	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ใบหน้า
	๑๕๕-๗๗-๑๔	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ใบหน้า
	๑๕๕-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ใบหน้า
	๑๕๕-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ใบหน้า
	๑๕๕-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ใบหน้า

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	๓๐๒-๗๗-๑๔	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่เต้านม
	๔๐๐-๗๗-๑๔	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่หน้าท้อง
	๕๕๐-๗๗-๐๑	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่หลัง
	๕๕๐-๗๗-๑๔	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่หลัง
	๕๕๐-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่หลัง
	๕๕๐-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่หลัง
	๕๕๐-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่หลัง
	๗๒๑-๗๗-๐๑	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ไหล่ ป่า
	๗๒๑-๗๗-๑๔	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ไหล่ ป่า
	๗๒๑-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ไหล่ ป่า
	๗๒๑-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ไหล่ ป่า
	๗๒๑-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ไหล่ ป่า
	๗๒๒-๗๗-๐๑	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๗-๑๔	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ต้นแขน
	๗๒๔-๗๗-๐๑	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่แขน
	๗๒๔-๗๗-๑๔	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่แขน
	๗๒๕-๗๗-๐๑	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๗-๑๔	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ข้อมือ
	๗๒๖-๗๗-๐๑	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่มือ
	๗๒๖-๗๗-๑๔	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่มือ

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	๗๒๖-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่มือ
	๘๗๑-๗๗-๐๑	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๗-๑๔	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่สะโพก เอว
	๘๗๒-๗๗-๐๑	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๗-๑๔	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ต้นขา
	๘๗๓-๗๗-๐๑	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๗-๑๔	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่หัวเข่า
	๘๗๔-๗๗-๐๑	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ขา
	๘๗๔-๗๗-๑๔	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ขา
	๘๗๕-๗๗-๐๑	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๗-๑๔	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ข้อเท้า
	๘๗๖-๗๗-๐๑	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่เท้า
	๘๗๖-๗๗-๑๔	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่เท้า

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	๘๗๖-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่เท้า
	๙๐๐-๗๗-๐๑	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๗-๑๔	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ทั่วร่างกาย
	๙๙๙-๗๗-๐๑	การบริหารหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๗-๑๔	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ไม่ระบุตำแหน่ง
อบสมุนไพร	๙๐๐-๗๗-๑๕	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการเข้ากระโจมที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๗-๑๖	การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการอบไอน้ำสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๐๐	การอบไอน้ำสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๐๒	การเข้ากระโจมที่ทั่วร่างกาย
พอกเช่า	๘๗๒-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ต้นขา (ระหว่างสะโพกถึงหัวเข่า)
	๘๗๓-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่หัวเข่า
	๘๗๔-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ขาท่อนล่าง (ระหว่างหัวเข่าถึงข้อเท้า)
	๘๗๓-๗๘-๓๕	การพอกยาสมุนไพร

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๕๑.๑ ข้อ ๕๑.๒ และข้อ ๕๓ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. ๒๕๖๖

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า

(๑) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง ตามหมวด ๑

(๒) บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ตามหมวด ๒

(๓) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ตามหมวด ๓

(๔) บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส และบริการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ตามหมวด ๔

(๕) โครงการบริการเพิ่มการเข้าถึงผู้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี บริการสายด่วนให้คำปรึกษาหรือสื่อออนไลน์ และส่งต่อสู่ระบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ตามหมวด ๕

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการเฉพาะผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๓) เป็นการให้บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส บริการตรวจชั้นสูงทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบีในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีตามแนวทางเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย รักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้องตามข้อ ๗ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าบริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษา จ่ายในอัตรา ๒๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๑๒ ครั้งต่อปี

(๒) ค่าตรวจเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารก จ่ายในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๕ ครั้งต่อปี

(๓) ค่าตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ไตรกลีเซอไรด์ การทำงานของไต การทำงานของตับ จ่ายในอัตรา ๒๕ บาทต่อรายการต่อครั้ง ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อปี

(๔) ค่าตรวจหาจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 จ่ายในอัตรา ๔๐๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อปี

(๕) ค่าตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด จ่ายในอัตรา ๑,๓๕๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อปี และสามารถตรวจเพิ่มเติมได้ในกรณี ดังต่อไปนี้

(ก) ผู้รับบริการเปลี่ยนสูตรยาเนื่องจากผลข้างเคียงของยา

(ข) หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในทารกที่อายุครรภ์มากกว่า ๓๒ สัปดาห์

(ค) ตรวจ VL Base line ก่อนเริ่มยาด้วย Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Dolutegravir (DTG)

(๖) ค่าตรวจการดื้อต่อยาต้านไวรัสเอชไอวี จ่ายไม่เกิน ๑ ครั้งต่อปี โดยตรวจด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(ก) กรณีตรวจด้วยชุดตรวจสำเร็จรูป จ่ายในอัตรา ๖,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

(ข) กรณีตรวจด้วยชุดตรวจที่ห้องปฏิบัติการพัฒนาขึ้นมาใช้เอง จ่ายในอัตรา ๕,๕๐๐ บาทต่อครั้ง

(๗) ค่าวัสดุอุปกรณ์เจาะเลือด เก็บเลือด และค่าขนส่ง

(ก) กรณีการส่งตรวจหาจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 และการส่งตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด จ่ายในอัตรา ๒๐ บาทต่อครั้ง

(ข) กรณีการส่งตรวจการดื้อต่อยาต้านไวรัสเอชไอวี จ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง

(๘) ค่าบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีด้วย Anti-HCV ทั้งแบบชุดตรวจเร็วและเครื่องอัตโนมัติ และการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นบวกในผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ อัตราการจ่ายให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ

(๙) กรณียาต้านไวรัสและยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส จ่ายให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ เพื่อสนับสนุนยาต้านไวรัสเอชไอวีและยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัสให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program (NAP) กรณีการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีให้บันทึกข้อมูลผ่านระบบ Krungthai Digital

Health Platform (ผ่าน Hospital Portal ทาง Website KTB <https://www.healthplatform.krungthai.com>) หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะดำเนินการประเมินผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประเมินผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประเมินผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ ข้อมูลที่ผ่านการประเมินผลตามข้อ ๑๑ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประเมินผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๒ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประเมินผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๔ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบหลักฐานการให้บริการ การบันทึกรายกิจกรรม การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๒) ตรวจสอบหลักฐานการส่งจ่ายยาที่ระบุชื่อยาและจำนวนของยา ตามรายการที่สำนักงาน สนับสนุน

(๓) ตรวจสอบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ตามรายการ ที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนครั้งในการตรวจและข้อบ่งชี้ในการตรวจ เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

ข้อ ๑๕ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ ตามข้อ ๑๔

ข้อ ๑๖ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่าย ค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบ การตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธปฏิบัติ เกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการ กรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๒

บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๗ การให้บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นหน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยงาน หรือองค์กร ดังต่อไปนี้

(ก) หน่วยบริการที่มีศักยภาพด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

(ข) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม ที่เป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

(ค) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่เป็น

(จ) องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน หรือภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร และดำเนินการตามสัญญาดำเนินโครงการเพื่อให้บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับสำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(ฉ) เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ที่ดำเนินการจัดหาถุงยางอนามัยตามโครงการพิเศษ เพื่อสนับสนุนให้แก่หน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มสตรีข้ามเพศ กลุ่มพนักงานบริการหญิง กลุ่มพนักงานบริการชาย กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด

(๓) การให้บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย การบริการเพื่อให้มีการเข้าถึงและชักนำผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงให้เข้ารับบริการ การสร้างความต้องการในการรับบริการผ่านเครือข่ายสังคมและเครือข่ายสุขภาพ การขยายบริการเชิงรุกการตรวจเอชไอวี การดำเนินการให้ผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา และดำเนินการให้ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อเอชไอวียังคงภาวะการไม่ติดเชื้อ การตรวจการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และถุงยางอนามัยสำหรับใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีกิจกรรมบริการเชิงรุก ๕ กิจกรรมดังต่อไปนี้

(ก) การให้บริการเชิงรุกนอกหน่วยบริการในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อค้นหาและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Reach) และเชิญชวนให้กลุ่มเป้าหมายให้เข้ารับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การให้ความรู้ คำปรึกษา สร้างทัศนคติและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเอ็ดส์ สร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการรับรู้สถานะผลเลือดของตนเองตั้งแต่เริ่มแรก

(ข) การเข้าสู่ระบบบริการ (Recruit) โดยส่งต่อกลุ่มเป้าหมายจากผู้ให้บริการเชิงรุกเครือข่ายเพื่อน หรือผ่านการนัดหมายทางสื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์หรือเข้าสู่ระบบบริการด้วยตนเองไปที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการเคลื่อนที่ ได้แก่ บริการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเอชไอวี (pre-test counseling) โดยอาจตรวจหรือยังไม่ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี บริการให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(ค) การให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Test) โดยให้จัดหน่วยบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ซึ่งอาจจัดกิจกรรมรณรงค์ร่วมด้วย และมีการประสานการดำเนินงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการเชิงรุก

(ง) การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Treat) จัดการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และให้ข้อมูลความรู้เรื่องประโยชน์ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมารับการรักษาดูแลด้วยยาต้านไวรัสหลังจากการวินิจฉัยโดยเร็ว

(จ) การติดตามดูแลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มผู้รับบริการหลักคงอยู่ในระบบการรักษาและการป้องกัน (Retain) ดังต่อไปนี้

๑) การติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่เริ่มรับยา หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการรักษา ให้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง (Retain positive) โดยการประสานงานระหว่างหน่วยบริการและผู้ให้บริการเชิงรุกด้วยเงื่อนไขของการรักษาความลับของผู้รับบริการ

๒) การจัดระบบกระตุ้นให้ผู้ผลตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นลบมารับบริการ ให้คำปรึกษา คุมยาอนามัย หรือยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) หรือการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสม่ำเสมอ และชวนคู่มารตรวจเป็นประจำอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ควรมีระยะห่างของการตรวจไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน (Retain negative)

ข้อ ๑๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีตามข้อ ๑๗ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าบริการเชิงรุก

(ก) กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มสตรีข้ามเพศ กลุ่มพนักงานหญิงบริการ และกลุ่มพนักงานชายบริการ จ่ายแบบเหมาจ่ายตามกิจกรรม ดังต่อไปนี้

๑) กิจกรรมบริการเชิงรุกตามข้อ ๑๗ (๓) (ก) และข้อ ๑๗ (๓) (ข) จ่ายในอัตรา ๘๐๐ บาทต่อคนต่อปี

๒) กิจกรรมบริการเชิงรุกตามข้อ ๑๗ (๓) (ค) จ่ายในอัตรา ๕๕๐ บาทต่อคนต่อปี

๓) กิจกรรมบริการเชิงรุกตามข้อ ๑๗ (๓) (ง) และหรือ ข้อ ๑๗ (๓) (จ) จ่ายในอัตรา ๔๕๐ บาทต่อคนต่อปี

(ข) กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด จ่ายแบบเหมาจ่ายตามกิจกรรม ดังต่อไปนี้

๑) กิจกรรมบริการเชิงรุกตามข้อ ๑๗ (๓) (ก) และข้อ ๑๗ (๓) (ข) จ่ายในอัตรา ๑,๘๐๐ บาทต่อคนต่อปี

๒) กิจกรรมบริการเชิงรุกตามข้อ ๑๗ (๓) (ค) จ่ายในอัตรา ๑,๒๐๐ บาทต่อคนต่อปี

๓) กิจกรรมบริการเชิงรุกตามข้อ ๑๗ (๓) (ง) และหรือ ข้อ ๑๗ (๓) (จ) จ่ายในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี

(๒) ค่าบริการทางคลินิกสำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าตรวจคัดกรองโรคหนองใน จ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้งต่อปี

(ข) ค่าตรวจคัดกรองโรคหนองในเทียม จ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้งต่อปี

(ค) ค่าตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนัก หรือการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear หรือทั้งสองกรณี จ่ายในอัตรา ๒๕๐ บาทต่อครั้งต่อปี

(ง) ค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส อัตราการจ่ายให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ

ข้อ ๑๙ สำนักงานสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยงานหรือองค์กรตามข้อ ๑๗ (๑) (จ) ภายใต้สัญญาดำเนินโครงการตามที่ได้ตกลงไว้กับสำนักงาน

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๐ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program: NAP หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

การบันทึกข้อมูลและการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่ง กรณีการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส สำหรับการให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ให้บันทึกข้อมูลผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform (ผ่าน Hospital Portal ทาง Website KTB <https://www.healthplatform.krungthai.com>) หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

กรณีองค์กรชุมชน องค์กรเอกชน หรือภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไรซึ่งดำเนินการตามสัญญาดำเนินโครงการ ให้ส่งผลงานเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามสัญญาดำเนินโครงการ โดยให้บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมตามวรรคหนึ่งด้วย

ข้อ ๒๑ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือการขอรับสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๐ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยงาน หรือองค์กรที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยงาน หรือองค์กรดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๒ สำนักงานจะดำเนินการประเมินผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประเมินผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประเมินผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๓ ข้อมูลที่ผ่านการประเมินผลตามข้อ ๒๒ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประเมินผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๔ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๓ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๒๕ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบหลักฐานการบันทึกการให้บริการรายกิจกรรม (Reach) บันทึกการส่งต่อการรับบริการ (Recruit) บันทึกการติดตามการคงอยู่ในระบบการรักษาและการป้องกัน (Retain) ตามรายการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๒) ตรวจสอบหลักฐานรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๒๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๒๕

ข้อ ๒๗ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข หรือดำเนินการตามเงื่อนไขในสัญญาดำเนินโครงการ กรณีดำเนินการโดยองค์กรชุมชน องค์กรเอกชน หรือภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร

หมวด ๓

กรณีการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
และบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๘ การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งดำเนินการโดยศูนย์องค์รวม ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นหน่วยบริการ หน่วยงาน หรือองค์กร ดังต่อไปนี้

(ก) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน

(ข) องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน หรือภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร และดำเนินการตามสัญญาดำเนินโครงการกับสำนักงานเพื่อให้บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

(ก) คู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น หญิงตั้งครรภ์และคู่ที่มีารับบริการในคลินิกฝากครรภ์

(ข) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม

ข้อ ๒๙ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งดำเนินการโดยศูนย์องค์รวมตามข้อ ๒๘ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) คู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น หญิงตั้งครรภ์และคู่ที่มีารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ จ่ายในอัตรา ๔๕๐ บาท ต่อคนต่อปี โดยการให้บริการให้ความรู้ การปรึกษา การให้คำแนะนำรายบุคคลหรือแบบกลุ่มในคลินิกฝากครรภ์ คลินิกวัณโรค คลินิกยาต้านไวรัส และในชุมชน ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

(ก) สร้างความเข้าใจเรื่องการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี การประเมินความเสี่ยงของตนเองและคู่ต่อการติดเชื้อเอชไอวี

(ข) ให้ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีและถุงยางอนามัย

(ค) ส่งเสริมการเข้าถึงการตรวจเลือดโดยสมัครใจที่สะดวกในวันเดียว

(ง) การส่งเสริมสนับสนุนให้ได้รับการตรวจหาเชื้ออย่างสม่ำเสมอ

(จ) ให้คำแนะนำเรื่องการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามมาตรฐานให้เร็ว เพื่อควบคุมปริมาณไวรัสตามแนวทาง “ตรวจไม่พบเชื้อเอชไอวีในเลือด = ไม่ส่งผ่านเชื้อ” (Undetectable = Untransmittable)

(ฉ) การให้ความรู้ ในการป้องกันและรักษาโรคฉวยโอกาส

(ช) ความรู้ในการเข้ารับบริการ การตรวจเลือด การคัดกรองโรคฉวยโอกาสและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

(๒) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม จ่ายในอัตรา ๗๙๐ บาทต่อคนต่อปี ตามกิจกรรม ดังต่อไปนี้

(ก) การบริการให้ความรู้ การปรึกษา การให้คำแนะนำรายบุคคลหรือแบบกลุ่ม ดังต่อไปนี้

๑) ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ได้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามมาตรฐานให้เร็วที่สุด

๒) สร้างความเข้าใจเรื่องการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อลดปริมาณเชื้อเอชไอวีตามแนวทาง “ตรวจไม่พบเชื้อเอชไอวีในเลือด = ไม่ส่งผ่านเชื้อ” (Undetectable = Untransmittable) และทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ สามารถใช้ชีวิตได้ไม่ต่างจากคนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

๓) สร้างความเข้าใจและติดตามเรื่องผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส เช่น โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ฯลฯ สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อได้รับเปลี่ยนสูตรยาตามมาตรฐาน

๔) ส่งเสริมการเข้าถึง การตรวจคัดกรอง การป้องกัน การรักษาโรคฉวยโอกาส โรคร่วม การติดเชื้อร่วม เช่น โรคไวรัสตับอักเสบบี ซี และการวางแผนครอบครัว

๕) ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเข้าใจ มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และติดตามให้รับรักษาอย่างต่อเนื่อง

๖) สร้างความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ลดการตีตราตัวเอง

๗) ความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ และสวัสดิการต่าง ๆ

(ข) การติดตามสนับสนุนการคงอยู่ในระบบบริการตามกิจกรรม ดังต่อไปนี้

๑) การติดตามให้สมาชิกได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

๒) ส่งเสริมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมให้กับสมาชิกผู้ติดเชื้อและคู่

(ค) บริการติดตามเยี่ยมบ้าน

๑) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มยาต้านไวรัส หรือปรับเปลี่ยนสูตรยา

๒) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ป่วยเป็นวัณโรคร่วมด้วยหรือผู้มีปัญหาสุขภาพที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

๓) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาการอยู่ร่วมกับชุมชนหรือมีปัญหาด้านการละเมิดสิทธิมนุษยชน

ข้อ ๓๐ สำนักงานสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยงานหรือองค์กรตามข้อ ๒๘ (๑) (ข) ภายใต้สัญญาดำเนินโครงการตามที่ได้ตกลงไว้กับสำนักงาน

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๑ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program (NAP) หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

กรณีองค์กรชุมชน องค์กรเอกชน หรือภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไรซึ่งดำเนินการตามสัญญาดำเนินโครงการ ให้ส่งผลงานเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามสัญญาดำเนินโครงการ

ข้อ ๓๒ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือการขอรับสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๑ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการ หน่วยงาน หรือองค์กรที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และให้หน่วยบริการ หน่วยงาน หรือองค์กรดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๓ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๔ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๓๓ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๕ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๔ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๓๖ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบหลักฐานการบันทึกการให้บริการให้ความรู้ การปรึกษา การให้คำแนะนำรายบุคคล หรือแบบกลุ่มในคลินิกฝากครรภ์ คลินิกวัณโรค คลินิกยาต้านไวรัส และในชุมชน แก่คู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ตามรายการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๒) ตรวจสอบหลักฐานการบันทึกการให้บริการให้ความรู้ การปรึกษา การให้คำแนะนำรายบุคคล หรือแบบกลุ่ม บันทึกการติดตามสนับสนุนการคงอยู่ในระบบบริการ และบันทึกบริการติดตามเยี่ยมบ้านตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๓๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๓๖

ข้อ ๓๘ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข หรือดำเนินการตามเงื่อนไขในสัญญาดำเนินโครงการกรณีดำเนินการโดยองค์กรชุมชน องค์กรเอกชน หรือภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร

หมวด ๔

กรณีการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส และบริการให้การปรึกษา และการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๙ การให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส และบริการให้การปรึกษา และการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นหน่วยบริการ หรือเครือข่ายหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(ก) หน่วยบริการที่มีศักยภาพด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส หรือด้านการให้การปรึกษา เพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

(ข) หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test)

(ค) เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ที่ดำเนินการจัดหา ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ และสนับสนุนยาต้านไวรัสเอชไอวี และถุงยางอนามัย รวมสารหล่อลื่นให้แก่หน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ

(๓) เป็นบริการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ การบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test) และสนับสนุนถุงยางอนามัย ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย

ข้อ ๔๐ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส และบริการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจตามข้อ ๓๙ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีการให้บริการปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

(ก) ค่าบริการให้การปรึกษาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ จ่ายในอัตรา ๗ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๖ ครั้งต่อปี

(ข) การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ จ่ายในอัตรา ๑๔๐ บาทต่อการรู้ผล ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อปี

(ค) บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test) รวมบริการให้คำปรึกษา จ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาท

(๒) บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าบริการยาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP)

๑) ค่าจัดบริการให้คำปรึกษาครั้งแรกเฉพาะรายที่กินยา จ่ายในอัตรา ๘๐ บาทต่อปี

๒) ค่าบริการให้คำปรึกษาสำหรับผู้รับยา จ่ายในอัตรา ๒๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๕ ครั้งต่อปี

๓) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

ก) ค่าตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี จ่ายในอัตรา ๑๔๐ บาทต่อการรู้ผล ไม่เกิน ๔ ครั้งต่อปี

ข) ค่าตรวจการทำงานของไต จ่ายในอัตรา ๔๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อปี

ค) ค่าตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดย HBsAg ด้วยวิธี ELISA จ่ายในอัตรา ๑๓๐ บาทต่อครั้ง หรือวิธี PHA จ่ายในอัตรา ๗๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อปี

ง) ค่าตรวจหาการตั้งครรภ์ จ่ายในอัตรา ๗๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อปี

จ) ค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับโรคหนองในและหนองในเทียม จ่ายในอัตรา ๒๔๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อปี

ฉ) ค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส อัตราการจ่ายให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ

