สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายบริการสาธารณสุข ภายใต้งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



สารบัญ

Updated วันที่ 1 มีนาคม 2569 จำนวน 76 ฉบับ

รายการรายละเอียด Fee Schedule สามารถ download file ประกาศฯ ได้ที่

https://www.nhso.go.th/th/nhso-payment-medical-services-fees-per-person

ลำดับ			หน้า
A: ประกาศการจ่ายฯจำแนกภายใต้กลุ่มงบเหมาจ่ายรายหัว			
1.	**1.บริการผู้ป่วยนอก (A1)**	A1 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2568	11
2.		A1 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2569 (ปรับบริการ OPAE ในเครือข่ายหน่วยบริการ)	75
3.		A1 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การปรับอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป พ.ศ. 2568	77
4.	**2.บริการผู้ป่วยใน (A2)**	A2 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. 2567 IP ทั่วไป *(ปรับ DRGs เป็น Version 6)*	80
5.		A2 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกันเงินไว้สำหรับบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไประดับประเทศ พ.ศ. 2568	100
6.		A2 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตภาครัฐ พ.ศ. 2568 UCEP ภาครัฐ *(ปรับหลักเกณฑ์ใหม่)*	101
7.		A2 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ พ.ศ. 2567 ORS *(ปรับ DRGs เป็น Version 6)*	131
8.		A2 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤต พ.ศ. 2566 CRRT	134
9.		A2 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน พ.ศ. 2568 Homeward *(ปรับ DRGs เป็น Version 6 และเพิ่ม 14 กลุ่มโรค)*	138
10.		A2 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2569 Homeward *(ตัดกลุ่มโรค DM และ HT ออกจาก 14 กลุ่มโรค)*	157

ลำดับ			หน้า
11.		A2 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก พ.ศ. 2567 ODS, MIS *(ปรับ DRGs เป็น Version 6)*	171
12.		A2 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 *(ปรับข้อบ่งชี้โรคอ้วน)*	234
13.		A2 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พ.ศ. 2568 IMC *(ปรับหลักเกณฑ์ BI ตามคู่มือ IMC)*	237
14.		A2 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2566 UCEP เอกชน	243
15.	**3.บริการกรณีเฉพาะ (A3)** 3.1 กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น (OPAE/OP refer /OP anywhere/ สิทธิว่าง/ยานพาหนะ)	A31 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. 2568 Fee Schedule *(รวม 3 ฉบับ - ปรับปรุงรายการ)*	257
16.		A31 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 Fee Schedule ฉ.2 *(ปรับปรุงรายการรังสีรักษา)*	260
17.		A31 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. 2567	264
18.		A31 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายคำใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 *(ปรับปรุงรายละเอียดการจ่ายค่าพาหนะกรณีรถยนต์)*	282

ลำดับ			หน้า
19.	3.2 กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ (Stroke/STEMI/ Chemo/ CA anywhere/cataract/ Cleft /ER คุณภาพ	A32 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีเหตุสมควร พ.ศ. 2566 CA Anywhere	284
20.		A32 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีเหตุสมควร (แก้ไขหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย) พ.ศ. 2568 CA Anywhere *(ปรับแนวทางการรักษาเป็นปี 2566)*	302
21.		A32 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ พ.ศ. 2568	304
22.	3.3 กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ (Instrument OP-IP/ Hyperbaric O_2 OP-IP/ Corneal Transplant/ ปลูกถ่ายอวัยวะ)	A33 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ พ.ศ. 2568 *(ปรับเกณฑ์การจ่ายสำหรับสภาชาดไทย)*	314
23.		A33 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2568 Instrument หลัก *(รวมประกาศ ฉ.1-8)*	340
24.		A33 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 *(ปรับอัตราจ่ายอุปกรณ์หัวใจเด็ก 2 รายการ)*	425
25.		A33 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2568 *(ปรับอัตราจ่ายรายการอุปกรณ์หมวดกระดูก ข้อต่อ เส้นเอ็น และกล้ามเนื้อ)*	427

ลำดับ			หน้า
26.		A33 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคสำหรับบริการรักษาโรคอื่นๆ พ.ศ. 2566 Instrument ย่อย	438