๔) ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อตามแนวทางการตรวจ รักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ดำเนินการโดยเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่ดำเนินการจัดหา ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ สนับสนุนยาต้านไวรัสเอชไอวีให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(ข) ค่าบริการกรณีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ (Post-Exposure Prophylaxis: PEP) จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

๑) ค่าตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี จ่ายในอัตรา ๑๔๐ บาทต่อการรู้ผล ไม่เกิน ๕ ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ

๒) ค่าตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด จ่ายในอัตรา ๒๕ บาท ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ

๓) ค่าตรวจการทำงานของไต จ่ายในอัตรา ๔๐ บาท ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ

๔) ค่าตรวจการทำงานของตับ จ่ายในอัตรา ๒๕ บาท ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ

๕) ค่าตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด จ่ายในอัตรา ๑,๓๕๐ บาทต่อครั้ง เฉพาะรายที่มีอาการบ่งชี้ภาวะติดเชื้อโดยเฉียบพลัน ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ

๖) ค่าตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ด้วยวิธี ELISA จ่ายในอัตรา ๑๓๐ บาทต่อครั้ง หรือวิธี PHA จ่ายในอัตรา ๗๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ

๗) ค่าตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี (anti-HBs) จ่ายในอัตรา ๑๕๐ บาท ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ

๘) ค่าตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีด้วย Anti-HCV ทั้งแบบชุดตรวจเร็วและเครื่องอัตโนมัติ และการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นบวกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์ ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ

๙) ค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับโรคหนองในและหนองในเทียม จ่ายในอัตรา ๒๔๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ

๑๐) ค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส อัตราการจ่ายให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ

๑๑) ค่าตรวจหาการตั้งครรภ์ จ่ายในอัตรา ๗๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ

๑๒) ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ ตามแนวทางการตรวจ รักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย โดยเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่ดำเนินการ จัดหายา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ สนับสนุนยาต้านไวรัสเอชไอวี ให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๑ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program (NAP) กรณีบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test) ให้บันทึกข้อมูลผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform (ผ่าน Hospital Portal ทาง Website KTB <https://www.healthplatform.krungthai.com>) หรือผ่านโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

การบันทึกข้อมูลและการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่ง กรณีการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส สำหรับการให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ให้บันทึกข้อมูลผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform (ผ่าน Hospital Portal ทาง Website KTB <https://www.healthplatform.krungthai.com>) หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔๒ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๔๑ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๓ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการหรือองค์กรสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔๔ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๔๓ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๕ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๔๔ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๔๖ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบหลักฐานการให้บริการ การบันทึกรายกิจกรรม การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๒) ตรวจพบหลักฐานการส่งจ่ายยาที่ระบุชื่อยาและจำนวนของยา หรือหลักฐานการจ่ายถุงยางอนามัย ตามรายการที่สำนักงานสนับสนุน

(๓) ตรวจพบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนครั้งในการตรวจและข้อบ่งชี้ในการตรวจเป็นไปตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

ข้อ ๔๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๔๖

ข้อ ๔๘ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดใน ส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๕

โครงการบริการเพิ่มการเข้าถึงผู้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี บริการสายด่วนให้คำปรึกษาหรือสื่อออนไลน์ และส่งต่อสู่ระบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๙ การให้บริการเพิ่มการเข้าถึงผู้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี บริการสายด่วนให้คำปรึกษาหรือสื่อออนไลน์ และส่งต่อสู่ระบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นองค์กรชุมชน องค์กรเอกชน หรือภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ซึ่งได้ดำเนินการตามสัญญาดำเนินโครงการกับสำนักงาน

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ

(๓) เป็นการให้บริการตามกิจกรรม ดังต่อไปนี้

(ก) ประชาสัมพันธ์เพื่อค้นหาผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและให้คำปรึกษาเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีผ่านสายด่วนให้คำปรึกษาหรือสื่อออนไลน์ ที่มีความเป็นส่วนตัว ให้เกียรติ ไม่ตีตรา

(ข) สนับสนุนและจัดส่งชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test) หรือถุงยางอนามัย หรือสารหล่อลื่น ให้กับผู้รับบริการที่มีความสมัครใจ

(ค) บริการติดตามและให้คำปรึกษาหรือแนะนำหลังทราบผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง

(ง) บริการส่งต่อผู้รับบริการเข้าสู่สถานพยาบาลเพื่อตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยและยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีและให้ยาต้านไวรัสในผู้ที่ตรวจคัดกรองด้วยชุดตรวจด้วยตนเองได้ผลบวก บริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) หรือยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ (PEP) รวมถึงความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์การรักษาของแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล

(จ) บริการให้ความรู้เรื่องเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไวรัสตับอักเสบบีหรือซี และอนามัยเจริญพันธุ์ ผ่านระบบหรือสื่อออนไลน์ รวมทั้งแนะนำช่องทางในการหาความรู้เพิ่มเติมสำหรับผู้รับบริการที่เข้าถึงได้โดยง่าย

ข้อ ๕๐ สำนักงานสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยงานหรือองค์กรตามข้อ ๔๙ (๑) ภายใต้สัญญาดำเนินโครงการตามที่ได้ตกลงไว้กับสำนักงาน

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕๑ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน หรือภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไรซึ่งได้ดำเนินการตามสัญญาดำเนินโครงการกับสำนักงานขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามสัญญาดำเนินโครงการ

ข้อ ๕๒ เมื่อมีการขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่าย ซึ่งได้ดำเนินการตามสัญญาดำเนินโครงการตามข้อ ๕๑ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยงานหรือองค์กรที่ส่งผลงานรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยงานหรือองค์กรดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕๓ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายขององค์กรชุมชน องค์กรเอกชน หรือภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามเงื่อนไขในสัญญาดำเนินโครงการ

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๕๔ การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ความในวรรคหนึ่งไม่ให้ใช้บังคับกับโครงการบริการเพิ่มการเข้าถึงผู้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี บริการสายด่วนให้คำปรึกษาหรือสื่อออนไลน์ และส่งต่อสู่ระบบการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี โดยการให้บริการดังกล่าวที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ซึ่งเป็นวันที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มติ จนถึงวันก่อน

วันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
ด้วยการบำบัดทดแทนไต

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้รับบริการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไตที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๕๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้ป่วย” หมายความว่า ผู้รับบริการซึ่งมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

“หน่วยบริการบำบัดทดแทนไต” หมายความว่า

(๑) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งผ่านการตรวจรับรองมาตรฐานโดยแพทยสภา

(๒) หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพบริการล้างไตผ่านช่องท้อง หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

(๓) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไต ซึ่งผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

(๔) หน่วยบริการที่มีศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

“คณะกรรมการไตรระดับเขต” หมายความว่า คณะกรรมการสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงการบริการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมระดับเขตที่สำนักงานแต่งตั้ง

“คณะกรรมการไตรระดับประเทศ” หมายความว่า คณะกรรมการสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงการบริการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมระดับประเทศที่สำนักงานแต่งตั้ง

“การบำบัดทดแทนไต” หมายความว่า การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) หรือการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) และหมายความรวมถึงการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Kidney Supportive and Palliative Care: PC)

“กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการบำบัดทดแทนไต (Share Decision Making for Renal Replacement Therapy)” หมายความว่า กระบวนการสื่อสารในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเรื่องการบำบัดทดแทนไตรวมทั้งสิทธิที่เกี่ยวข้องจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข โดยผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกที่จะรับการรักษาบำบัดทดแทนไตร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการ และได้ทำเป็นหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ข้อ ๕ ให้ผู้ป่วยรายเก่าทุกคนที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดทดแทนไตก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับได้รับสิทธิบริการบำบัดทดแทนไตตามวิธีการบำบัดทดแทนไตเดิม และมีสิทธิได้รับการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองตามประกาศนี้

กรณีผู้ป่วยรายเก่าที่สมัครใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับสิทธิเฉพาะบริการที่จำเป็นอื่น (Self-pay) ก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ มีสิทธิขอทบทวนเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตต่อคณะกรรมการไตรระดับประเทศ ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ ผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่การบำบัดทดแทนไตตั้งแต่วันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ซึ่งไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์หรือไม่มีเหตุผลความจำเป็นของครอบครัว ให้ผู้ป่วยดังกล่าวได้รับสิทธิบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือการปลูกถ่ายไต หรือการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ และหน่วยบริการบำบัดทดแทนไตมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้

กรณีผู้ป่วยรายใหม่ที่มีศรัทธาใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้ได้รับสิทธิเฉพาะบริการที่จำเป็นอื่น ๆ เช่น ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietic stimulating agent: ESA) โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในประกาศนี้

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ต้องผ่านการพิจารณาให้ผู้ป่วยรายใหม่ได้รับสิทธิเข้าถึงวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมจากคณะกรรมการไตรระดับเขต รวมทั้งการพิจารณาเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต (Shift Mode) โดยให้นำข้อมูลจากระบบการตัดสินใจร่วมในการเลือกการบำบัดทดแทนไตที่หน่วยบริการบำบัดทดแทนไตเสนอมาประกอบการพิจารณา และผู้ป่วยมีสิทธิขอทบทวนผลการพิจารณาของคณะกรรมการไตรระดับเขต เกี่ยวกับวิธีการบำบัดทดแทนไตต่อคณะกรรมการไตรระดับประเทศได้

ข้อ ๗ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต ประกอบด้วย รายการบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) การล้างไตผ่านทางช่องท้อง ประกอบด้วย การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

(๓) การปลูกถ่ายไต ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

(๔) การดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๘ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การล้างไตผ่านทางช่องท้อง

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (PD) ประกอบด้วย บริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ป่วยรายใหม่ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย PD First ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ ๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗ อย่างครบถ้วน และเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต (Share Decision Making) ตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุข และให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาให้สิทธิบำบัดทดแทนไต ของคณะกรรมการไต่ระดับเขต

การพิจารณาให้สิทธิการบำบัดทดแทนไตโดยคณะกรรมการไต่ระดับเขตให้ดำเนินการตามหลักการที่ว่า ผู้ป่วยรายใหม่ซึ่งไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ และไม่มีเหตุผลอันสมควรทางด้านสังคมหรือครอบครัว ควรได้รับสิทธิในการเข้ารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) เป็นลำดับแรก อย่างไรก็ตาม อาจพิจารณาให้สิทธิการเข้ารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็ก หรือเป็นผู้ป่วยวัยทำงานซึ่งมีลักษณะการทำงานที่จำเป็นต้องใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) รวมถึงกรณีที่ผู้ป่วย หรือผู้ดูแล มีความจำเป็น หรือความเหมาะสมในการใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) ตามดุลยพินิจของคณะกรรมการไต่ระดับเขต

สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาให้สิทธิการบำบัดทดแทนไตของคณะกรรมการไต่ระดับเขต และผู้ป่วยพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) รายเดิมที่เป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง (Self-pay) มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการไต่ระดับประเทศ โดยให้ยื่นคำอุทธรณ์ผ่านหน่วยบริการและหน่วยบริการส่งต่อข้อมูลไปยังสำนักงานสาขาของสำนักงานที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนอยู่

(๒) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) มาเป็นการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (PD) ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการไต่ระดับเขต ยกเว้นตามกรณี ดังต่อไปนี้

(ก) กรณีเร่งด่วนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยใช้เกณฑ์ตามข้อ ๑ (๔) (ข) มาใช้บังคับ โดยอนุโลม ให้หน่วยบริการตามข้อ (๓) พิจารณาดำเนินการ และแจ้งขออนุมัติจากคณะกรรมการไต่ระดับเขตโดยเร็ว

(ข) กรณีผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

(๓) หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ต้องผ่านการตรวจประเมินความพร้อมและเห็นชอบจากสำนักงานก่อนให้บริการผู้ป่วย

(๔) หน่วยบริการต้องจัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ตาม (๑) โดยในการเริ่มการบำบัดทดแทนไต ต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney: PAK) ทุกรายจากคณะกรรมการไตระดับเขต ตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยมีเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(ก) ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว หรือ

(ข) ผู้ป่วยไตวายระยะที่ ๕ ที่มีระดับ eGFR มากกว่า ๖ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตวายเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกายจนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้

๒) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง

๓) ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูริเมีย

๔) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูริเมีย

๕) คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูริเมีย

(ค) กรณีผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปี ต้องได้รับการคัดกรองเพิ่มเติมตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC) โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือแพทย์ผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วย ที่ตรวจพบข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร อย่างน้อย ๒ ใน ๔ ข้อ ต่อไปนี้

๑) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ” เมื่อตั้งคำถามและตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะไม่แปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในปีหน้า” เพื่อคาดคะเนโอกาสของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง ๖ - ๑๒ เดือนข้างหน้า

๒) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน

๓) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า ๔๐

๔) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัม น้อยกว่า ๒.๕ กรัมต่อเดซิลิตร) ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้

(ง) กรณีผู้ป่วยรายเก่าที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า ๗๕ ปีขึ้นไป หน่วยบริการต้องจัดให้มีการประเมินซ้ำตาม (ค) ทุกปี เพื่อยืนยันการให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีเดิมต่อไป หรือเปลี่ยนการรักษาเป็นแบบการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC) และแจ้งสำนักงานทราบ

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีหน่วยบริการขอรับการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง และอุปกรณ์ผ่านระบบการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรม

(ก) การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)

๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวนไม่เกิน ๔ ถุงต่อวัน

๒) จุกปิดกันเชื้อ
๓) สายล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายผ่านระบบการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรม ให้แก่ผู้ป่วยรายใหม่และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน

๔) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
(ข) การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)
๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ จำนวนไม่เกิน ๒ ถังต่อวัน
๒) จุกปิดกันเชื้อ
๓) ตลับสาย
๔) สายล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายผ่านระบบการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรม ให้แก่ผู้ป่วยรายใหม่และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน

๕) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ
๖) สำนักงานจัดหาเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติให้กับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และทางสังคมที่เหมาะสม หรือจำเป็นต้องล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) โดยเป็นไปตามขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติตามเอกสารหมายเลข ๖ แบบท้ายประกาศนี้

(ค) กรณีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) ที่มีความจำเป็นต้องใช้น้ำยาน้อยกว่าหรือมากกว่าที่กำหนด ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานหรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด โดยระบุจำนวนถังที่ใช้ต่อวัน

(๒) กรณีหน่วยบริการไม่ประสงค์ขอรับการสนับสนุนตาม (๑) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการ และอัตราการจ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) สำนักงานจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน โดยครอบคลุมค่ายา เวชภัณฑ์ และบริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ที่หน่วยบริการต้องจัดไว้สำหรับให้บริการผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

- ๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ขนาด ๒ ลิตร หรือ ๒.๕ ลิตรต่อถัง
- ๒) จุกปิดกันเชื้อ
- ๓) สายล้างไตผ่านทางช่องท้อง
- ๔) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
- ๕) บริการจัดส่งน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องถึงบ้านผู้ป่วย

(ข) ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) สำนักงานจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๘,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน โดยครอบคลุมค่ายา เวชภัณฑ์ และบริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ที่หน่วยบริการต้องจัดไว้สำหรับให้บริการผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

- ๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ขนาด ๕ ลิตร หรือ ๖ ลิตรต่อถัง
- ๒) จุกปิดกันเชื้อ

๓) ตลับสาย

๔) เครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ

๕) สายล้างไตผ่านทางช่องท้อง

๖) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ

๗) บริการจัดส่งน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง และเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติถึงบ้านผู้ป่วย

(๓) สำนักงานจะจ่ายค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๘๐ บาท ต่อขนาด ๔,๐๐๐ ยูนิต ให้กับหน่วยบริการตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และใช้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๑๒ สัปดาห์ ตามการเจาะเลือดที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา โดยเริ่มให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงเมื่อระดับ Hb น้อยกว่า ๑๐ กรัมต่อเดซิลิตร ขนาด ๔,๐๐๐ ยูนิต จำนวน ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ จนกระทั่ง Hb มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ แต่ไม่น้อยกว่า ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร จึงลดลงเหลือ ๔,๐๐๐ ยูนิตต่อสัปดาห์ และหยุดให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง เมื่อ Hb มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร กรณีได้รับยาอย่างต่อเนื่องแล้วผู้ป่วยยังคงมีภาวะซีดให้สืบค้นหาสาเหตุที่แท้จริงตามแนวทางการรักษาหรือคู่มือของสมาคมโรคไต

ข้อ ๓ ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องครอบคลุมทั้งการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) สำนักงานจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน และในกรณีเป็นเครือข่ายบริการ หน่วยบริการแม่ข่ายอาจแบ่งให้ลูกข่ายในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน หรือตามที่เครือข่ายตกลงกัน โดยอัตราเหมาจ่ายดังกล่าวครอบคลุมการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีผู้ป่วยใหม่ การตรวจประเมินสภาพร่างกาย การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา การวางแผนการรักษาและการติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษาโดยหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

(๒) กรณีผู้ป่วยเก่า การตรวจติดตามผลการรักษาและปรับแผนการรักษาที่หน่วยบริการอย่างน้อยทุก ๓ เดือน รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษาโดยหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

(๓) ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามแนวทางที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด ได้แก่ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ตรวจการทำงานของไต (BUN, Creatinine, Electrolyte) ตรวจความพอเพียงของการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การตรวจประสิทธิภาพของเยื่อช่องท้อง การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ

(๔) การให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องกรณีการให้บริการผู้ป่วยนอก หรือค่ายาพื้นฐาน และยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องโดยตรง

ข้อ ๔ กรณีผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างรอการวางสายล้างไตผ่านทางช่องท้องและมีภาวะยูริเมีย หรือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องหยุดการล้างไตผ่านทางช่องท้องเป็นการชั่วคราว หากมีความจำเป็นต้องเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว (Temporary HD) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ ต้องอยู่ภายในระยะเวลาไม่เกิน ๙๐ วัน หากมีความจำเป็นต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว (Temporary HD) เกินกว่า ๙๐ วัน ให้หน่วยบริการจัดทำคำขอขยายระยะเวลาเสนอผ่านคณะกรรมการไตระดับเขต เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบก่อนดำเนินการต่อไป

ข้อ ๕ สำนักงานจะจ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับหน่วยบริการในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการรักษาล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยสำนักงานจะกันเงินในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน เพื่อบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (global budget) โดยจ่ายด้วยระบบคะแนน (point system) ทั้งนี้ เกณฑ์การจ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๗ แนบท้ายประกาศนี้

การจ่ายเงินและรายการค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข และค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข และค่าใช้จ่ายอื่น

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๗ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๖ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ การให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้ป่วยแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๙ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๙ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ จะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๐ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานสนับสนุนการคัดกรองผู้ป่วยเริ่มการบำบัดทดแทนไตตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และการบันทึกของแพทย์ในการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

(๒) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการบันทึกของแพทย์ในการให้บริการ รวมทั้งคำสั่งในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการครอบคลุมค่าน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องและอุปกรณ์ จะต้องพบการส่งจ่ายน้ำยาและอุปกรณ์ต่าง ๆ ครบถ้วนตามที่สำนักงานกำหนด

(๓) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามที่สำนักงานกำหนดในกรณีที่ขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องครอบคลุมทั้งการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ

(๔) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้แก่ คำสั่งแพทย์ในการสั่งยา หลักฐานการบริหารยา และฉลากของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ซึ่งต้องมีครบตามจำนวน vial ที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงต่อสัปดาห์ที่ขอเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ของระดับ Hb ที่สำนักงานกำหนด

(๕) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลงานการให้บริการตามเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่สำนักงานจ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

(๖) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

- (๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑
- (๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ
- (๓) ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการในข้อ ๑๒

ข้อ ๑๔ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ป่วยใหม่ ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย PD First ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ ๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗ อย่างครบถ้วน และเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต (Share Decision Making) ตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุข และให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาให้สิทธิบำบัดทดแทนไต โดยคณะกรรมการไตรระดับเขต

(๒) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) มาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการไตรระดับเขต ยกเว้นกรณีผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

(๓) หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(๔) หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายสำหรับกรณีทำ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อทั่วไป หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีศักยภาพการให้บริการสำหรับทำการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ยกเว้นหน่วยบริการที่เป็นสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยแจ้งศักยภาพบริการ และระบุแพทย์ศัลยกรรมหรือแพทย์ศัลยกรรมหลอดเลือด ในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile: CPP)

(๕) หน่วยบริการจัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยเริ่มการบำบัดทดแทนไต โดยต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney: PAK) ทุกรายจากคณะกรรมการไตรระดับเขต ตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยมีเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(ก) ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มิลลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว หรือ

(ข) ผู้ป่วยไตวายระยะที่ ๕ ที่มีระดับ eGFR มากกว่า ๖ มิลลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตวายเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างไม่อย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกายจนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้

๒) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง

๓) ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูริเมีย
๔) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูริเมีย
๕) คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูริเมีย
(ค) กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปี ต้องได้รับการคัดกรองเพิ่มเติมตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC) โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือแพทย์ผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วย ที่ตรวจพบข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร อย่างน้อย ๒ ใน ๔ ข้อ ต่อไปนี้

๑) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ” เมื่อตั้งคำถามและตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะไม่แปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในปีหน้า” เพื่อคาดคะเนโอกาสของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง ๖ - ๑๒ เดือนข้างหน้า

๒) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน

๓) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า ๔๐

๔) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัม น้อยกว่า ๒.๕ กรัมต่อเดซิลิตร) ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้

(ง) มีข้อห้ามทางการแพทย์ หรือมีเหตุสมควรด้านสังคมหรือครอบครัว ซึ่งไม่สามารถเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

(จ) กรณีผู้ป่วยรายเก่าที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า ๗๕ ปีขึ้นไป หน่วยบริการต้องจัดให้มีการประเมินซ้ำตาม (ค) ทุกปี เพื่อยืนยันการให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีเดิมต่อไป หรือเปลี่ยนการรักษาเป็นแบบล้างไตผ่านทางช่องท้อง (PD) หรือการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC) และแจ้งสำนักงานทราบ

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๘๐ บาท ต่อขนาด ๔,๐๐๐ ยูนิต ให้กับหน่วยบริการตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และใช้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๑๒ สัปดาห์ ตามการเจาะเลือดที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา โดยเริ่มให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงเมื่อระดับ Hb น้อยกว่า ๑๐ กรัมต่อเดซิลิตร ขนาด ๔,๐๐๐ ยูนิต จำนวน ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ จนกระทั่ง Hb มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ แต่ไม่น้อยกว่า ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร จึงลดลงเหลือ ๔,๐๐๐ ยูนิตต่อสัปดาห์ และหยุดให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง เมื่อ Hb มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร กรณีได้รับยาอย่างต่อเนื่องแล้วผู้ป่วยยังคงมีภาวะซีด ให้สืบค้นสาเหตุที่แท้จริงตามแนวทางการรักษาหรือคู่มือของสมาคมโรคไต

(๒) ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จ่ายในอัตรา ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง โดยหน่วยบริการให้บริการไม่เกิน ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่า ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ให้หน่วยบริการแจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงานเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี โดยค่าบริการดังกล่าวรวมค่าอุปกรณ์ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าตรวจเลือด และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าตัวกรองเลือด (Dialyzer) หากเป็นชนิดที่มีคุณสมบัติใช้ซ้ำได้ ให้ใช้ซ้ำได้ไม่เกินตามที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

(ข) ค่าอุปกรณ์ ได้แก่ Blood line, AVF needle, Bicarbonate dialysate, Anticoagulant

(ค) ยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่แพทย์สั่งระหว่างการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ Glucose, Analgesic, Antihistamine และ Tranquilizer drug น้ำเกลือ ยาลดความดันโลหิต

(ง) ค่าตรวจเลือด และการให้เลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พื้นฐานที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, Electrolytes, Calcium, Phosphate, Albumin, KT/V, URR, HBsAg, HBsAb, Anti HCV, EKG, Chest X-ray Iron Study PTH และค่าตรวจประสิทธิภาพของเส้นฟอกเลือด

(๓) ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยที่มีโอกาสแพร่เชื้อสูง โดยหน่วยบริการ จัดหาตัวกรองเลือดเพียงครั้งเดียว จะได้รับค่าบริการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ในอัตรา ๔,๐๐๐ บาท ต่อครั้ง และสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรค ในอัตรา ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง ตามรายการและเงื่อนไขข้อ ๒ (๒)

(๔) การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมงต่อการฟอกเลือดหนึ่งครั้ง ยกเว้นกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก หรือกรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ หรือกรณีพบว่ามีภาวะฉุกเฉิน หน่วยบริการที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีการส่งต่อผู้ป่วยให้มีสิทธิได้รับ ค่ายาและค่าบริการเบื้องต้นที่เกิดจากการให้บริการก่อนนำส่งผู้ป่วย

(๕) ค่าบริการสำหรับการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) กำหนดอัตราจ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) Tunnel cuffed catheter (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter) มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๑,๐๐๐ บาทต่อครั้ง รวมค่าอุปกรณ์รหัส ๔๙๐๕ สายสวนสองช่องแบบกึ่งถาวรสำหรับฟอกเลือดล้างไต (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter)

(ข) Arteriovenous Fistula (AVF) มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องทำ Arteriovenous Fistula (AVF) ใหม่ จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา ๑๓,๕๐๐ บาท รวมค่าผ่าตัด ค่าห้องผ่าตัดและค่าห้องปฏิบัติการ

(ค) Arteriovenous Graft (AVG) มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องทำ Arteriovenous Graft (AVG) ใหม่ โดยเริ่มทำ Arteriovenous Fistula (AVF) เป็นอันดับแรก หรือในกรณีที่ไม่สามารถทำ Arteriovenous Fistula (AVF) ได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา ๑๓,๕๐๐ บาท รวมค่าผ่าตัด ค่าห้องผ่าตัด ค่าห้องปฏิบัติการ และรายการอุปกรณ์รหัส ๔๐๑๕ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลาย PTFE vascular graft (ตามความยาวที่ใช้) หรือรายการอุปกรณ์รหัส ๔๐๑๖ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลายชนิดมีวงแหวน PTFE Ring vascular graft (ตามความยาวที่ใช้) เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

(ง) Temporary double lumen catheter สำหรับผู้ป่วยที่รอใช้ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา ๕,๐๐๐ บาท รวมค่าสายและค่าใส่สาย กรณีหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ไม่มีการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้เบิกจ่ายได้ เฉพาะกรณีที่มีปัญหาในขณะที่ทำการฟอกเลือด เช่น สายอุดตันต้อง revise สาย

(จ) กรณีที่ต้องการเตรียมเส้นเลือดถาวรไว้ล่วงหน้า หรือมีการทำเส้นเลือดถาวรใหม่มากกว่า ๓ ครั้งในปีงบประมาณ ต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney: PAK) จากคณะกรรมการไตรระดับเขต โดยสามารถจ่ายตามข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทยกำหนดไว้ และจ่ายตามอัตราใน (ข) และ (ค)

(ฉ) กรณีที่มีการซ่อมเส้นเลือด Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) สามารถเบิกค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมตามจ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๘,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ภายในปีงบประมาณ

(๖) ในกรณีที่หน่วยบริการเข้าร่วมการให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ให้หน่วยบริการเบิกจ่ายในอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก

ทั้งนี้ เกณฑ์ผลงานคุณภาพในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้เป็นตามเอกสารหมายเลข ๘ แนบท้ายประกาศนี้

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการที่กำหนด และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ โดยการใส่บัตรประชาชน Smart Card ของผู้รับบริการเท่านั้น ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง ได้แก่ (๑) การใช้เครื่องอ่านบัตรประชาชน (๒) การใช้เครื่องให้บริการอัตโนมัติ (KIOSK) ผ่านแอปพลิเคชัน NHSO SECURE SMARTCARD AGENT (๓) การใช้แอปพลิเคชัน Authen by NHSO เฉพาะฟังก์ชันการใช้งานโดยการเสียบบัตรประชาชนและยืนยันตัวตนด้วย ThaiID (๔) การใช้งานทางหน้าเว็บ New Authen ของสำนักงาน เฉพาะฟังก์ชันการใช้งานโดยการเสียบบัตรประชาชนและยืนยันตัวตนด้วย ThaiID (๕) แอปพลิเคชันเป่าตัง (๖) แอปพลิเคชัน Krungthai Digital Health Platform เฉพาะฟังก์ชันการใช้งานโดยการเสียบบัตรประชาชน และ (๗) แอปพลิเคชันอื่น ๆ ของสำนักงาน ที่มีฟังก์ชันการเสียบบัตรประชาชน และ (๘) วิธีการพิสูจน์ตัวตน (Authentication) โดยใช้ Smart Card และส่งข้อมูลเบิกจ่ายภายในวันที่รับบริการ ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๖ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ

ข้อ ๗ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยการขอรับค่าใช้จ่ายต้องสอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการ และให้เป็นไปตามจำนวนเครื่องไตเทียมที่ได้รับการรับรองจากศูนย์รับรองมาตรฐานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ศ.ร.ต.) หรือคณะอนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) เว้นแต่กรณีที่มีความจำเป็นที่ไม่อาจได้รับการรับรองดังกล่าว สำนักงานจะพิจารณาศักยภาพในการให้บริการของหน่วยบริการเป็นรายกรณี ทั้งนี้ วันและเวลาทำการของหน่วยบริการทั้งหมดให้เป็นไปตามใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) และข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile: CPP)

ข้อ ๘ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๖ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ จะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานสนับสนุนการคัดกรองผู้ป่วยเริ่มการบำบัดทดแทนไตตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติกรบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และการบันทึกของแพทย์ในการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

(๒) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี

(๓) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ Hemodialysis work sheet และหรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการฟอกเลือด ทั้งนี้ ไม่เกิน ๓ ครั้ง ต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่า ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ต้องพบบันทึกเหตุผลความจำเป็นในเอกสารหลักฐานเวชระเบียน หรือ Hemodialysis work sheet

(๔) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามแนวทางที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

(๕) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้แก่ คำสั่งแพทย์ในการสั่งยา หลักฐานการบริหารยา และฉลากของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ซึ่งต้องมีครบตามจำนวน vial ที่หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงต่อสัปดาห์ที่ขอเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ของระดับ Hb ที่สำนักงานกำหนด

(๖) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องทำไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมงต่อครั้งฟอกเลือด ยกเว้นกรณีการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก หรือกรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ หรือกรณีพบว่ามีภาวะฉุกฉิน ต้องมีบันทึกเหตุผลความจำเป็นดังกล่าวไว้ในเวชระเบียน หรือ Hemodialysis work sheet

(๗) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการตามหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการสำหรับการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ทั้งนี้ ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการแต่ละประเภทต้องเป็นไปตามที่กำหนด มีบันทึกข้อบ่งชี้ดังกล่าวไว้ในเวชระเบียน

(๘) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการที่เข้าเกณฑ์การให้บริการในรูปแบบวันเดียวกลับ ในกรณีที่เรียกค่าใช้จ่ายการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ในรูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

(๙) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน หรือบันทึกการทำหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับบริการการซ่อมเส้นเลือด Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG)

(๑๐) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ตรวจสอบพบการให้บริการไม่สอดคล้องกับศักยภาพตามที่กำหนดในข้อ ๗

(๔) ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการในข้อ ๑๐

ข้อ ๑๒ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการ อาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังจ่ายค่าใช้จ่าย ตามหมวดนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่า ได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บริการปลูกถ่ายไต

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการปลูกถ่ายไต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ป่วยใหม่ ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต (Share Decision Making) ตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุข และให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) มาเป็นบริการปลูกถ่ายไต ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการไต

(๓) หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไต โดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าบริการในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไต

(ก) กรณีผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor)

๑) ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๕,๐๐๐ บาท ต่อครั้ง ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อผู้รับบริจาค ๑ ราย ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

ค) ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA

ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

๒) ค่าใช้จ่ายระหว่างเข้ารับการผ่าตัด

๒.๑) การผ่าตัดนำไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิตด้วยวิธี Open LD nephrectomy จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๒,๘๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

ค) ค่าผ่าตัด

ง) ค่าห้องและค่าอาหาร

จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

๒.๒) การผ่าตัดนำไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิตด้วยวิธี Laparoscopic LD nephrectomy จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

- ค) ค่าผ่าตัด
- ง) ค่าห้องและค่าอาหาร
- จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

(ข) กรณีผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor) ค่าเตรียมและผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้งต่อไต ๑ ข้าง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ๑) ค่าดูแล Donor
- ๒) ค่าผ่าตัด
- ๓) ค่าน้ำยาถนอมอวัยวะ
- ๔) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ๕) ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค

(ค) กรณีผู้รับบริจาค (Recipient) จากผู้บริจาคที่มีชีวิต

๑) ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
- ค) ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA
- ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

๒) ค่าส่งตรวจ Panel reactive antibody

ก) ตรวจ screening ด้วยวิธี Single Antigen Sead (SAB) จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒,๐๐๐ บาทต่อปีงบประมาณ

ข) ตรวจ SAB class I เพื่อยืนยัน กรณี screening class I ผลเป็นบวกจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๑๓,๐๐๐ บาทต่อปีงบประมาณ

ค) ตรวจ SAB class II เพื่อยืนยัน กรณี screening class II ผลเป็นบวกจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๑๒,๕๐๐ บาท ต่อปีงบประมาณ

(ง) กรณีผู้รับบริจาค (Recipient) จากผู้บริจาคสมองตาย

๑) ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
- ค) ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA
- ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

๒) ค่าส่งตรวจ Panel reactive antibody จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา ๘,๗๐๐ บาทต่อปีงบประมาณ

(๒) ค่าบริการระหว่างผ่าตัดปลูกถ่ายไตสำหรับผู้รับบริจาค

(ก) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน แบ่งเป็น ๖ ประเภท

๑) ประเภท Protocol-I ในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Cyclosporine และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๔๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
- ค) ค่าผ่าตัด
- ง) ค่าห้องและค่าอาหาร
- จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ
- ช) ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล
- ซ) ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

๒) ประเภท Protocol-II ในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๔๘,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
- ค) ค่าผ่าตัด
- ง) ค่าห้องและค่าอาหาร
- จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ
- ช) ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล
- ซ) ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

๓) ประเภท Protocol-III ในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab และ Cyclosporine และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๘๗,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
- ค) ค่าผ่าตัด
- ง) ค่าห้องและค่าอาหาร
- จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ
- ช) ค่ายา Basiliximab X ๒ dose
- ซ) ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล
- ฅ) ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

๔) ประเภท Protocol-IV ในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab และ Tacrolimus และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๙๒,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
- ค) ค่าผ่าตัด
- ง) ค่าห้องและค่าอาหาร
- จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ
- ช) ค่ายา Basiliximab X ๒ dose
- ซ) ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล
- ณ) ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level หรือ Cyclosporine ระหว่างรับการรักษา

ในโรงพยาบาล

๕) ประเภท Protocol-V ในการปลูกถ่ายไตข้ามหมู่เลือด (ABO incompatibility KT) โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายตามที่กำหนด ใน Protocol IV และ การทำ Plasmapheresis จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๗๒,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๖) ประเภท Protocol-VI การ ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน anti-thymocyte globulin ๓ - ๗ dose และ Tacrolimus หรือ Cyclosporine และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๑๒,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
- ค) ค่าผ่าตัด
- ง) ค่าห้องและค่าอาหาร
- จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ
- ช) ค่ายา anti-thymocyte globulin ๓ - ๗ dose
- ซ) ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล
- ณ) ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล
- ๗) การรักษาภาวะติดเชื้อ Cytomegalovirus (CMV) จ่ายในอัตรา ดังต่อไปนี้
 - ก) CMV Prophylaxis จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๘๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง
 - ข) CMV Viremia จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง
 - ค) CMV disease จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๘๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

(ข) กรณีมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัด แบ่งเป็น ๗ ประเภท ดังต่อไปนี้

๑) ประเภท Protocol ACR-A (Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Acute Cellular Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy
- ข) ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ
- ค) ค่ายา Methylprednisolone
- ง) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- ฉ) ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่ม

Protocol DGF-B)

๒) ประเภท Protocol ACR-B (Refractory Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Acute Cellular Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๙๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy
- ข) ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ
- ค) ค่ายา Methylprednisolone
- ง) ค่ายา Anti-thymocyte globulin
- จ) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ฉ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- ช) ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่ม

Protocol DGF-B)

๓) ประเภท Protocol AMR-A (Antibody Mediated Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Antibody Mediated Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy
- ข) ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ
- ค) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- จ) ค่ายา Methylprednisolone
- ฉ) ค่ายา Intravenous immunoglobulin
- ช) ค่า Plasmapheresis และตัวกรอง Plasma flux
- ซ) ค่าสาย Double lumen catheter
- ฌ) ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่ม

Protocol DGF-C)

๔) ประเภท Protocol AMR-B (Refractory Antibody Mediated Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Antibody Mediated Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๒๖,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy
- ข) ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ
- ค) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- จ) ค่ายา Methylprednisolone
- ฉ) ค่ายา Intravenous immunoglobulin
- ช) ค่ายา Rituximab
- ซ) ค่า Plasmapheresis และตัวกรอง Plasma flux
- ฌ) ค่าสาย Double lumen catheter
- ฎ) ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่ม

Protocol DGF-C)

๕) ประเภท Protocol DGF-A (Delay Graft Function) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๖,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy
- ข) ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ
- ค) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- จ) ค่าสาย Double lumen catheter
- ฉ) ค่าทำ Acute hemodialysis

๖) ประเภท Protocol DGF-B (Delay Graft Function Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol ACR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function ร่วมกับ Acute Cellular Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ข) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- ค) ค่าสาย Double lumen catheter
- ง) ค่าทำ Acute hemodialysis
- จ) ไม่รวมค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ (เนื่องจาก

ได้คิดรวมอยู่ใน Protocol ACR-A และ ACR-B)

๗) ประเภท 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 จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๕,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

ค) ค่าทำ Acute hemodialysis

ง) ไม่รวมค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ และค่าสาย Double lumen catheter (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน Protocol AMR-A และ AMR-B)

(ค) กรณีที่มีความเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดนอกเหนือจากภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไต ๗ ประเภท ให้หน่วยบริการเบิกค่าใช้จ่ายส่วนต่างเพิ่มเติม ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

(ง) กรณีที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาตามรายการบัญชียา จ (๒) ระหว่างผ่าตัดและภายหลัง ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

(จ) กรณีการรักษาการตีบของเส้นเลือดไต เบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป และเบิกค่าอุปกรณ์ Balloon หรือ Stent รายการการอุปกรณ์รหัส ๔๘๐๑-๔๘๐๔ เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

(๓) ค่ายากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยครอบคลุมการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันด้วย โดยค่าบริการแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต ดังต่อไปนี้

(ก) หลังผ่าตัด ๑ - ๖ เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน

(ข) หลังผ่าตัด ๗ - ๑๒ เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน

(ค) หลังผ่าตัด ๑๓ - ๒๔ เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๘,๐๐๐ บาทต่อเดือน

(ง) หลังผ่าตัด ๒๕ เดือนขึ้นไป จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๓,๐๐๐ บาทต่อเดือน

(๔) กรณีที่มีภาวะสลัดไต และมีการลงทะเบียนล้างไตผ่านทางช่องท้องหรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้ว หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายไม่เกิน ๖ เดือน

(๕) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด ในช่วงเวลาประมาณ ๒๑ วัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่าย ระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด

(๖) กรณีที่หน่วยบริการมีประเด็นอุทธรณ์ค่ารักษาพยาบาล สามารถทำเรื่องมาที่สำนักงาน เพื่อให้คณะกรรมการที่สำนักงานมอบหมายพิจารณา

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ การให้บริการปลูกถ่ายไต ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการที่กำหนด และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการปลูกถ่ายไต หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๖ สำนักงานจะดำเนินการประเมินผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประเมินผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประเมินผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่ายหน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๗ ข้อมูลที่ผ่านการประเมินผลตามข้อ ๖ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประเมินผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ จะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๗ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามี การให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๙ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผู้รับบริจาคลงทะเบียนเพื่อบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไต

(๒) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนกรณีผู้รับบริจาคที่วินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และข้อบ่งชี้การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตโดยอายุรแพทย์โรคไต

(๓) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนการให้บริการในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่สำนักงานกำหนดในแต่ละประเภทของผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ได้แก่ หลักฐานการให้บริการ รายงานผลการตรวจเอกซเรย์ บันทึกการทำหัตถการ และรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้ รายงานผลการตรวจ HLA SAB และ Panel reactive antibody ต้องเป็นรายงานผลที่เป็นทางการ

(๔) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนการให้บริการระหว่างผ่าตัดปลูกถ่ายไตสำหรับผู้รับบริจาค ดังต่อไปนี้

(ก) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีหลักฐานสนับสนุนข้อบ่งชี้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนดในการให้บริการในแต่ละประเภท protocol ในกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัด ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(ข) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนการให้บริการที่สำนักงานกำหนดในแต่ละประเภท protocol ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ได้แก่ หลักฐานการให้บริการ รายงานผลการตรวจเอกซเรย์ รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกการทำหัตถการ คำสั่งแพทย์ในการส่งจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน และหลักฐานในการบริหารยากดภูมิคุ้มกัน

(ค) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการ Ultrasound guide renal biopsy และรายงานพยาธิผลการตรวจชิ้นเนื้อ ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(ง) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการ และหลักฐานการใช้อุปกรณ์ ได้แก่ บันทึกการทำหัตถการในการใช้ Balloon หรือ stent และสติ๊กเกอร์ของอุปกรณ์ กรณีรักษาการตีบของเส้นเลือดไต

(๕) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต คำสั่งแพทย์ในการส่งจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน ตามจำนวนเดือนที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๖) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการกรณีที่มีภาวะสลัดไต ได้แก่ หลักฐานการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๗) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการในข้อ ๙

ข้อ ๑๑ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ป่วยรายใหม่ ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย PD First ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ ๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗ อย่างครบถ้วน และเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต (Share Decision Making) ตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุข และให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาให้สิทธิบำบัดทดแทนไตของคณะกรรมการไตรระดับเขต

(๒) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) มาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

(๓) ผู้ป่วยติดเตียง หรือมีภาวะร่างกายอ่อนแอมาก (Frailty) หรือมีโรคร่วมรุนแรง เช่น หัวใจตับ ปอด มะเร็งระยะลุกลาม มีภาวะขาดสารอาหารขั้นรุนแรง และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer) รวมทั้งผู้ป่วยที่สภาพแวดล้อมทางสังคมและครอบครัวไม่เหมาะสมที่จะรับการรักษาบำบัดทดแทนไต และผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต

(๔) หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคอง

(๕) หน่วยบริการจัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ตาม (๑) ก่อนเริ่มการบำบัดทดแทนไต ต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney: PAK) ทุกรายจากคณะกรรมการไตรระดับเขต ตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติกรบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(ก) ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว หรือ

(ข) ผู้ป่วยไตวายระยะที่ ๕ ที่มีระดับ eGFR มากกว่า ๖ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตวายเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตามหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกายจนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้

๒) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง

๓) ระดับความรู้สึกลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูรีเมีย

- ๔) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย
 - ๕) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูรีเมีย
- (ค) กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปี ต้องได้รับการคัดกรองเพิ่มเติม

ตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC) โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือแพทย์ผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วยที่ตรวจพบข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร อย่างน้อย ๒ ใน ๔ ข้อ ดังต่อไปนี้

๑) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ” เมื่อตั้งคำถามและตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะไม่แปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในปีหน้า” เพื่อคาดคะเนโอกาสของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง ๖ - ๑๒ เดือนข้างหน้า

๒) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน

๓) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า ๔๐

๔) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัม น้อยกว่า ๒.๕ กรัมต่อเดซิลิตร) ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้

ข้อ ๒ บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

(๑) การบรรเทาอาการของโรคไตวาย เช่น ลดอาการปวดด้วยยาแก้ปวดที่ปลอดภัยต่อไต เช่น ยาพาราเซตามอล (Paracetamol) และหลีกเลี่ยงการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ควบคุมอาการคันด้วยยาต้านฮีสตามีน (Antihistamine) หรือปรับสมดุลแคลเซียม-ฟอสฟอรัส จัดการภาวะบวม น้ำ โดยจำกัดเกลือและน้ำ หรือใช้ยาขับปัสสาวะ และบรรเทาอาการคลื่นไส้และเบื่ออาหาร ด้วยยาและคำแนะนำด้านโภชนาการ

(๒) การดูแลคุณภาพชีวิต เช่น สนับสนุนกิจกรรมที่สร้างความสุขและลดความเครียด และช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติที่สุด

(๓) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ให้คำปรึกษาด้านจิตใจเพื่อลดความเครียดและความกลัว สนับสนุนความเชื่อด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

(๔) การดูแลแบบองค์รวม โดยทีมสหวิชาชีพที่มีการประสานงานระหว่างแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ให้การดูแลทั้งที่บ้าน ที่ชุมชน และที่โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยหรือครอบครัวจะได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) รวมถึงการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย (Advance directive)

(๕) การดูแลระยะท้ายของชีวิต (End-of-Life Care) มีเป้าหมายลดความทุกข์ทรมานในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น ควบคุมอาการปวดและหอบเหนื่อยของผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนครอบครัวให้เตรียมตัวและทำใจต่อการจากไปของผู้ป่วย

(๖) กรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) จากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (PD) หรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre - Authorization for kidney: PAK) ทุกรายจากคณะกรรมการไตรระดับเขต

ข้อ ๓ สำนักงานจะจ่ายแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติมในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน และในกรณีเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการแม่ข่ายอาจแบ่งค่าบริการให้ลูกข่ายในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน หรือตามที่เครือข่ายตกลงกัน โดยค่าบริการเหมาจ่ายดังกล่าวครอบคลุมการบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีผู้ป่วยใหม่ รวมการตรวจประเมินสภาพร่างกาย การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) และการติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษาโดยหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

(๒) กรณีผู้ป่วยเก่า การตรวจติดตามผลการรักษาและปรับแผนการรักษาที่หน่วยบริการอย่างน้อย ทุก ๓ เดือน รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษาโดยหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

(๓) ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการติดตามอาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยตามข้อ ๑ (๓) และการจ่ายแบบเหมาจ่ายตามวรรคหนึ่ง ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับผู้ป่วยที่ได้รับการบริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคอง และหน่วยบริการที่ได้รับค่าบริการแบบเหมาจ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ การให้บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคอง ให้หน่วยบริการที่ให้บริการ บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๔ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้ป่วยบริการตามข้อ ๓ (๑) และ (๒) แสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๗ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ เป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการ ตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการ สามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๘ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๗ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่าย ค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ จะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุข

ข้อ ๙ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่า มีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่าย ตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข โดยตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการตรวจประเมินสภาพร่างกาย การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา การวางแผน การดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) และการติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษาโดยหน่วยบริการหรือเครือข่าย หน่วยบริการ

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการในข้อ ๑๐

ข้อ ๑๒ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่า การให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติ หลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสาร ที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบ เอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุข

หนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต
(Share Decision Making for Renal Replacement Therapy)

ชื่อหน่วยบริการ.....

ส่วนที่ ๑. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้วางแผนการดูแลสุขภาพสำหรับการบำบัดทดแทนไต

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย) นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก.....

เบอร์โทรติดต่อ.....

ชื่อญาติที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับผู้ป่วย

ชื่อ.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

ส่วนที่ ๒. ความปรารถนาหรือเป้าหมายในการวางแผนการดูแลสุขภาพ (Patient preference) (ถ้ายังไม่ทราบหรือไม่แน่ใจให้ข้ามไปก่อน เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีพร้อมสามารถกลับมาพิจารณาใหม่ได้)

๒.๑ สิ่งที่ต้องการและให้ความสำคัญ

(๑) ต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

(๒) ต้องการการรักษาที่ไม่สร้างความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน หรือยืดการตายออกไปโดยไม่ก่อเกิด

ประโยชน์ใดๆ

(๓) ต้องการมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากเครื่องมือ

ทางการแพทย์

(๔) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๒.๒ สิ่งที่ไม่ต้องการและยอมรับไม่ได้

(๑) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง ต่อมืดดูแลตลอดเวลา

(๒) เจ้าชายหรือเจ้าหญิงนิทราที่ต้องนอนอยู่นิ่งๆ ลืมตาได้บ้าง แต่ไม่มีความรับรู้หรือสื่อสารใดๆ ได้

รู้สึก จำบุคคลรอบข้างไม่ได้ หรืออยู่ในสภาพผักถาวร (Persistent vegetative state)

(๓) ต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อชีพ เช่น เครื่องช่วยหายใจ ฯลฯ ไปตลอดชีวิต

(๔) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๒.๓ ขอบเขตการรักษาพยาบาลที่ต้องการและไม่ต้องการ

(๑) รักษาเต็มที่แม้จะทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพก็ตาม

(๒) รักษาเต็มที่รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ แต่หากบุคลากรด้านสุขภาพเห็นว่าไม่ได้ผลก็อนุญาต

ให้ถอดเครื่องพยุงชีพได้และรักษาตามอาการเพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมาน และขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ

(๓) รักษาอาการเพื่อลดการทรมานโดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพหรือการรักษาที่เป็นการยืดชีวิตและขอ

เสียชีวิตตามธรรมชาติ

(๔) ยังตัดสินใจการรักษาที่ต้องการไม่ได้

(๕) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ ๓ ผู้ตัดสินใจแทน หรือบุคคลที่มีหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา (Surrogate decision maker) (ถ้ายังไม่ทราบหรือไม่แน่ใจให้ข้ามไปก่อน เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีพร้อม สามารถกลับมาพิจารณาใหม่ได้)

ผู้ตัดสินใจแทน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ โดยจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว

คำอธิบาย ผู้ป่วยที่ทำแผนการดูแลสุขภาพควรเลือกบุคคลที่ไว้วางใจว่าเข้าใจความต้องการของตนเอง และสามารถตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาที่ตรงกับความต้องการของตนเองได้มากที่สุด ในกรณีที่ตนไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้แล้ว โดยผู้ตัดสินใจแทนไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยก็ได้ ทั้งนี้เป็นไปตามนัยของมาตรา ๘ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

โดยข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ ชื่อ.....อายุ.....ปี
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... ที่อยู่ติดต่อ.....
.....เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้ตัดสินใจแทนและปรึกษาหารือกับบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เมื่อเอกสารฉบับนี้ขาดความชัดเจน โดยยึดความต้องการของข้าพเจ้าเป็นสำคัญ

ส่วนที่ ๔ ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับ การบำบัดทดแทนไต ตามกระบวนการ CKD clinic counselling และได้ร่วมขั้นตอน Sharing Decision Making 5 ขั้นตอน ดังนี้

๑. เริ่มกระบวนการให้ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตทั้ง ๔ วิธี ซึ่งได้แก่

๑.๑ การการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ประกอบด้วย (๑) การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) หรือ (๒) การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automatic Peritoneal Dialysis: APD)

๑.๒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

๑.๓ การปลูกถ่ายไต

๑.๔ การดูแลแบบประคับประคอง

๒. ได้รับคำอธิบายวิธีการและความเสี่ยงของการบำบัดทดแทนไตแต่ละวิธี

๓. เปรียบเทียบ ข้อดี ข้อเสีย ของการบำบัดทดแทนไตในแต่ละวิธี โดยนำบริบทผู้ป่วยแต่ละรายมาประกอบการอธิบาย

๔. ข้าพเจ้า ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมที่สุด

๕. ประเมินผลลัพธ์ในการตัดสินใจ และเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

วันที่เริ่ม กระบวนการ Shared Decision Making.....
วันที่ ตัดสินใจเลือก วิธีการรักษาวิธีบำบัดทดแทนไตที่เลือก.....

วิธีการบำบัดทดแทนไตที่เลือก

- ๑. การผ่าตัดปลูกถ่ายไต
- ๒. การล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่อง (CAPD)
- ๓. การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)
- ๔. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- ๕. การดูแลแบบประคับประคอง

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล ดังกล่าว และมีความเข้าใจกระบวนการรักษา การบำบัดทดแทนไต โดยการลงนามนี้

ลายมือชื่อผู้ป่วย _____ วัน-เดือน-ปี _____
(_____)

ลายมือชื่ออายุรแพทย์ _____ วัน-เดือน-ปี _____
โรคไตผู้ให้ข้อมูล (_____)

ลายมือชื่อพยาบาล _____ วัน-เดือน-ปี _____
โรคไตผู้ให้ข้อมูล (_____)

หมายเหตุ : กระบวนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Sharing Decision Making) หน่วยบริการสามารถใช้วิธีใดก็ได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้ครบ ๕ ขั้นตอน เช่น Application / กระบวนการกลุ่ม หรืออื่น ๆ ที่หน่วยบริการกำหนด

ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนเครื่องล้างไตทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ

ปัจจุบันสำนักงานได้รับความร่วมมือจากบริษัทเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ UC-APD ในการสนับสนุนเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis : APD) ให้ผู้ป่วยยืมเครื่อง APD และบริษัทฯ ให้บริการซ่อมและเปลี่ยนเครื่องใหม่ทดแทนในกรณีเครื่องเดิมมีปัญหา ตลอดอายุการใช้งาน ดังนั้น เพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพและสามารถจัดหาเครื่อง APD ให้เพียงพอต่อผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ทางสังคม ตามเกณฑ์ที่กำหนด และผู้ป่วยมีความประสงค์จะเลือกการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ จึงขอ กำหนดขั้นตอนในการเบิกเครื่อง APD ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ หลังจากผู้ป่วยได้ตัดสินใจร่วมกับแพทย์ผู้ให้การรักษา ในการเลือกการรักษาด้วยเครื่อง APD แล้ว หน่วยบริการจะบันทึกข้อมูลการเบิกเครื่อง APD และน้ำยาล้างไต APD ผ่านระบบ DMIS ภายใต้หัวข้อแสดง ความจำแนกเข้าร่วมโครงการ UC-APD โดยมีการแจ้งความจำนงค์เบิกเครื่อง APD และน้ำยาล้างไต APD ล่วงหน้าก่อนผู้ป่วย จะเริ่มการรักษา APD อย่างน้อย ๑๕ วันตามปฏิทิน (สำหรับผู้ป่วยใหม่ วันที่เริ่มการรักษาคือวันที่ผู้ป่วยวางสายล้างไต ทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter) หรือสำหรับผู้ป่วยเดิมวันที่เริ่มการรักษาคือวันที่ผู้ป่วยจะเริ่มใช้เครื่อง APD)

ขั้นตอนที่ ๒ หน่วยบริการติดต่อบริษัทที่เข้าร่วมโครงการ ถึงความต้องการใช้เครื่อง APD จากนั้นบริษัทฯ ทำการจัดหาและจัดส่งเครื่อง APD ให้กับหน่วยบริการหรือผู้ป่วย (ขึ้นกับการบริหารจัดการของหน่วยบริการ)

ขั้นตอนที่ ๓ เมื่อหน่วยบริการได้รับเครื่อง APD คู่มือการใช้เครื่อง และอุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็น จึงเริ่ม จัดการอบรมผู้ป่วยเรื่องการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่อง APD จากนั้นหน่วยบริการทำการบันทึกในระบบเพื่อ ยืนยันว่าผู้ป่วยมีความรู้เพียงพอในการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่อง APD ด้วยตนเอง และหน่วยบริการอนุญาตให้ ผู้ป่วยนำเครื่อง APD กลับไปล้างไตด้วยตนเองที่บ้านได้

ในกรณีเครื่อง APD เสีย และต้องการเปลี่ยนเครื่องใหม่

ผู้ป่วยหรือหน่วยบริการ จะติดต่อบริษัทฯ ที่เข้าร่วมโครงการ ผ่านช่องทางการติดต่อที่บริษัทฯ กำหนด และบริษัทฯ จะดำเนินการรับเครื่อง APD ที่เสียกลับ พร้อมกับส่งเครื่อง APD ใหม่ทดแทนเครื่องที่เสีย ให้กับหน่วย บริการหรือผู้ป่วย และบริษัทฯ แจ้งหน่วยบริการให้รับทราบหลังจากได้จัดส่งเครื่องใหม่ให้ผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว

ในกรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องหยุดการรักษาด้วย APD นานกว่า ๑ เดือนขึ้นไป

หลังจากหน่วยบริการได้รับการติดต่อจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย และพบว่าเป็นกรณีที่ผู้ป่วย มีความจำเป็นต้องหยุดการรักษาด้วย APD นานกว่า ๑ เดือนขึ้นไป เช่น ผู้ป่วยเปลี่ยนวิธีการรักษา ผู้ป่วยติดเชื้อเยื่อ ุทางช่องท้องและต้องพักการรักษานานกว่า ๑ เดือน ผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นต้น หน่วยบริการจะดำเนินการติดต่อบริษัทฯ ที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อให้บริษัทฯ ดำเนินการรับเครื่อง APD กลับจากผู้ป่วย

บริษัทฯ ที่เข้าร่วมโครงการ จะต้องจัดทำรายงานการจัดส่งเครื่อง APD ให้กับหน่วยบริการและสำนักงาน โดยทำการจัดส่งทุก ๆ สิ้นเดือน โดยรายงานดังกล่าว ประกอบด้วยข้อมูลดังนี้

๑. ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย และที่อยู่ของผู้ป่วยที่ใช้ในการจัดส่งเครื่อง APD
๒. ชื่อหน่วยบริการ
๓. เลขลำดับประจำเครื่อง (Serial number) ของเครื่อง APD ที่จัดส่งให้ผู้ป่วย
๔. สถานะเครื่อง APD เช่น เครื่องใหม่ หรือเครื่องทดแทน

เกณฑ์การจ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้องเพิ่มเติม เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องของหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการตามเกณฑ์ผลงาน ดังต่อไปนี้

เกณฑ์คุณภาพ ๕ ข้อ		วิธีคำนวณ	น้ำหนัก เกณฑ์ (a)	ผลงานจริง (b)	คะแนนสุทธิ (c)
๑	ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้รับการนัด F/U ที่หน่วยบริการ อย่างน้อย ๓ เดือน ต่อครั้ง และได้รับ บริการเยี่ยมบ้าน โดยเครือข่ายบริการ อย่างน้อย ๑ ครั้ง ต่อเดือน	จากรายงานจำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้รับการนัด F/U ที่หน่วยบริการ อย่างน้อย ๓ เดือนต่อครั้ง และได้รับบริการเยี่ยมบ้าน โดยเครือข่ายบริการ อย่างน้อยเดือนละครั้ง หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD ในช่วง ๖ เดือนย้อนหลัง ของหน่วยบริการนั้น คูณด้วย ๑๐๐	๒๐%	% ที่คำนวณ ได้จริง	$c = a \times b$
๒	ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin ≥ 3.2 กรัม ต่อเดซิลิตร	จากรายงานจำนวนผู้ป่วย PD ที่มีระดับ Serum Albumin ≥ 3.2 กรัมต่อเดซิลิตร ในช่วง ๖ เดือน ย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active PD ในช่วง ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วย บริการนั้น คูณด้วย ๑๐๐	๒๐%	% ที่คำนวณ ได้จริง	$c = a \times b$
๓	อัตราการมีชีวิตของผู้ป่วย PD รายใหม่ ในระยะเวลา ๓ เดือน แรกของการรักษา	จากรายงานจำนวนผู้ป่วย PD รายใหม่ ที่มีชีวิตหลัง ๓ เดือนแรกของการรักษา หารด้วยจำนวนผู้ป่วย PD รายใหม่ ทั้งหมด ในช่วง ๖ เดือนย้อนหลัง ของหน่วยบริการนั้น คูณด้วย ๑๐๐	๒๐%	% ที่คำนวณ ได้จริง	$c = a \times b$
๔	อัตราการติดเชื้อเยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% peritonitis rate)	จากรายงาน จำนวนผู้ป่วย PD ที่ไม่ติดเชื้อเยื่อช่องท้อง หารด้วยจำนวนผู้ป่วย Active PD ในเดือนนั้น คูณด้วย ๑๐๐ แล้วหาค่าเฉลี่ยใน ๖ เดือนย้อนหลัง ของหน่วยบริการนั้น	๒๐%	% ที่คำนวณ ได้จริง	$c = a \times b$

เกณฑ์คุณภาพ ๕ ข้อ		วิธีคำนวณ	น้ำหนัก เกณฑ์ (a)	ผลงานจริง (b)	คะแนนสุทธิ (c)
๕	อัตราการ Shift mode จาก PD เป็น HD ในระยะ ๖ เดือน ของการรักษา	จำนวนผู้ป่วย PD ที่ Shift mode เป็น HD ทหารด้วยจำนวนผู้ป่วย Active PD ทั้งหมดในช่วง ๖ เดือนย้อนหลัง ของหน่วยบริการนั้น คูณด้วย ๑๐๐	๒๐%	% ที่คำนวณ ได้จริง	$c = a \times b$

รอบระยะเวลาการคำนวณผลงาน

รอบเวลาในการคิดคำนวณผลงานและรอบการจ่าย เป็นดังต่อไปนี้

(ก) รอบที่ ๑ นำผลงานในช่วง ๖ เดือนแรกของปีงบประมาณ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับ ช่วง ๖ เดือนถัดมา

(ข) รอบที่ ๒ นำผลงานในช่วง ๖ เดือนหลังของปีงบประมาณ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับ ช่วง ๖ เดือนถัดมา

วิธีการจ่ายสำนักงานจะคำนวณผลงานของทุกหน่วยบริการ PD ตามคะแนนของเกณฑ์คุณภาพ ๕ ข้อข้างต้น และจะจ่ายแบบ Point system with global budget

เกณฑ์ผลงานคุณภาพในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เกณฑ์ผลงานคุณภาพในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เบื้องต้นสำนักงานจะใช้ในการจัดอันดับหน่วยบริการ HD ทุกแห่งเป็นรายปี เพื่อเป็นข้อมูลส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเท่านั้น ยังมีได้นำมาเป็นข้อมูลเพื่อการชดเชยค่าบริการ มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

เกณฑ์คุณภาพ ๕ ข้อ	วิธีคำนวณ	น้ำหนักเกณฑ์	ค่าเป้าหมาย
๑ ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่ได้รับการตรวจประเมินผล และปรับแผนการรักษา โดยแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อเดือน	จากเอกสารการให้บริการทางการแพทย์ จำนวนผู้ป่วย HD ที่ได้รับการตรวจประเมินผล และปรับแผนการรักษาโดยแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อเดือน หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active HD ในรอบปีงบประมาณย้อนหลัง ของหน่วยบริการนั้น คูณด้วย ๑๐๐	๒๐%	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐
๒ ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่มีค่า Serum Albumin เฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ ๓.๕ กรัมต่อเดซิลิตร	จำนวนผู้ป่วย HD ที่มีค่า serum albumin เฉลี่ยทั้งปีมากกว่าหรือเท่ากับ ๓.๕ กรัมต่อเดซิลิตร หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active HD ของหน่วยบริการนั้น	๒๐%	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐
๓ ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่มีระดับ hemoglobin เฉลี่ยมากกว่า ๑๒ กรัม ต่อเดซิลิตร	จำนวนผู้ป่วย HD ที่มีระดับ hemoglobin เฉลี่ยมากกว่า ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active HD ของหน่วยบริการนั้น	๒๐%	น้อยกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๑๐
๔ ร้อยละของความเพียงพอ ในการฟอกเลือด (Kt/V)	จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดที่มีค่าเฉลี่ย Kt/V มากกว่า หรือเท่ากับ ๑.๒ กรณีฟอกเลือด ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active HD ของหน่วยบริการนั้น	๒๐%	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐
๕ ร้อยละของผู้ป่วยที่ฟอกเลือด ผ่านทาง AVF/AVG/Perm Cath	จำนวนผู้ป่วย HD ที่ได้รับการฟอกเลือดผ่านทาง AVF/AVG/Perm Cath หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active HD ของหน่วยบริการนั้น	๒๐%	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต
พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้รับบริการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไตที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๕๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑๒(๕)/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้ป่วย” หมายความว่า ผู้รับบริการซึ่งมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการบำบัดทดแทนไต” หมายความว่า

(๑) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งผ่านการตรวจรับรองมาตรฐานโดยแพทยสภา

(๒) หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

(๓) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไต โดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

(๔) หน่วยบริการที่มีศักยภาพดูแลแบบประคับประคอง

“คณะกรรมการไตรระดับเขต” หมายความว่า คณะกรรมการสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงการบริการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมระดับเขตที่สำนักงานแต่งตั้ง

“คณะกรรมการไตรระดับประเทศ” หมายความว่า คณะกรรมการสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงการบริการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมระดับประเทศที่สำนักงานแต่งตั้ง

“การบำบัดทดแทนไต” หมายความว่า การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) หรือการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) และหมายความรวมถึงการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Kidney Supportive and Palliative Care)

“กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการบำบัดทดแทนไต (Share Decision Making for Renal Replacement Therapy)” หมายความว่า กระบวนการสื่อสารในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเรื่องการบำบัดทดแทนไตรวมทั้งสิทธิที่เกี่ยวข้องจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข โดยผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกที่จะรับการรักษาบำบัดทดแทนไตร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการ และได้ทำเป็นหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ข้อ ๕ ให้ผู้ป่วยรายเก่าทุกคนที่เข้าสู่การรักษาบำบัดทดแทนไตก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับได้รับสิทธิบริการบำบัดทดแทนไตตามวิธีบำบัดทดแทนไตเดิม และได้รับการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองตามประกาศนี้

ข้อ ๖ ให้ผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่การบำบัดทดแทนไตตั้งแต่วันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับซึ่งไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์หรือไม่มีเหตุผลสมควรด้านสังคมหรือครอบครัว ให้ผู้ป่วยดังกล่าวได้รับสิทธิบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือการปลูกถ่ายไต หรือการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ และหน่วยบริการบำบัดทดแทนไตมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้

กรณีผู้ป่วยรายใหม่ที่สมัครใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้ได้รับสิทธิเฉพาะบริการที่จำเป็นอื่น ๆ เช่น ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoiesis stimulating agent: ESA) โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในประกาศนี้

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ต้องผ่านการพิจารณาให้ผู้ป่วยรายใหม่ได้รับสิทธิเข้าถึงวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมจากคณะกรรมการไตระดับเขต รวมทั้งการพิจารณาเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต (Shift Mode) โดยให้นำข้อมูลจากระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการบำบัดทดแทนไตที่หน่วยบริการบำบัดทดแทนไตเสนอมาประกอบการพิจารณา และผู้ป่วยมีสิทธิขอทบทวนผลการพิจารณาของคณะกรรมการไตระดับเขต เกี่ยวกับวิธีการบำบัดทดแทนไตต่อคณะกรรมการไตระดับประเทศได้

ข้อ ๗ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต ประกอบด้วย รายการบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) การล้างไตผ่านทางช่องท้อง ประกอบด้วย การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

(๓) การปลูกถ่ายไต ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

(๔) การดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๘ การให้บริการสาธารณสุขกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ จนถึงวันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ที่ได้ให้บริการตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๗ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ข้อ ๙ ภายในหกเดือนนับแต่วันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องดำเนินการตรวจรับรองมาตรฐานตามหลักเกณฑ์ และแนวทางการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามที่แพทยสภากำหนด

ข้อ ๑๐ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การล้างไตผ่านทางช่องท้อง

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ซึ่งเป็นบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ป่วยรายใหม่ (Initial RRT) ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต (Share Decision Making) ตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุข และให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการไตรระดับเขต

(๓) หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ต้องเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

(๔) หน่วยบริการต้องจัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ตาม (๑) โดยในการเริ่มการบำบัดทดแทนไต ต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) ทุกรายจากคณะกรรมการไตรระดับเขต ตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(ก) ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว หรือ

(ข) ผู้ป่วยไตวายระยะที่ ๕ ที่มีระดับ eGFR มากกว่า ๖ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตวายเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูง ควบคุมไม่ได้

๒) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง

๓) ระดับความรู้สึกลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูริเมีย

๔) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูริเมีย

๕) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูริเมีย

(ค) กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปี ต้องได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วย หรือผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วยที่ตรวจพบข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดี และอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร อย่างน้อย ๒ ใน ๔ ข้อ ดังต่อไปนี้

๑) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ” เมื่อตั้งคำถามและตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะไม่แปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในปีหน้า” เพื่อคาดคะเนโอกาสของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง ๖-๑๒ เดือนข้างหน้า

๒) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน

๓) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า ๔๐

๔) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีหน่วยบริการขอรับการสนับสนุนน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ผ่านระบบการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรม

(ก) การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน ๔ ถุงต่อวัน

๒) จุกปิดกันเชื้อ

๓) สายล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายผ่านระบบการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรม ให้แก่ผู้ป่วยรายใหม่และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน

๔) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

(ข) การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ

๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ จำนวน ๒ ถุงต่อวัน

๒) จุกปิดกันเชื้อ

๓) ตลับสาย

๔) สายล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายผ่านระบบการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรม ให้แก่ผู้ป่วยรายใหม่และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน

๕) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ

๖) สำนักงานจัดหาเครื่องล้างไตอัตโนมัติให้กับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ โดยเป็นไปตามขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ ตามเอกสารหมายเลข ๖ แนบท้ายประกาศนี้

(ค) กรณีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติที่มีความจำเป็นต้องใช้น้ำยาเกินกว่าที่กำหนด ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด โดยระบุจำนวนถุงที่ใช้ต่อวัน

(๒) กรณีหน่วยบริการขอรับค่าบริการครอบคลุมการรับค่าน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องและอุปกรณ์ผ่านระบบการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรม

(ก) ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่อง สำนักงานจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน ครอบคลุมค่ายา เวชภัณฑ์ และบริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ดังต่อไปนี้

- ๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่อง ขนาด ๒ ลิตรหรือ ๒.๕ ลิตรต่อถุง
- ๒) จุกปิดกันเชื้อ
- ๓) สายล้างไตผ่านทางช่องท้อง
- ๔) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
- ๕) บริการจัดส่งน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องถึงบ้านผู้ป่วย

(ข) ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ สำนักงานจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๘,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน ครอบคลุมค่ายา เวชภัณฑ์ และบริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ดังต่อไปนี้

- ๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องที่ใช้กับเครื่องอัตโนมัติ ขนาด ๕ ลิตร หรือ ๖ ลิตรต่อถุง
- ๒) จุกปิดกันเชื้อ
- ๓) ตลับสาย
- ๔) เครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องอัตโนมัติ
- ๕) สายล้างไตผ่านทางช่องท้อง
- ๖) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ
- ๗) บริการจัดส่งน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง และเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องอัตโนมัติถึงบ้านผู้ป่วย

ข้อ ๓ สำนักงานจะจ่ายแบบเหมาจ่ายค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงในอัตรา ๑๘๐ บาทต่อขนาด ๔,๐๐๐ ยูนิต ให้กับหน่วยบริการตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และใช้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๑๒ สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อมูลตามการเจาะเลือดที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย กำหนดประกอบการให้ยา โดยเริ่มให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงเมื่อระดับ Hb น้อยกว่า ๑๐ กรัมต่อเดซิลิตร ขนาด ๔,๐๐๐ ยูนิต จำนวน ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ จนกระทั่ง Hb มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ แต่น้อยกว่า ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร จึงลดลงเหลือ ๔,๐๐๐ ยูนิตต่อสัปดาห์ และหยุดให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง เมื่อ Hb มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร กรณีได้รับยาอย่างต่อเนื่องแล้วผู้ป่วยยังคงมีภาวะซีดให้สืบค้นสาเหตุที่แท้จริงตามแนวทางการรักษาหรือคู่มือของสมาคมโรคไต

ข้อ ๔ ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องครอบคลุมทั้งการล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่องและการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ สำนักงานจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน ครอบคลุมค่าบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) การตรวจประเมินสภาพร่างกาย การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา รวมทั้งการประสานให้หน่วยบริการปฐมภูมิลงเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษา

(๒) ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามแนวทางที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด ได้แก่ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ตรวจการทำงานของไต (BUN, Creatinine, Electrolyte) ตรวจความพอเพียงของการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การตรวจประสิทธิภาพของเยื่อช่องท้อง การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ

(๓) การบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องกรณีการให้บริการผู้ป่วยนอก หรือค่ายาพื้นฐาน และยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องโดยตรง

ข้อ ๕ ค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับหน่วยบริการในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการรักษาล้างไตผ่านทางช่องท้อง จะมีการจัดลำดับหน่วยบริการจากผลงานการล้างไตจากมากไปน้อย ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่มีคะแนนรวมเกณฑ์คุณภาพมากที่สุด ๑๐๐ ลำดับแรก สำนักงานจะจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมจากค่าบริการตามข้อ ๒ (๒) (ก) ข้อ ๒ (๒) (ข) และข้อ ๔ แบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อคนต่อเดือน โดยประเมินตามเกณฑ์ผลงานการล้างไตผ่านทางช่องท้องที่ใช้ในการจัดอันดับหน่วยบริการที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๗ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) รอบเวลาในการคิดคำนวณผลงานและรอบการจ่าย เป็นดังต่อไปนี้

(ก) รอบที่ ๑ นำผลงานในช่วง ๖ เดือนแรกของปีงบประมาณ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง ๖ เดือนถัดมา

(ข) รอบที่ ๒ นำผลงานในช่วง ๖ เดือนสองของปีงบประมาณ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับ ช่วง ๖ เดือนถัดมา

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๗ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๖ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๙ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนดหรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๙ (๑) สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๐ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๒ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการข้างใต้ผ่านทางช่องทางตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานสนับสนุนการคัดกรองผู้ป่วยเริ่มการบำบัดทดแทนไตตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และการบันทึกของแพทย์ในการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรัง

(๒) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการบันทึกของแพทย์ในการให้บริการ รวมทั้งคำสั่งในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการครอบคลุมค่าน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องและอุปกรณ์ จะต้องพบการส่งจ่ายน้ำยาและอุปกรณ์ต่าง ๆ ครบถ้วนตามที่สำนักงานกำหนด

(๓) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามที่สำนักงานกำหนดในกรณีที่ขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องครอบคลุมทั้งการล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่อง และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ

(๔) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้แก่ คำสั่งแพทย์ในการสั่งยา หลักฐานการบริหารยา และผลของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงซึ่งต้องมีครบตามจำนวน vial ที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงต่อสัปดาห์ที่ขอเรียกเก็บค่าใช้จ่ายต้องเป็นไปตามเกณฑ์ของระดับ Hb ที่สำนักงานกำหนด

(๕) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลงานการให้บริการตามเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

(๖) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๑๒

ข้อ ๑๔ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ป่วยรายใหม่ ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต (Share Decision Making) ตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุข และให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการไตระดับเขต

(๓) หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(๔) หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย สำหรับกรณีทำ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อทั่วไป หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีศักยภาพ ให้บริการสำหรับทำการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ยกเว้น สถานพยาบาลที่มีลักษณะไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยแจ้งศักยภาพบริการ และระบุแพทย์ศัลยกรรมหรือแพทย์ศัลยกรรมหลอดเลือด ในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile : CPP)

(๕) หน่วยบริการจัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยเริ่มการบำบัดทดแทนไต โดยต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) ทุกราย จากคณะกรรมการไตระดับเขตตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ดังต่อไปนี้

(ก) ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว หรือ

(ข) ผู้ป่วยไตวายระยะที่ ๕ ที่มีระดับ eGFR มากกว่า ๖ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตวายเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้

๒) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง

๓) ระดับความรู้สึกลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูรีเมีย

๔) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย

๕) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูรีเมีย

(ค) กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปี ต้องได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์ที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด เพื่อการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วยที่มีสิ่งตรวจพบข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร อย่างน้อย ๒ ใน ๔ ข้อ ดังต่อไปนี้

๑) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ” เมื่อตั้งคำถามและตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะไม่แปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในปีหน้า” เพื่อคาดคะเนโอกาสของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง ๖-๑๒ เดือนข้างหน้า

๒) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน

๓) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า ๔๐

๔) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้

(ง) มีข้อห้ามทางการแพทย์ หรือมีเหตุสมควรด้านสังคมหรือครอบครัว ซึ่งไม่สามารถเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๘๐ บาท ต่อขนาด ๔,๐๐๐ ยูนิต ให้กับหน่วยบริการตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และใช้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๑๒ สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อมูลตามการเจาะเลือดที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด ประกอบการให้ยา โดยเริ่มให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงเมื่อระดับ Hb น้อยกว่า ๑๐ กรัมต่อเดซิลิตร ขนาด ๔,๐๐๐ ยูนิต จำนวน ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ จนกระทั่ง Hb มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ แต่ไม่น้อยกว่า ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร จึงลดลงเหลือ ๔,๐๐๐ ยูนิตต่อสัปดาห์ และหยุดให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง เมื่อ Hb มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร กรณีได้รับยาอย่างต่อเนื่องแล้วผู้ป่วยยังคงมีภาวะซีด ให้สืบค้นสาเหตุที่แท้จริงตามแนวทางการรักษาหรือคู่มือของสมาคมโรคไต

(๒) ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จ่ายในอัตรา ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่า ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ให้หน่วยบริการแจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงานเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายการหนี้ โดยค่าบริการดังกล่าวรวมค่าอุปกรณ์ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าตรวจเลือด และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าอุปกรณ์ ได้แก่ ตัวกรองเลือด (Dialyzer), Blood line, AVF needle, Bicarbonate dialysate, Anticoagulant

(ข) ยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่แพทย์สั่งระหว่างการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ Glucose, Analgesic, Antihistamine และ Tranquilizer drug น้ำเกลือ ยาลดความดันโลหิต

(ค) ค่าตรวจเลือด และการให้เลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, Electrolytes, Calcium, Phosphate, Albumin, KT/V, URR, HBsAg, HBsAb, Anti HCV, EKG, Chest X-ray Iron Study PTH และค่าตรวจประสิทธิภาพของเส้นฟอกเลือด

(๓) ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยที่มีโอกาสแพร่เชื้อสูง โดยหน่วยบริการ จัดหาตัวกรองเลือดเพียงครั้งเดียว จะได้รับค่าบริการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ในอัตรา ๔,๐๐๐ บาท ต่อครั้ง และสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรค ในอัตรา ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง ตามรายการและเงื่อนไขใน (๒)

(๔) การทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องทำไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมงต่อครั้งฟอกเลือด ยกเว้น กรณีการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก หรือกรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ หรือกรณีพบว่ามีภาวะฉุกเฉิน ให้หน่วยบริการที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เป็นหน่วยส่งต่อผู้ป่วย เบิกค่ายาและค่าหัตถการเบื้องต้น ที่หน่วยบริการใช้ก่อนนำส่งผู้ป่วย ทั้งนี้ สำนักงานจะมีการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม ตามเอกสารหมายเลข ๘ แนบท้ายประกาศนี้

(๕) ค่าบริการสำหรับการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) กำหนดอัตราจ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) Tunnel cuffed catheter (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter) มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๑,๐๐๐ บาทต่อครั้ง รวมค่าอุปกรณ์รหัส ๔๙๐๕ สายสวนสองช่องแบบกึ่งถาวรสำหรับ ฟอกเลือดล้างไต (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter)

(ข) Arteriovenous Fistula (AVF) มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องทำ Arteriovenous Fistula (AVF) ใหม่ จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา ๑๓,๕๐๐ บาท รวมค่าผ่าตัด ค่าห้องผ่าตัดและค่าห้องปฏิบัติการ

(ค) Arteriovenous Graft (AVG) มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องทำ Arteriovenous Graft (AVG) ใหม่ โดยเริ่มทำ Arteriovenous Fistula (AVF) เป็นอันดับแรก หรือในกรณีที่ไม่สามารถทำ Arteriovenous Fistula (AVF) ได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา ๑๓,๕๐๐ บาท รวมค่าผ่าตัด ค่าห้องผ่าตัด ค่าห้องปฏิบัติการ และรายการอุปกรณ์รหัส ๔๐๑๕ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลาย PTFE vascular graft (ตามความยาวที่ใช้) หรือรายการอุปกรณ์รหัส ๔๐๑๖ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลายชนิดมีวงแหวน PTFE Ring vascular graft (ตามความยาวที่ใช้) เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

(ง) Temporary double lumen catheter สำหรับผู้ป่วยที่รอใช้ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา ๕,๐๐๐ บาท รวมค่าสายและค่าใส่สาย กรณีหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ไม่มีการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้เบิกจ่ายได้ เฉพาะกรณีที่มีปัญหาในขณะที่ทำการฟอกเลือด เช่น สายอุดตันต้อง revise สาย

(จ) กรณีที่ต้องการเตรียมเส้นเลือดถาวรไว้ล่วงหน้า หรือมีการทำเส้นเลือดถาวรใหม่มากกว่า ๓ ครั้งในปีงบประมาณ ต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) จากคณะกรรมการไต่ระดับเขต โดยสามารถจ่ายตามข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสมาคม แพทย์โรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทย กำหนดไว้ และจ่ายตามอัตราใน (ข) และ (ค)

(ฉ) กรณีที่มีการซ่อมเส้นเลือด Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) สามารถเบิกค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมตามจ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๘,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ภายในปีงบประมาณ

(๖) ในกรณีที่หน่วยบริการเข้าร่วมการให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ให้หน่วยบริการ เบิกจ่ายในอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ การพอกเล็ดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงานหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงานหรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการที่กำหนด และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ ขอให้กระทำโดยการใช้บัตรประชาชน Smart Card ของผู้รับบริการเท่านั้น ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง ได้แก่ (๑) การใช้เครื่องอ่านบัตรประชาชน (๒) การใช้เครื่องให้บริการอัตโนมัติ (KIOSK) ผ่านแอปพลิเคชัน NHSO SECURE SMARTCARD AGENT (๓) การใช้แอปพลิเคชัน Authen by NHSO เฉพาะฟังก์ชันการใช้งานโดยการเสียบบัตรประชาชนและยืนยันตัวตนด้วย THAID (๔) การใช้งานทางหน้าเว็บ New Authen ของสำนักงานเฉพาะฟังก์ชันการใช้งานโดยการเสียบบัตรประชาชนและยืนยันตัวตนด้วย THAID (๕) แอปพลิเคชันเป่าตังค์ (๖) แอปพลิเคชัน Krungthai Digital Health Platform เฉพาะฟังก์ชันการใช้งานโดยการเสียบบัตรประชาชน และ (๗) แอปพลิเคชันอื่น ๆ ของสำนักงาน ที่มีฟังก์ชันการเสียบบัตรประชาชน และ (๘) วิธีการพิสูจน์ตัวตน (Authentication) โดยใช้ Smart Card และส่งข้อมูลเบิกจ่ายภายในวันที่รับบริการ ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๖ สำนักงานจะดำเนินการประเมินผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประเมินผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประเมินผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๗ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยการขอรับค่าใช้จ่ายต้องสอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการ ในกรณีหน่วยบริการเดิมให้เป็นไปตามจำนวนหน่วยที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยรับรองตามใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) และกรณีหน่วยบริการใหม่ให้เป็นไปตามเกณฑ์ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ วันและเวลาทำการของหน่วยบริการทั้งหมดให้เป็นไปตามใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) และข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile : CPP)

ข้อ ๘ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๖ (๑) สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๐ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามรายการดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานสนับสนุนการคัดกรองผู้ป่วยเริ่มการบำบัดทดแทนไตตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติกรบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และการบันทึกของแพทย์ในการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

(๒) ตรวจสอบพบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวี ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี

(๓) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ Hemodialysis work sheet และหรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการฟอกเลือด ทั้งนี้ ไม่เกิน ๓ ครั้ง ต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่า ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ต้องพบบันทึกเหตุผลความจำเป็นในเอกสารหลักฐานเวชระเบียนหรือ Hemodialysis work sheet

(๔) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด

(๕) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้แก่ คำสั่งแพทย์ในการสั่งยา หลักฐานการบริหารยา และฉลากของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ซึ่งต้องมีครบตามจำนวน vial ที่หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงต่อสัปดาห์ที่ขอเรียกเก็บค่าใช้จ่ายต้องเป็นไปตามเกณฑ์ของระดับ Hb ที่สำนักงานกำหนด

(๖) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องทำไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมงต่อครั้งฟอกเลือด ยกเว้นกรณีการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก หรือกรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ หรือกรณีพบว่ามีภาวะฉุกเฉิน ต้องมีบันทึกเหตุผลความจำเป็นดังกล่าวไว้ในเวชระเบียน หรือ Hemodialysis work sheet

(๗) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการตามหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการสำหรับการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ทั้งนี้ ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการแต่ละประเภทต้องเป็นไปตามที่กำหนด มีบันทึกข้อบ่งชี้ดังกล่าวไว้ในเวชระเบียน

(๘) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการที่เข้าเกณฑ์การให้บริการในรูปแบบวันเดียวกลับ ในกรณีที่เรียกค่าใช้จ่ายการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ในรูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

(๙) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน หรือบันทึกการทำหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับบริการการซ่อมเส้นเลือด Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG)

(๑๐) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการ ให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๑๐

(๔) ตรวจสอบพบการให้บริการไม่สอดคล้องกับศักยภาพจำนวนหน่วยตามที่ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยรับรอง ตาม ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) ในกรณีที่หน่วยบริการเก่าที่ยังไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) และข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile : CPP)

ข้อ ๑๒ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการ อาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่า ได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บริการปลูกถ่ายไต

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการปลูกถ่ายไต ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ป่วยรายใหม่ ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต (Share Decision Making) ตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุข และให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการไตรระดับเขต

(๓) หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไต โดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าบริการในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไต

(ก) กรณีผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor)

๑) ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อผู้รับบริจาค ๑ ราย ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

ค) ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA

ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

๒) ค่าใช้จ่ายระหว่างเข้ารับการผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๒,๘๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

ค) ค่าผ่าตัด

ง) ค่าห้องและค่าอาหาร

จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

(ข) กรณีผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor) ค่าเตรียมและผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้งต่อไต ๑ ข้าง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ๑) ค่าดูแล Donor
- ๒) ค่าผ่าตัด
- ๓) ค่าน้ำยาถนอมอวัยวะ
- ๔) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ๕) ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค

(ค) กรณีผู้รับบริจาค (Recipient) จากผู้บริจาคที่มีชีวิต

๑) ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๑,๓๐๐ บาท ต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
- ค) ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA
- ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

๒) ค่าส่งตรวจ Panel reactive antibody

ก) ตรวจ screening ด้วยวิธี Single Antigen Bead (SAB) จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒,๐๐๐ บาทต่อปีงบประมาณ

ข) ตรวจ SAB class I เพื่อยืนยัน กรณี screening class I ผลเป็นบวกจ่าย แบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๓,๐๐๐ บาทต่อปีงบประมาณ

ค) ตรวจ SAB class II เพื่อยืนยัน กรณี screening class II ผลเป็นบวกจ่าย แบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๒,๕๐๐ บาท ต่อปีงบประมาณ

(ง) กรณีผู้รับบริจาค (Recipient) จากผู้บริจาคสมองตาย

๑) ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๑,๓๐๐ บาท ต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
- ค) ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA
- ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

๒) ค่าส่งตรวจ Panel reactive antibody จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา ๘,๗๐๐ บาท ต่อปีงบประมาณ

(๒) ค่าบริการระหว่างผ่าตัดปลูกถ่ายไตสำหรับผู้รับบริจาค

(ก) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน แบ่งเป็น ๔ ประเภท

๑) ประเภท Protocol-I ในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Cyclosporine และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๔๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
- ค) ค่าผ่าตัด
- ง) ค่าห้องและค่าอาหาร
- จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ
- ช) ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล
- ช) ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

๒) ประเภท Protocol-II ในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๔๘,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
- ค) ค่าผ่าตัด
- ง) ค่าห้องและค่าอาหาร
- จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ
- ช) ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล
- ช) ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

๓) ประเภท Protocol-III ในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab และ Cyclosporine และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๘๗,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
- ค) ค่าผ่าตัด
- ง) ค่าห้องและค่าอาหาร
- จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ
- ช) ค่ายา Basiliximab X 2 dose หรือ anti-thymocyte globulin 3-7 dose และการป้องกันการติดเชื้อ CMV ๑ เดือน และการติดตามการติดเชื้อ CMV ๕ ครั้ง
- ช) ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล
- ฉ) ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

๔) ประเภท Protocol-IV ในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab และ Tacrolimus และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๙๒,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
- ค) ค่าผ่าตัด
- ง) ค่าห้องและค่าอาหาร
- จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ
- ช) ค่ายา Basiliximab X 2 dose หรือ anti-thymocyte globulin 3-7 dose และการป้องกันการติดเชื้อ CMV ๑ เดือน และการติดตามการติดเชื้อ CMV ๕ ครั้ง
- ซ) ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล
- ฌ) ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล
- (ข) กรณีมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัด แบ่งเป็น ๗ ประเภท

๑) ประเภท Protocol ACR-A (Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Acute Cellular Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy
- ข) ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ
- ค) ค่ายา Methylprednisolone
- ง) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- ฉ) ไม่รวม ค่าทำ Acute hemodialysis กรณี ที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่ม Protocol DGF-B

๒) ประเภท Protocol ACR-B (Refractory Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Acute Cellular Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๙๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy
- ข) ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ
- ค) ค่ายา Methylprednisolone
- ง) ค่ายา Anti-thymocyte globulin
- จ) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ฉ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- ช) ไม่รวม ค่าทำ Acute hemodialysis กรณี ที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่ม Protocol DGF-B

๓) ประเภท Protocol AMR-A (Antibody Mediated Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Antibody Mediated Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy
- ข) ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ
- ค) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- จ) ค่ายา Methylprednisolone
- ฉ) ค่ายา Intravenous immunoglobulin
- ช) ค่า Plasmapheresis และตัวกรอง Plasma flux
- ซ) ค่าสาย Double lumen catheter
- ณ) ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis กรณีที่ทำ Acute hemodialysis

ให้เพิ่มเติมด้วย Protocol DGF-C

๔) ประเภท Protocol AMR-B (Refractory Antibody Mediated Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Antibody Mediated Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๒๖,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy
- ข) ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ
- ค) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- จ) ค่ายา Methylprednisolone
- ฉ) ค่ายา Intravenous immunoglobulin
- ช) ค่ายา Rifuximab
- ซ) ค่า Plasmapheresis และตัวกรอง Plasma flux
- ณ) ค่าสาย Double lumen catheter
- ญ) ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis กรณีที่ทำ Acute hemodialysis

ให้เพิ่มเติมด้วย Protocol DGF-C

๕) ประเภท Protocol DGF-A (Delay Graft Function) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๖,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy
- ข) ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ
- ค) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- จ) ค่าสาย Double lumen catheter
- ฉ) ค่าทำ Acute hemodialysis

๖) ประเภท Protocol DGF-B (Delay Graft Function Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol ACR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function ร่วมกับ Acute Cellular Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ข) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- ค) ค่าสาย Double lumen catheter
- ง) ค่าทำ Acute hemodialysis
- จ) ไม่รวมค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ

เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน Protocol ACR-A และ ACR-B

๗) ประเภท 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 จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๕,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ข) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- ค) ค่าทำ Acute hemodialysis
- ง) ไม่รวมค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ

และค่าสาย Double lumen catheter เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน Protocol AMR-A และ AMR-B

(ค) กรณีการรักษาการตีบของเส้นเลือดไต เบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบ DRG เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป และเบิกค่าอุปกรณ์ (Balloon + Stent) รายการอุปกรณ์ รหัส ๔๘๐๑ - ๔๘๐๔ ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการ อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

(๓) ค่ายากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยครอบคลุมการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันด้วย โดยค่าบริการแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต ดังต่อไปนี้

- (ก) หลังผ่าตัด ๑ - ๖ เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน
- (ข) หลังผ่าตัด ๗ - ๑๒ เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน
- (ค) หลังผ่าตัด ๑๓ - ๒๔ เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน
- (ง) หลังผ่าตัด ๒๕ เดือนขึ้นไป จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน

(๔) กรณีที่มีภาวะสลดไต และมีการลงทะเบียนล้างไตผ่านทางช่องท้องหรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้ว หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายไม่เกิน ๖ เดือน

(๕) กรณีที่มีโรคแทรกซ้อน หรือโรคเดิม ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเรียกเก็บขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

(๖) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด ในช่วงเวลาประมาณ ๒๑ วัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ การให้บริการปลูกถ่ายไต ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการที่กำหนด และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๖ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่ายหน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๗ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๖ (๑) สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๗ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๙ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการปลุกถ่ายไตตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผู้รับบริจาคลงทะเบียนเพื่อบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลุกถ่ายไต

(๒) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนกรณีผู้รับบริจาคที่วินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และข้อบ่งชี้การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลุกถ่ายไตโดยอายุรแพทย์โรคไต

(๓) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนการให้บริการในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดปลุกถ่ายไตที่สำนักงานกำหนดในแต่ละประเภทของผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ได้แก่ หลักฐานการให้บริการ รายงานผลการตรวจเอกซเรย์ บันทึกการทำหัตถการ และรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้ รายงานผลการตรวจ HLA SAB และ Panel reactive antibody ต้องเป็นรายงานผลที่เป็นทางการ

(๔) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนการให้บริการระหว่างผ่าตัดปลุกถ่ายไตสำหรับผู้รับบริจาค ดังต่อไปนี้

(ก) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีหลักฐานสนับสนุนข้อบ่งชี้ เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนดในการให้บริการในแต่ละประเภท protocol ในกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัด ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(ข) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนการให้บริการที่สำนักงานกำหนดในแต่ละประเภท protocol ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ได้แก่ หลักฐานการให้บริการ รายงานผลการตรวจเอกซเรย์ รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกการทำหัตถการ คำสั่งแพทย์ในการส่งจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน และหลักฐานในการบริหารยากดภูมิคุ้มกัน

(ค) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการ Ultrasound guide renal biopsy และรายงานพยาธิผลการตรวจชิ้นเนื้อ ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(ง) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการ และหลักฐานการใช้อุปกรณ์ ได้แก่ บันทึกการทำหัตถการในการใช้ Balloon/stent และสติ๊กเกอร์ของอุปกรณ์ กรณีรักษาการตีบของเส้นเลือดไต

(๕) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลุกถ่ายไต คำสั่งแพทย์ในการส่งจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน ตามจำนวนเดือนที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๖) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการกรณีที่มีภาวะสลัดไต ได้แก่ หลักฐานการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๗) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๙

ข้อ ๑๑ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ป่วยรายใหม่ (Initial RRT) ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต (Share Decision Making) ตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการไตระดับเขต

(๓) ผู้ป่วยติดเตียง หรือมีภาวะร่างกายอ่อนแอมาก (Frailty) หรือมีโรคร่วมรุนแรง เช่น หัวใจ ตับปอด มะเร็งระยะลุกลาม มีภาวะขาดสารอาหารขั้นรุนแรง และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer) รวมทั้งผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต

(๔) หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๕) หน่วยบริการจัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ตาม (๑) เริ่มการบำบัดทดแทนไตต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) ทุกรายจากคณะกรรมการไตระดับเขตตามข้อแนะนำ เวชปฏิบัติกรบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยมีเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(ก) ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว หรือ

(ข) ผู้ป่วยไตวายระยะที่ ๕ ที่มีระดับ eGFR มากกว่า ๖ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตวายเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- ๑) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้
- ๒) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง
- ๓) ระดับความรู้สึกลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูรีเมีย
- ๔) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย
- ๕) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูรีเมีย

(ค) กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปี ต้องได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วย ที่ตรวจพบข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์ จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร อย่างน้อย ๒ ใน ๔ ข้อ ดังต่อไปนี้

๑) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ” เมื่อตั้งคำถาม และตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะไม่แปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในปีหน้า” เพื่อคาดคะเนโอกาสของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง ๖-๑๒ เดือนข้างหน้า

๒) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน

๓) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า ๔๐

๔) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้

ข้อ ๒ บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

(๑) การบรรเทาอาการของโรคไตวาย เช่น ลดอาการปวดด้วยยาแก้ปวดที่ปลอดภัยต่อไต เช่น ยาพาราเซตามอล (Paracetamol) และหลีกเลี่ยงการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ควบคุมอาการคัน ด้วยยาต้านฮีสตามีน (Antihistamine) หรือปรับสมดุลแคลเซียม-ฟอสฟอรัส จัดการภาวะบวม น้ำโดยจำกัดเกลือ และน้ำ หรือใช้ยาขับปัสสาวะ และบรรเทาอาการคลื่นไส้และเบื่ออาหาร ด้วยยาและคำแนะนำด้านโภชนาการ

(๒) การดูแลคุณภาพชีวิต เช่น สนับสนุนกิจกรรมที่สร้างความสุขและลดความเครียด และช่วยให้ผู้ป่วย ใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติที่สุด

(๓) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ให้คำปรึกษาด้านจิตใจเพื่อลดความเครียด และความกลัว สนับสนุนความเชื่อด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

(๔) การดูแลแบบองค์รวม โดยทีมสหวิชาชีพที่มีการประสานงานระหว่างแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ให้การดูแลทั้งที่บ้าน ที่ชุมชน และที่โรงพยาบาล โดยผู้ป่วย หรือครอบครัวจะได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) รวมถึงการทำหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย (Advance directive)

(๕) การดูแลระยะท้ายของชีวิต (End-of-Life Care) มีเป้าหมายลดความทุกข์ทรมานในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น ควบคุมอาการปวดและหอบเหนื่อยของผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนครอบครัวให้เตรียมตัวและทำใจ ต่อการจากไปของผู้ป่วย

ข้อ ๓ สำนักงานจะจ่ายแบบเหมาจ่ายค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงในอัตรา ๑๘๐ บาท ต่อขนาด ๔,๐๐๐ ยูนิท ให้กับหน่วยบริการตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และใช้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๑๒ สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อมูลตามการเจาะเลือดที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด ประกอบการให้ยา โดยเริ่มให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงเมื่อระดับ Hb น้อยกว่า ๑๐ กรัมต่อเดซิลิตร ขนาด ๔,๐๐๐ ยูนิท จำนวน ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ จนกระทั่ง Hb มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ แต่น้อยกว่า ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร จึงลดลงเหลือ ๔,๐๐๐ ยูนิทต่อสัปดาห์ และหยุดให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง เมื่อ Hb มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร กรณีได้รับยาอย่างต่อเนื่องแล้วผู้ป่วยยังคงมีภาวะซีดให้สืบค้นสาเหตุที่แท้จริงตามแนวทางการรักษาหรือคู่มือของสมาคมโรคไต

ข้อ ๔ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการแบบประคับประคอง ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๕ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๘ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๙ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๘ (๑) สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๑ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้แก่ คำสั่งแพทย์ในการสั่งยา หลักฐานการบริหารยา และผลของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ซึ่งต้องมีครบตามจำนวน vial ที่หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงต่อสัปดาห์ที่ขอเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ของระดับ Hb ที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๑๑

ข้อ ๑๓ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต
(Share Decision Making for Renal Replacement Therapy)

ชื่อหน่วยบริการ.....

ส่วนที่ ๑. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้วางแผนการดูแลสุขภาพสำหรับการบำบัดทดแทนไต

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง) นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก.....

เบอร์โทรติดต่อ.....

ชื่อญาติที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับผู้ป่วย

ชื่อ.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

ส่วนที่ ๒. ความปรารถนาหรือเป้าหมายในการวางแผนการดูแลสุขภาพ (Patient preference) (ถ้ายังไม่ทราบหรือไม่แน่ใจให้ข้ามไปก่อน เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวพร้อมสามารถกลับมาพิจารณาใหม่ได้)

๒.๑ สิ่งที่ต้องการและให้ความสำคัญ (ระบุได้หลายข้อ)

(๑) ต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

(๒) ต้องการการรักษาที่ไม่สร้างความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน หรือยืดการตายออกไปโดยไม่ก่อเกิด

ประโยชน์ใด ๆ

(๓) ต้องการมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากเครื่องมือ

ทางการแพทย์

(๔) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

๒.๒ สิ่งที่ไม่ต้องการและยอมรับไม่ได้ (ระบุได้หลายข้อ)

(๑) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา

(๒) ไม่มีการรับรู้/การนึกคิด/จำคนที่รักไม่ได้ หรืออยู่ในสภาพผักถาวร (Persistent vegetative state)

(๓) ต้องใช้ไปตลอดชีวิต

(๔) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

๒.๓ ขอบเขตการรักษาพยาบาลที่ต้องการและไม่ต้องการ (ระบุได้หลายข้อ)

(๑) รักษาเต็มที่แม้จะทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพก็ตาม

(๒) รักษาเต็มที่รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ แต่หากบุคลากรด้านสุขภาพเห็นว่าไม่ได้ผลก็อนุญาต

ให้ถอดเครื่องพยุงชีพได้และรักษาตามอาการเพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมาน และขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ

(๓) รักษาอาการเพื่อลดการทรมานโดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพหรือการรักษาที่เป็นการยืดชีวิตและขอ

เสียชีวิตตามธรรมชาติ

(๔) ยังตัดสินใจการรักษาที่ต้องการไม่ได้

(๕) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ ๓ ผู้ตัดสินใจแทน หรือบุคคลที่มีหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา (Surrogate decision maker) (ถ้ายังไม่ทราบหรือไม่แน่ใจให้ข้ามไปก่อน เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีพร้อมสามารถกลับมาพิจารณาใหม่ได้)

ผู้ตัดสินใจแทน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ โดยจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว

คำอธิบาย ผู้ป่วยที่ทำแผนการดูแลสุขภาพควรเลือกบุคคลที่ไว้วางใจว่าเข้าใจความต้องการของตนเอง และสามารถตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาที่ตรงกับความต้องการของตนเองได้มากที่สุด ในกรณีที่ตนไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้แล้ว โดยผู้ตัดสินใจแทนไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยก็ได้ ทั้งนี้ เป็นไปตามนัยของมาตรา ๘ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

โดยข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ ชื่อ.....อายุ.....ปี
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... ที่อยู่ติดต่อ.....
เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้ตัดสินใจแทนและปรึกษาหารือกับบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เมื่อเอกสารฉบับนี้ขาดความชัดเจนโดยยึดความต้องการของข้าพเจ้าเป็นสำคัญ

ส่วนที่ ๔ ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต ตามกระบวนการ CKD clinic counselling และเข้าร่วมขั้นตอน Sharing Decision Making 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

๑. เริ่มกระบวนการให้ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตทั้ง ๔ วิธี ซึ่งได้แก่

๑.๑ การล้างไตผ่านทางช่องท้อง ประกอบด้วย (๑) การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) หรือ (๒) การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automatic Peritoneal Dialysis: APD)

๑.๒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

๑.๓ การปลูกถ่ายไต

๑.๔ การดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

๒. ได้รับคำอธิบายวิธีการและความเสี่ยงของการบำบัดทดแทนไตแต่ละวิธี

๓. เปรียบเทียบ ข้อดี ข้อเสีย ของการบำบัดทดแทนไตในแต่ละวิธี โดยนำบริบทผู้ป่วยแต่ละรายมาประกอบการอธิบาย

๔. ข้าพเจ้า ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมที่สุด

๕. ประเมินผลลัพธ์ในการตัดสินใจ และเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

วันที่เริ่มกระบวนการ Shared Decision Making.....
วันที่ตัดสินใจเลือก วิธีการรักษาวิธีบำบัดทดแทนไตที่เลือก.....

วิธีการบำบัดทดแทนไตที่เลือก

- ๑. การผ่าตัดปลูกถ่ายไต
- ๒. การล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่อง (CAPD)
- ๓. การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)
- ๔. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- ๕. การดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลดังกล่าว และมีความเข้าใจกระบวนการรักษาการบำบัดทดแทนไต โดยการลงนามนี้

ลายมือชื่อผู้ป่วย _____ วัน-เดือน-ปี _____
(_____)

ลายมือชื่ออายุรแพทย์ _____ วัน-เดือน-ปี _____
โรคไตผู้ให้ข้อมูล (_____)

ลายมือชื่อพยาบาล _____ วัน-เดือน-ปี _____
โรคไตผู้ให้ข้อมูล (_____)

หมายเหตุ : กระบวนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Sharing Decision Making) หน่วยบริการสามารถใช้วิธีใดก็ได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้ครบ ๕ ขั้นตอน เช่น Applicaton / กระบวนการกลุ่ม หรืออื่น ๆ ที่หน่วยบริการกำหนด

ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ

ปัจจุบันสำนักงานได้รับความร่วมมือจากบริษัทเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ UC-APD ในการสนับสนุนเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis : APD) ให้ผู้ป่วยยืมเครื่อง APD และบริษัทฯ ให้บริการซ่อมและเปลี่ยนเครื่องใหม่ทดแทนในกรณีเครื่องเดิมมีปัญหา ตลอดอายุการใช้งาน ดังนั้น เพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพและสามารถจัดหาเครื่อง APD ให้เพียงพอต่อผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ทางสังคม ตามเกณฑ์ที่กำหนด และผู้ป่วยมีความประสงค์จะเลือกการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่อง APD จึงขอกำหนดขั้นตอนในการเบิกเครื่อง APD ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ ๑ หลังจากผู้ป่วยได้ตัดสินใจร่วมกับแพทย์ผู้ให้การรักษา ในการเลือกการรักษาด้วยเครื่อง APD แล้ว หน่วยบริการจะบันทึกข้อมูลการเบิกเครื่อง APD และน้ำยาล้างไต APD ผ่านระบบ DMIS ภายใต้หัวข้อแสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการ UC-APD โดยมีการแจ้งความจำนงเบิกเครื่อง APD และน้ำยาล้างไต APD ล่วงหน้าก่อนผู้ป่วยจะเริ่มการรักษา APD อย่างน้อย ๑๕ วันตามปฏิทิน (สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ วันที่เริ่มการรักษาคือวันที่ผู้ป่วยวางสายล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter) หรือสำหรับผู้ป่วยเดิมวันที่เริ่มการรักษาคือวันที่ผู้ป่วยจะเริ่มใช้เครื่อง APD)

ขั้นตอนที่ ๒ หน่วยบริการติดต่อบริษัทฯ ที่เข้าร่วมโครงการ ถึงความต้องการใช้เครื่อง APD จากนั้นบริษัทฯ ทำการจัดหาและจัดส่งเครื่อง APD ให้กับหน่วยบริการหรือผู้ป่วย (ขึ้นกับการบริหารจัดการของหน่วยบริการ)

ขั้นตอนที่ ๓ เมื่อหน่วยบริการได้รับเครื่อง APD คู่มือการใช้เครื่อง และอุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็น จึงเริ่มจัดการอบรมผู้ป่วยเรื่องการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่อง APD จากนั้นหน่วยบริการทำการบันทึกในระบบ เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยมีความรู้เพียงพอในการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่อง APD ด้วยตนเอง และหน่วยบริการอนุญาตให้ผู้ป่วยนำเครื่อง APD กลับไปล้างไตด้วยตนเองที่บ้านได้

ในกรณีเครื่อง APD เสีย และต้องการเปลี่ยนเครื่องใหม่

ผู้ป่วยหรือหน่วยบริการ จะติดต่อบริษัทฯ ที่เข้าร่วมโครงการ ผ่านช่องทางการติดต่อที่บริษัทฯ กำหนด และบริษัทฯ จะดำเนินการรับเครื่อง APD ที่เสียกลับ พร้อมกับส่งเครื่องใหม่ทดแทนเครื่องที่เสีย ให้กับหน่วยบริการหรือผู้ป่วย และบริษัทฯ แจ้งหน่วยบริการให้รับทราบหลังจากได้จัดส่งเครื่องใหม่ให้ผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว

ในกรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องหยุดการรักษาด้วย APD นานกว่า ๑ เดือนขึ้นไป

หลังจากหน่วยบริการได้รับการติดต่อจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย และพบว่าเป็นกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องหยุดการรักษาด้วย APD นานกว่า ๑ เดือนขึ้นไป เช่น ผู้ป่วยเปลี่ยนวิธีการรักษา ผู้ป่วยติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้อง และต้องพักรักษานานกว่า ๑ เดือน ผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นต้น หน่วยบริการจะดำเนินการติดต่อบริษัทฯ ที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อให้บริษัทฯ ดำเนินการรับเครื่อง APD กลับจากผู้ป่วย

บริษัทฯ ที่เข้าร่วมโครงการ จะต้องจัดทำรายงานการจัดส่งเครื่อง APD ให้กับหน่วยบริการและสำนักงาน โดยทำการจัดส่งทุก ๆ สัปดาห์ โดยรายงานดังกล่าว ประกอบด้วยข้อมูล ดังต่อไปนี้

๑. ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย และที่อยู่ของผู้ป่วยที่ใช้ในการจัดส่งเครื่อง APD
๒. ชื่อหน่วยบริการ
๓. เลขลำดับประจำเครื่อง (Serial number) ของเครื่อง APD ที่จัดส่งให้ผู้ป่วย
๔. สถานะเครื่อง APD เช่น เครื่องใหม่ หรือเครื่องทดแทน

เกณฑ์ผลงานการล้างไตผ่านทางช่องท้องที่ใช้ในการจัดอันดับหน่วยบริการ

เกณฑ์ผลงานที่ใช้ในการจัดอันดับหน่วยบริการ เพื่อจ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Quality Incentive Program) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

เกณฑ์คุณภาพ ๕ ข้อ		วิธีคำนวณ	น้ำหนัก เกณฑ์ (a)	ผลงานจริง (b)	คะแนน สุทธิ (c)
๑	ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้รับการลงทะเบียน KT	จำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้รับการลงทะเบียน KT ในช่วง ๖ เดือนของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD	๒๐%	% ที่คำนวณได้จริง	$c = a \times b$
๒	ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin ≥ 3.2 กรัมต่อเดซิลิตร	จำนวนผู้ป่วย PD ที่มีระดับ Serum Albumin ≥ 3.2 กรัมต่อเดซิลิตร ในช่วง ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD	๒๐%	% ที่คำนวณได้จริง	$c = a \times b$
๓	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย PD ในระยะเวลา ๑๒ เดือน	One Year Patient Survival ของหน่วยบริการนั้น ณ สิ้นเดือนมีนาคม หรือกันยายน ของปีงบประมาณ	๒๐%	% ที่คำนวณได้จริง	$c = a \times b$
๔	อัตราการเสียชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis Related Dead rate)	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในช่วง ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD	๒๐%	% ที่คำนวณได้จริง	$c = a \times b$
๕	อัตราการติดเชื้อเยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis rate)	จำนวนผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในช่วง ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD	๒๐%	% ที่คำนวณได้จริง	$c = a \times b$

วิธีการจ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

จะคิดคะแนนรวม โดยคิดจากเกณฑ์คุณภาพแต่ละตัวชี้วัด ปรึบด้วยจำนวนผู้ป่วย (ค่า K) จากนั้นนำร้อยละคะแนนรวมของแต่ละหน่วยบริการมาเรียงลำดับจากมากไปน้อย โดยหน่วยบริการที่มีคะแนนรวมมากที่สุด ๑๐๐ ลำดับแรก จะได้รับค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Quality Incentive Program) จำนวน ๕๐๐ บาท ต่อคนต่อเดือน

เกณฑ์ผลงานคุณภาพในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เกณฑ์ผลงานที่ใช้ในการจัดอันดับหน่วยบริการ เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

เกณฑ์คุณภาพ ๕ ข้อ		วิธีคำนวณ	น้ำหนักเกณฑ์	ค่าเป้าหมาย
๑	ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่ได้รับการลงทะเบียน KT	จำนวนผู้ป่วย HD ที่อายุน้อยกว่า ๖๕ ปี และไม่ได้รับการวินิจฉัย HIV และ/หรือ Hepatitis ที่ลงทะเบียน KT ทารด้วยจำนวนผู้ป่วย active HD ที่อายุน้อยกว่า ๖๕ ปี และไม่ได้รับการวินิจฉัย HIV และ/หรือ Hepatitis ของหน่วยบริการนั้น	๒๐%	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑๑.๕
๒	ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่มีค่า Serum Albumin เฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ ๓.๕ กรัมต่อเดซิลิตร	จำนวนผู้ป่วย HD ที่มีค่า serum albumin เฉลี่ยทั้งปีมากกว่าหรือเท่ากับ ๓.๕ กรัมต่อเดซิลิตร ทารด้วย จำนวนผู้ป่วย active HD ของหน่วยบริการนั้น	๒๐%	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐
๓	ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่มีระดับ hemoglobin เฉลี่ยมากกว่า ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร	จำนวนผู้ป่วย HD ที่มีระดับ hemoglobin เฉลี่ยมากกว่า ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร ทารด้วย จำนวนผู้ป่วย active HD ของหน่วยบริการนั้น	๒๐%	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๑๐
๔	ร้อยละของความเพียงพอในการฟอกเลือด (Kt/V)	จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดที่มีค่าเฉลี่ย Kt/V มากกว่าหรือเท่ากับ ๑.๒ กรณีฟอกเลือด ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ทารด้วย จำนวนผู้ป่วย active HD ของหน่วยบริการนั้น	๒๐%	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐
๕	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดผ่านทาง AVF/AVG/Perm Cath	จำนวนผู้ป่วย HD ที่ได้รับการฟอกเลือดผ่านทาง AVF/AVG/Perm Cath ทารด้วย จำนวนผู้ป่วย active HD ของหน่วยบริการนั้น	๒๐%	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษา
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูง พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึง
บริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๕๙ ข้อ ๕๙.๑ และข้อ ๕๙.๒ แห่งประกาศ
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙
พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูง พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึง
สำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีลักษณะตามที่กำหนดในเอกสาร
หมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

- (๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ดังต่อไปนี้
- (ก) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑
 - (ข) หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน
 - (ค) หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์
 - (ง) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒
 - (จ) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ข้อ ๗ การจ่ายค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามข้อ ๖ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้ป่วย รายการบริการ และผลลัพธ์การให้บริการ ทั้งนี้ เป็นการบริหารงบประมาณภายใต้วงเงินแบบมีเพดานในภาพรวมระดับประเทศตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขประจำปีงบประมาณนั้น โดยให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผล ข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมหมอพร้อมหรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด รายละเอียดแต่ละบริการเป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๙ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๑ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๒ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่าการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะตรวจสอบข้อมูลภายหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามรายการในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๕ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๖ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับ

การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการ
กรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการ กลุ่มเป้าหมาย หน่วยบริการ อัตราจ่าย และเงื่อนไขบริการสำหรับบริการให้การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

รายการผู้ป่วย	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๑. บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ที่มีรหัส ICD10 เป็น E10* Type 1 diabetes mellitus หรือ P70.2 Neonatal DM หรือ E89.1 Postprocedural hypo-insulinemia หรือ E14* (unspecified DM) ที่วินิจฉัยเป็นเบาหวาน ก่อนอายุ ๓๐ ปี เป็นโรคหลักหรือโรครอง ตามเงื่อนไขที่แนบมา โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย	หน่วยบริการประจำหรือ หน่วยบริการที่รับส่งต่อทั่วไป ที่มีผู้ดูแลผ่าน อบรมจากสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย หรือกรมการแพทย์ ดังนี้ ๑. อายุรแพทย์ และกุมารแพทย์ ยกเว้นกรณีแพทย์ผู้ให้บริการ เป็นอายุรแพทย์ สาขาอายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม หรือกุมารแพทย์ สาขาการเวชศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม ๒. ที่มีผู้ดูแลได้แก่ พยาบาล และนักโภชนาการ หรือนักกำหนดอาหาร	๑. จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามเดือนที่เข้ารับบริการตามปีงบประมาณปัจจุบัน ดังต่อไปนี้ ๑.๑ เดือนตุลาคม เหมาจ่ายในอัตรา ๑๔,๖๓๖ บาทต่อราย ๑.๒ เดือนพฤศจิกายน เหมาจ่ายในอัตรา ๑๓,๖๓๖ บาทต่อราย ๑.๓ เดือนธันวาคม เหมาจ่ายในอัตรา ๑๒,๖๓๖ บาทต่อราย ๑.๔ เดือนมกราคม เหมาจ่ายในอัตรา ๑๑,๖๓๖ บาทต่อราย ๑.๕ เดือนกุมภาพันธ์ เหมาจ่ายในอัตรา ๑๐,๖๓๖ บาทต่อราย ๑.๖ เดือนมีนาคม เหมาจ่ายในอัตรา ๙,๖๓๖ บาทต่อราย ๑.๗ เดือนเมษายน เหมาจ่ายในอัตรา ๘,๖๓๖ บาทต่อราย ๑.๘ เดือนพฤษภาคม เหมาจ่ายในอัตรา ๗,๖๓๖ บาทต่อราย ๑.๙ เดือนมิถุนายน เหมาจ่ายในอัตรา ๖,๖๓๖ บาทต่อราย	๑. หน่วยบริการต้องลงทะเบียนผู้ป่วยผ่านโปรแกรม e-claim และให้บริการครอบคลุม ดังต่อไปนี้ ๑.๑ บริการการสอบและประเมินศักยภาพ การดูแลตนเองให้ผู้ป่วยบริการ ๑.๒ บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยบริการ ตามคู่มือพัฒนาระบบและเครือข่าย Thailand Type1DM Network and Registry สำหรับเครือข่ายบริการ และการลงทะเบียนเบาหวานชนิดที่ ๑ และเบาหวานวินิจฉัยก่อนอายุ ๓๐ ปี ประเทศไทย สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการตรวจระดับ ketone ด้วย keto strip การตรวจ pancreatic antibody และหรือ C-peptide และ blood glucose บริการชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๒. บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกรับวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ICD10 เป็น O24.4 Diabetes mellitus arising in pregnancy หรือ O24.9 Diabetes หรือ O24.9 Diabetes	หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกรับวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ที่มีรหัส ICD10 เป็น O24.4 Diabetes mellitus arising in pregnancy หรือ O24.9 Diabetes	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกรับวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน	๑.๑๐ เดือนกรกฎาคม เมษายน ในอัตรา ๕,๖๓๖ บาทต่อราย ๑.๑๑ เดือนสิงหาคม เมษายน ในอัตรา ๔,๖๓๖ บาทต่อราย ๑.๑๒ เดือนกันยายน เมษายน ในอัตรา ๓,๖๓๖ บาทต่อราย ๒. บริการการตรวจระดับน้ำตาลแบบต่อเนื่อง (continuous glucose monitoring : CGM) จ่ายเพิ่มเติมจากข้อ ๑. ในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อสัปดาห์ โดยจ่ายให้ครั้งละ ๒ สัปดาห์ หรือ ๔ สัปดาห์ หรือไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ หรือสนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยา	๑.๓ บริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี ได้แก่ HbA1c ๔ ครั้งต่อปี, Microalbuminuria, Lipid profile, ตรวจจตาและตรวจเท้าเบาหวาน รายการละ ๑ ครั้งต่อปี ๒. การให้บริการการตรวจระดับน้ำตาลแบบต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยเป็นประจำตลอดทั้งปี หรือเป็นครั้งคราว ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ และดุลพินิจของแพทย์ ทั้งนี้ ค่าบริการครอบคลุมค่า sensor อุปกรณ์ที่จำเป็น และระบบที่เกี่ยวข้อง ๓. กรณีที่ผู้ป่วยย้ายหน่วยบริการระหว่างปี ให้หน่วยบริการแห่งใหม่ลงทะเบียนและให้บริการแก่ผู้รับบริการตาม ๑. และ ๒. โดยให้บันทึกข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายในงบประมาณถัดไป
๒. บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกรับวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ICD10 เป็น O24.4 Diabetes mellitus arising in pregnancy หรือ O24.9 Diabetes	หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกรับวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกรับวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน	จ่ายแบบเหมาจ่ายครั้งเดียว ในอัตรา ๒,๖๒๐ บาทต่อการตั้งครรภ์	หน่วยบริการต้องลงทะเบียนผู้ผ่านโปรแกรม e-claim และให้บริการครอบคลุม ดังต่อไปนี้ ๑.๑ บริการสอนทักษะการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การประเมินผลเลือด และการดูแลตนเองให้กับผู้รับบริการ ๑.๒ บริการชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจัดจ่าย	เงื่อนไขบริการ
	mellitus in pregnancy, unspecified เป็นโรคหลักหรือโรครอง			๑.๓ บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อทดสอบความทนทานต่อน้ำตาล หลังคลอดภายในระยะเวลา ๑-๓ เดือน เป็นการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาล ก่อนสิ้นสัปดาห์น้ำตาลกลูโคส ๗๕ กรัม ที่ ๐ นาที และหลังสิ้นสัปดาห์น้ำตาล กลูโคสเมื่อครบ ๒ ชั่วโมง และให้บันทึก ผลการทดสอบเป็นปกติ หรือ prediabetes (กลุ่ม Impaired fasting plasma glucose หรือ impaired glucose tolerance test) หรือเป็นเบาหวาน
๓. บริการหญิง ตั้งครรภ์ ที่ถูกวินิจฉัยว่า เป็นเบาหวาน ก่อนตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่า เป็นเบาหวานก่อน ตั้งครรภ์ ที่รหัส ICD10 เป็น O24.0 Pre-existing diabetes mellitus, insulin-dependent หรือ O24.1 Pre-existing diabetes mellitus, on insulin-dependent หรือ O24.3 Pre-existing diabetes mellitus, unspecified	หน่วยบริการที่มีศักยภาพ ในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ก่อนตั้งครรภ์	๑. จ่ายแบบเหมาจ่ายตามอายุครรภ์ ที่เข้ารับบริการครั้งแรก ในอัตรา ดังต่อไปนี้ ๑.๑ อายุครรภ์ ๑ เดือน (๐-๔ สัปดาห์) เหมาจ่าย ในอัตรา ๘,๖๖๐ บาทต่อราย ๑.๒ อายุครรภ์ ๒ เดือน (๕-๙ สัปดาห์) เหมาจ่าย ในอัตรา ๗,๘๒๐ บาทต่อราย ๑.๓ อายุครรภ์ ๓ เดือน (๑๐-๑๓ สัปดาห์) เหมาจ่าย ในอัตรา ๖,๙๘๐ บาทต่อราย	๑. หน่วยบริการต้องลงทะเบียนผู้ป่วย ผ่านโปรแกรม e-claim และให้บริการ ครอบครัว ดังต่อไปนี้ ๑.๑ บริการสอนทักษะการตรวจระดับ น้ำตาลด้วยตนเอง การประเมินผล เลือดและการดูแลตนเอง ให้กับผู้รับบริการ ๑.๒ บริการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยตนเอง ๑.๓ บริการตรวจ HbA1c จำนวน ๔ ครั้ง

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
	<p>เป็นโรคหลักหรือโรครอง</p>		<p>๑.๔ อายุครรภ์ ๔ เดือน (๑๔-๑๗ สัปดาห์) เหม่าจ่าย ในอัตรา ๖,๑๔๐ บาทต่อราย</p> <p>๑.๕ อายุครรภ์ ๕ เดือน (๑๘-๒๑ สัปดาห์) เหม่าจ่าย ในอัตรา ๕,๓๐๐ บาทต่อราย</p> <p>๑.๖ อายุครรภ์ ๖ เดือน (๒๒-๒๖ สัปดาห์) เหม่าจ่าย ในอัตรา ๔,๔๖๐ บาทต่อราย</p> <p>๑.๗ อายุครรภ์ ๗ เดือน (๒๗-๓๑ สัปดาห์) เหม่าจ่าย ในอัตรา ๓,๖๒๐ บาทต่อราย</p> <p>๑.๘ อายุครรภ์ ๘ เดือน (๓๒-๓๖ สัปดาห์) เหม่าจ่าย ในอัตรา ๒,๗๘๐ บาทต่อราย</p> <p>๑.๙ อายุครรภ์ตั้งแต่ ๙ เดือนขึ้นไป (มากกว่า ๓๖ สัปดาห์) เหม่าจ่าย ในอัตรา ๑,๙๔๐ บาทต่อราย</p> <p>๒. บริการการตรวจระดับน้ำตาลแบบต่อเนื่อง (CGM) จ่ายเพิ่มเติมจากข้อ ๑. ในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อสัปดาห์ โดยจ่ายให้ครั้งละ ๒ สัปดาห์ หรือ ๔ สัปดาห์ หรือ</p>	<p>๒. การให้บริการการตรวจระดับน้ำตาลแบบต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยเป็นประจำตลอดการตั้งครรภ์ หรือเป็นครั้งคราว ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ และดุลพินิจของแพทย์ ทั้งนี้ ค่าบริการครอบคลุมค่า sensor อุปกรณ์ที่จำเป็น และระบบที่เกี่ยวข้อง</p>

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๔. บริการตรวจ HbA1c (รหัส 32401)	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีรหัส ICD10 เป็น E11	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ	ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ หรือสิ้นปี เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการต่างๆ	บริการตรวจ HbA1c จำนวน ๒ ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย ๓ เดือน
๕. บริการตรวจ serum creatinine (รหัส 32202)	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง มีรหัส ICD10 เป็น I10-I15 และไม่พบในฐานข้อมูล หรือทะเบียนของสำนักงาน	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ	จ่ายในอัตรา ๔๕ บาทต่อครั้งต่อปี	บริการตรวจ serum creatinine จำนวน ๑ ครั้ง
๖. บริการตรวจ serum potassium (รหัส 32103)	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง มีรหัส ICD10 เป็น I10-I15 และไม่พบในฐานข้อมูล หรือทะเบียนของสำนักงาน	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ	จ่ายอัตรา ๔๐ บาทต่อครั้งต่อปี	บริการตรวจ serum potassium จำนวน ๑ ครั้ง
๗. บริการเบาหวานระยะสงบ (DM Remission)	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ รหัส ICD10 เป็น E11 ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป	๑. หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	๑. จ่ายตามผลลัพธ์บริการในอัตรา ๔,๐๐๐ บาทต่อรายที่ใช้สู่เบาหวานระยะสงบ โดยมีค่าระดับ HbA1c	๑. หน่วยบริการต้องลงทะเบียนผู้ป่วยผ่านโปรแกรม e-claim และให้บริการตามแนวทางมาตรฐานผู้ป่วยเบาหวาน

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
	<p>ทั่วไป กรณีเป็นหน่วยบริการในสังกัดเอกชน ต้องมีแพทย์และทีมผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมการจัดบริการดูแลเบาหวานระยะสงบจากสมาคมโรคเบาหวาน แห่งประเทศไทย หรือสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัว แห่งประเทศไทย หรือกรมควบคุมโรคหรือกรมการแพทย์</p> <p>๒. หน่วยบริการตาม ๑. ซึ่งเป็นหน่วยบริการ ที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน เวชกรรม ที่ผู้ให้บริการ ได้รับการอบรม เบาหวานระยะสงบ จากสมาคมโรคเบาหวาน แห่งประเทศไทย หรือสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติ</p>	<p>ทั่วไป กรณีเป็นหน่วยบริการในสังกัดเอกชน ต้องมีแพทย์และทีมผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมการจัดบริการดูแลเบาหวานระยะสงบจากสมาคมโรคเบาหวาน แห่งประเทศไทย หรือสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัว แห่งประเทศไทย หรือกรมควบคุมโรคหรือกรมการแพทย์</p> <p>๒. หน่วยบริการตาม ๑. ซึ่งเป็นหน่วยบริการ ที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน เวชกรรม ที่ผู้ให้บริการ ได้รับการอบรม เบาหวานระยะสงบ จากสมาคมโรคเบาหวาน แห่งประเทศไทย หรือสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติ</p>	<p>น้อยกว่าร้อยละ ๖.๕ ติดต่อกัน ๒ ครั้ง ตรวจห่างกันอย่างน้อย ๓ เดือน หลังหยุดยาลดน้ำตาลในเลือด และหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดำเนินชีวิตอย่างเข้มงวด</p> <p>๒. จ่ายตามผลลัพธ์บริการเพิ่ม ในอัตรา ๒,๐๐๐ บาทต่อราย หากผู้ป่วยยังคงเบาหวานระยะสงบ และมีค่าระดับ HbA1c น้อยกว่า ร้อยละ ๖.๕ จำนวน ๑ ครั้ง</p> <p>ห่างจากการตรวจครั้งที่ ๒ ของข้อ ๑. อย่างน้อย ๓-๖ เดือน</p> <p>๓. การจ่ายตามข้อ ๑ และ ๒ เป็นการจ่ายเพียงครั้งเดียว</p>	<p>ชนิดที่ ๒ ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ๒๕๖๕ หรือแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๖ ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง หรือแนวทางของกรมควบคุมโรค</p> <p>๒. กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีแพทย์ประจำหรือหน่วยบริการที่ไม่มีประชากรลงทะเบียน ซึ่งให้บริการดูแลผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ ต้องประสานการทำงานร่วมเป็นเครือข่ายดูแลผู้ป่วยกับแพทย์ของหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผู้ป่วยได้ลงทะเบียนไว้</p>

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราค่าจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		<p>ทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัว แห่งประเทศไทย หรือกรมควบคุมโรคหรือ กรมการแพทย์ ๓. หน่วยบริการที่รับส่งต่อ เฉพาะด้านการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ที่ผู้ให้บริการได้รับ การอบรมการจัดบริการ ดูแลเบาหวานระยะสงบ และรับรองจากสภา การพยาบาล</p>		

การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายและรายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
<p>๑. บริการผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๑</p>	<p>บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด</p>	<p>๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน ที่มีหลักฐานการให้บริการในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>๒. พบหลักฐานที่สนับสนุนการวินิจฉัย เช่น บันทึกการวินิจฉัยของแพทย์</p> <p>๓. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการการสอนและประเมินศักยภาพ การดูแลตนเองให้ผู้รับบริการ</p> <p>๔. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการดูแลรักษาผู้รับบริการตามเดือนที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่าย ซึ่งการบริการเป็นไปตามคู่มือพัฒนา ระบบและเครือข่าย Thailand Type1DM Network and Registry สำหรับเครือข่ายบริการลงทะเบียนเบาหวานชนิดที่ ๑ และเบาหวานวินิจฉัยก่อนอายุ ๓๐ ปี ประเทศไทย สมาคมโรคเบาหวาน แห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๕. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ การติดตามผู้ป่วย การส่งจ่าย ชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองให้กับผู้ป่วย</p> <p>๖. ในการให้บริการการตรวจระดับน้ำตาลต่อเนื่อง ต้องตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ การส่งใช้การตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง ในการให้ต่อเนื่องตลอดทั้งปี หรือเป็นครั้งคราว และผลการตรวจน้ำตาล ตามจำนวนสัปดาห์หรือเดือนที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ขอบ่งชี้ในการให้บริการต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมโรคเบาหวาน แห่งประเทศไทย</p> <p>๗. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง รายงานผลการตรวจ HbA1C, Microalbuminuria และ Lipid profile</p>

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
<p>๒. บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน</p>	<p>บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด</p>	<p>๘. ตรวจสอบเอกสารหลักฐานตรวจจอประสาทตาและตรวจเท้าเบาหวาน</p> <p>๙. ตรวจสอบเอกสารหลักฐานผลการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง ผลการตรวจ HbA1C, Microalbuminuria และ Lipid profile</p> <p>๑๐. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานตรวจจอประสาทตาและตรวจเท้าเบาหวาน</p> <p>๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน ที่มีหลักฐานการให้บริการในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>๒. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มีหลักฐานวินิจฉัยโรคเบาหวานและประวัติการตั้งครรภ์ที่สอดคล้องกับช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่าย</p> <p>๓. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการการสนทนาและประเมินศักยภาพการดูแลตนเองให้ผู้รับบริการ</p> <p>๔. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ การติดตามผู้ป่วย การส่งจ่ายชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองให้กับผู้ป่วย</p> <p>๕. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง</p> <p>๖. ตรวจสอบพบผลการตรวจความทนทานต่อน้ำตาลหลังคลอดภายในระยะเวลา ๑-๓ เดือน</p>
<p>๓. บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์</p>	<p>บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด</p>	<p>๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน ที่มีหลักฐานการให้บริการในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>๒. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่วินิจฉัยโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์และประวัติการตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์สอดคล้องกับช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่าย</p> <p>๓. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการการสนทนาและประเมินศักยภาพการดูแลตนเองให้ผู้รับบริการ</p>

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลหรือรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
		<p>๔. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามอายุครรภ์ที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายในการให้บริการ การติดตามผู้ป่วย การส่งจ่ายชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองให้กับผู้ป่วย</p> <p>๕. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง</p> <p>๖. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลตรวจ HbA1c จำนวน ๔ ครั้ง</p> <p>๗. ในการให้บริการตรวจระดับน้ำตาลต่อเนื่อง ต้องตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ การส่งใช้การตรวจระดับน้ำตาลต่อเนื่อง ในการให้บริการ ให้บริการ การส่งใช้การตรวจระดับน้ำตาลต่อเนื่อง ในการต่อเนื่องตลอดทั้งปี หรือเป็นครั้งคราว และผลการตรวจน้ำตาลตามจำนวนสัปดาห์หรือเดือนที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ขอบขงใช้ในการให้บริการ ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย</p>
๔. บริการตรวจ HbA1c (รหัส 32401)	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมหมอพร้อม หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน	<p>๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่วินิจฉัยโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒</p> <p>๒. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลตรวจ HbA1c ตามจำนวนครั้ง ที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อปี และการตรวจห่างกันอย่างน้อย ๓ เดือน</p>
๕. บริการตรวจ serum creatinine (รหัส 32202)	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมหมอพร้อม หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน	<p>๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่</p> <p>๒. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจ serum creatinine</p>
๖. บริการตรวจ serum potassium (รหัส 32103)	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมหมอพร้อม หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน	<p>๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่</p> <p>๒. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจ serum potassium</p>

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๗. บริการผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานระยะสงบ (DM remission)		๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่วินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ๒. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจ HbA1C เป็นไปตามที่กำหนด ๓. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ให้เข้าสู่โรคเบาหวาน ระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขของราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ๒๕๖๕ หรือแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๖ ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหรือแนวทางของกรมควบคุมโรค

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษา
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๕๙.๑ และข้อ ๕๙.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ และบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกรวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (GDM) ในระหว่างตั้งครรภ์และการตรวจหลังคลอด พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๖.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ได้แก่

๖.๑.๑ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑

๖.๑.๒ หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน

๖.๑.๓ หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์

๖.๑.๔ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒

๖.๑.๕ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

๖.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการตามแต่ละรายการบริการได้ ตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๗ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ดังนี้

๘.๑ บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานบริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ บันทึกผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

๘.๒ บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ และบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านระบบโปรแกรมพร้อม หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๙.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๙.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบของสำนักงานอีกครั้ง

๙.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบ ตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๑๑.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

๑๑.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๑๑.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๒ การให้บริการและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุมป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการดำเนินการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พ.ศ. ๒๕๖๖
 ลงวันที่ ๑๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

แนวทาง เงื่อนไข และอัตราค่าบริการให้บริการ

รายการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	หน่วยบริการ	แนวทาง เงื่อนไข และอัตราค่าบริการ
๑. บริการผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๑	๑. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ที่มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และลงทะเบียนการรักษาตามขั้นตอนและวิธีการที่สำนักงานกำหนด ๒. บริการกรณีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ เป็นบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีรหัส ICD10 เป็น E10* Type 1 diabetes mellitus หรือ P70.2 Neonatal DM หรือ E89.1 Postprocedural hypo-insulinemia หรือ E14* (unspecified DM) ที่วินิจฉัยเป็นเบาหวานก่อนอายุ ๓๐ ปี เป็นโรคหลัก	๑. หน่วยบริการที่ได้รับ การอบรมดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ กับเครือข่ายบริการ และการลงทะเบียน เบาหวานชนิดที่ ๑ และ เบาหวานวินิจฉัยก่อนอายุ ๓๐ ปี ตามสมาคมโรคเบาหวาน แห่งประเทศไทย หรือ หน่วยบริการที่สามารถ ให้บริการรักษาเบาหวาน ชนิดที่ ๑ ได้	๑. หน่วยบริการมีสิทธิขอรับค่าใช้จ่ายเมื่อลงทะเบียนการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โดยการจ่ายแบบเหมาจ่ายให้บริการครอบคลุม ดังนี้ ๑.๑ บริการการสอนและประเมินศักยภาพการดูแลตนเองให้ผู้รับบริการ ๑.๒ บริการการดูแลรักษาผู้รับบริการตามคู่มือพัฒนาระบบและเครือข่าย Thailand Type1DM Network and Registry สำหรับเครือข่ายบริการ และบริการลงทะเบียนเบาหวานชนิดที่ ๑ และเบาหวานวินิจฉัยก่อนอายุ ๓๐ ปี ประเทศไทย สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อ เด็กและวัยรุ่นไทย กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการตรวจระดับ ketone ด้วย keto strip ๑.๓ บริการชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง บริการการตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง เมื่อมีข้อบ่งชี้ตามแนวทางของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ๑.๔ บริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี ได้แก่ HbA1c, Microalbuminuria, Lipid profile, ตรวจตาและตรวจเท้าเบาหวาน รายการละ ๑ ครั้งต่อปี

รายการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	หน่วยบริการ	แนวทาง เงื่อนไข และอัตราค่าบริการ
	<p>หรือโรคเรื้อรัง ตามเงื่อนไข ที่แนะนำโดยสมาคม เบาหวานแห่งประเทศไทย</p>		<p>๒. จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามเดือนที่เข้ารับบริการตามปีงบประมาณปัจจุบัน ดังนี้</p> <p>๒.๑ เดือนตุลาคม เหมาจ่ายอัตรา ๑๓,๖๓๖ บาทต่อราย</p> <p>๒.๒ เดือนพฤศจิกายน เหมาจ่ายอัตรา ๑๒,๖๓๖ บาทต่อราย</p> <p>๒.๓ เดือนธันวาคม เหมาจ่ายอัตรา ๑๑,๖๓๖ บาทต่อราย</p> <p>๒.๔ เดือนมกราคม เหมาจ่ายอัตรา ๑๐,๖๓๖ บาทต่อราย</p> <p>๒.๕ เดือนกุมภาพันธ์ เหมาจ่ายอัตรา ๙,๖๓๖ บาทต่อราย</p> <p>๒.๖ เดือนมีนาคม เหมาจ่ายอัตรา ๘,๖๓๖ บาทต่อราย</p> <p>๒.๗ เดือนเมษายน เหมาจ่ายอัตรา ๗,๖๓๖ บาทต่อราย</p> <p>๒.๘ เดือนพฤษภาคม เหมาจ่ายอัตรา ๖,๖๓๖ บาทต่อราย</p> <p>๒.๙ เดือนมิถุนายน เหมาจ่ายอัตรา ๕,๖๓๖ บาทต่อราย</p> <p>๒.๑๐ เดือนกรกฎาคม เหมาจ่ายอัตรา ๔,๖๓๖ บาทต่อราย</p> <p>๒.๑๑ เดือนสิงหาคม เหมาจ่ายอัตรา ๓,๖๓๖ บาทต่อราย</p> <p>๒.๑๒ เดือนกันยายน เหมาจ่ายอัตรา ๒,๖๓๖ บาทต่อราย</p> <p>๓. สำหรับบริการการตรวจระดับน้ำตาลต่อเนื่อง จ่ายเพิ่มเติมจากข้อ ๒ ตามรายการบริการ ดังนี้</p> <p>๓.๑ กรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจระดับน้ำตาลต่อเนื่องเป็นประจำตลอดทั้งปี สำนักงานจะจ่ายค่าบริการ Sensor รวม transmitter และระบบที่เกี่ยวข้อง ในอัตรา ๑,๐๐๐ บาท ต่อสัปดาห์ โดยหน่วยบริการสามารถเบิกค่าบริการ Sensor ได้ครั้งละไม่เกิน ๓ เดือน หรือ ๑๓ สัปดาห์</p>

รายการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	หน่วยบริการ	แนวทาง เงื่อนไข และอัตราค่าบริการ
			<p>๓.๒ กรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจระดับน้ำตาลต่อเนื่องเป็นประจำทุกวัน สำนักงานจะจ่ายค่าบริการ Sensor รวม transmitter และระบบที่เกี่ยวข้อง ในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อสัปดาห์ โดยหน่วยบริการสามารถเบิกค่าบริการ Sensor ได้ครั้งละไม่เกิน ๓ เดือน หรือ ๑๓ สัปดาห์</p>
<p>๒. บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน</p>	<p>๑. หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ที่มีสติปัญญาดีตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และลงทะเบียนการรักษาตามขั้นตอนและวิธีการที่สำนักงานกำหนด</p> <p>๒. หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน</p>	<p>หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน</p>	<p>๑. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเมื่อลงทะเบียนการรักษาผู้ป่วย โดยให้บริการครอบคลุม ดังนี้</p> <p>๑.๑ บริการสอนทักษะการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การประเมินผลเลือดและการดูแลตนเองให้กับผู้รับบริการ</p> <p>๑.๒ บริการชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง</p> <p>๑.๓ บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อทดสอบความทนทานต่อน้ำตาล หลังคลอดภายในระยะเวลา ๑-๓ เดือน เป็นการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลก่อนดื่มสารละลายกลูโคส ๗๕ กรัม ที่ศูนย์มาที่ และหลังดื่มสารละลายน้ำตาลกลูโคสเมื่อครบ ๒ ชั่วโมง และให้บันทึกผลการทดสอบเป็นปกติ หรือ prediabetes (กลุ่ม Impaired fasting plasma glucose หรือ impaired glucose tolerance test) หรือเป็นเบาหวาน</p> <p>๒. จ่ายแบบเหมาจ่ายครั้งเดียว ในอัตรา ๒,๖๒๐ บาทต่อการตั้งครรภ์</p>

รายการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	หน่วยบริการ	แนวทาง เงื่อนไข และอัตราการจ่าย
<p>๓. บริการหญิงตั้งครรภ์ที่อุกวิวินิจฉัยเบาหวานก่อนตั้งครรภ์</p>	<p>๑. หญิงตั้งครรภ์ที่อุกวิวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ที่มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และลงทะเบียนการรักษาตามขั้นตอนและวิธีการที่สำนักงานกำหนด</p> <p>๒. หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ หมายความว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีรหัส ICD10 เป็น O24.0 Pre-existing diabetes mellitus, insulin-dependent หรือ O24.1 Pre-existing diabetes mellitus, non-insulin-dependent หรือ O24.3 Pre-existing diabetes mellitus, unspecified</p> <p>เป็นโรคหลัก หรือโรครอง</p>	<p>หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่อุกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์</p>	<p>๑. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเมื่อลงทะเบียนการรักษารักษาผู้ป่วยโดยให้บริการครอบคลุม ดังนี้</p> <p>๑.๑ บริการสอนทักษะการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การประเมินผลเลือดและการดูแลตนเองให้กับผู้รับบริการ</p> <p>๑.๒ บริการชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง</p> <p>๑.๓ บริการตรวจ HbA1c จำนวน ๔ ครั้ง</p> <p>๒. จ่ายแบบเหมาจ่ายตามอายุครรภ์ที่เข้ารับบริการครั้งแรก ในอัตราดังนี้</p> <p>๒.๑ อายุครรภ์ ๑ เดือน (๐-๔ สัปดาห์) เหมาจ่ายอัตรา ๘,๖๖๐ บาทต่อราย</p> <p>๒.๒ อายุครรภ์ ๒ เดือน (๕-๙ สัปดาห์) เหมาจ่ายอัตรา ๗,๘๒๐ บาทต่อราย</p> <p>๒.๓ อายุครรภ์ ๓ เดือน (๑๐-๑๓ สัปดาห์) เหมาจ่ายอัตรา ๖,๙๘๐ บาทต่อราย</p> <p>๒.๔ อายุครรภ์ ๔ เดือน (๑๔-๑๗ สัปดาห์) เหมาจ่ายอัตรา ๖,๑๔๐ บาทต่อราย</p> <p>๒.๕ อายุครรภ์ ๕ เดือน (๑๘-๒๑ สัปดาห์) เหมาจ่ายอัตรา ๕,๓๐๐ บาทต่อราย</p> <p>๒.๖ อายุครรภ์ ๖ เดือน (๒๒-๒๖ สัปดาห์) เหมาจ่ายอัตรา ๔,๔๖๐ บาทต่อราย</p> <p>๒.๗ อายุครรภ์ ๗ เดือน (๒๗-๓๑ สัปดาห์) เหมาจ่ายอัตรา ๓,๖๒๐ บาทต่อราย</p> <p>๒.๘ อายุครรภ์ ๘ เดือน (๓๒-๓๖ สัปดาห์) เหมาจ่ายอัตรา ๒,๗๘๐ บาทต่อราย</p> <p>๒.๙ อายุครรภ์ตั้งแต่ ๙ เดือนขึ้นไป (มากกว่า ๓๖ สัปดาห์) เหมาจ่ายอัตรา ๑,๙๔๐ บาทต่อราย</p>

รายการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	หน่วยบริการ	แนวทาง เจ็อนไซ และอัตราการจัดจ่าย
๔. บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	การให้บริการครอบคลุมการตรวจ HbA1c ๒ ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย ๓ เดือน จ่ายในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อครั้ง
๕. บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	การให้บริการครอบคลุมการตรวจ serum creatinine และ serum potassium รายการละ ๑ ครั้งต่อปี สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๑. ค่าบริการการตรวจ serum creatinine จ่ายในอัตรา ๔๕ บาทต่อครั้ง ๒. ค่าบริการการตรวจ serum potassium จ่ายในอัตรา ๔๐ บาทต่อครั้ง

การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ และการกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ ดังนี้

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ ให้บริการจากหน่วยบริการ
๑. กรณีการให้บริการเบาหวานชนิดที่ ๑	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือตามระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน ที่มีหลักฐานการให้บริการในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด ๒. พบหลักฐานที่สนับสนุนการวินิจฉัย เช่น บันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ ๓. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการการสอนและประเมินศักยภาพการดูแลตนเองให้ผู้รับบริการ ๔. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการดูแลรักษาผู้รับบริการตามเดือนที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายแบบเหมมาจ่าย ซึ่งการบริการเป็นไปตามคู่มือพัฒนาระบบและเครือข่าย Thailand Type1DM Network and Registry สำหรับเครือข่ายบริการลดและการลงทะเบียนเบาหวานชนิดที่ ๑ และเบาหวานวินิจฉัยก่อนอายุ ๓๐ ปี ประเทศไทย สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย กระทรวงสาธารณสุข ๕. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ การติดตามผู้ป่วย การส่งจ่ายชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองให้กับผู้ป่วย ๖. ในการให้บริการตรวจระดับน้ำตาลต่อเนื่อง ต้องตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ การส่งใช้การตรวจระดับน้ำตาลต่อเนื่อง ในการให้ต่อเนื่องตลอดทั้งปี หรือเป็นครั้งคราว และผลการตรวจ

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลของรับค่าใช้จ่าย	การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากรายงานบริการ
		<p>น้ำตาล ตามจำนวนสัปดาห์หรือเดือนที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ข้อบ่งชี้ในการให้บริการต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมโรคเบาหวาน แห่งประเทศไทย</p> <p>๓. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง รายงานผล การตรวจ HbA1C, Microalbuminuria และ Lipid profile</p> <p>๔. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานตรวจจอบประสาทตาและตรวจทำเบาหวาน</p> <p>๕. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง ผลการ ตรวจ HbA1C, Microalbuminuria และ Lipid profile</p> <p>๑๐. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานตรวจจอบประสาทตาและตรวจตรวจทำเบาหวาน</p>
<p>๒. กรณีการให้บริการหญิง ตั้งครรภ์ที่อายุเกิน ๓๕ ปี หรือมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์</p>	<p>บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูล ตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูล ของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือตามระบบโปรแกรมอื่น ตามที่สำนักงานกำหนด</p>	<p>๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน ที่มีหลักฐานการให้บริการ ในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>๒. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มีหลักฐาน วินิจฉัยโรคเบาหวานและประวัติการตั้งครรถ์ที่สอดคล้องกับช่วงเวลา ที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย</p> <p>๓. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการการสอนและประเมินศักยภาพ การดูแลตนเองให้ผู้รับบริการ</p> <p>๔. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ การติดตามผู้ป่วย การส่งจ่าย ชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองให้กับผู้ป่วย</p> <p>๕. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง</p>

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
<p>๓. กรณีการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่สูติภควินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรรภ์</p>	<p>บันทึกและส่งส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือตามระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด</p>	<p>๖. ตรวจสอบผลการตรวจความทนทานต่อน้ำตาลหลังคลอด ภายในระยะเวลา ๑-๓ เดือน</p> <p>๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน ที่มีหลักฐานการให้บริการในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>๒. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่วินิจฉัยโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรรภ์และประวัติการตั้งครรรภ์ที่มีอายุครรภ์สอดคล้องกับช่วงเวลาที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๓. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการการสอบและประเมินศักยภาพการดูแลตนเองให้ผู้รับบริการ</p> <p>๔. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามอายุครรภ์ที่เกี่ยวข้อง ค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายในการให้บริการ การติดตามผู้ป่วย การส่งจ่ายชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองให้กับผู้ป่วย</p> <p>๕. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง</p> <p>๖. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลตรวจ HbA1c จำนวน ๔ ครั้ง</p>
<p>๔. กรณีการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒</p>	<p>บันทึกและส่งส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมหมอพร้อม หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน</p>	<p>๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่วินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒</p> <p>๒. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลตรวจ HbA1c ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อปี และการตรวจห่างกันอย่างน้อย ๓ เดือน</p>

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลหรือรับค่าใช้จ่าย	การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๕. ให้บริการผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง รายใหม่	บันทึกและส่งข้อมูลเรียงกับค่าใช้จ่าย ผ่านระบบ โปรแกรมหมอพร้อม หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน	<p>๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่</p> <p>๒. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจ serum creatinine และ serum potassium</p>



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ (อาคาร B)
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
โทรศัพท์ : 0 2141 4000
www.nhso.go.th

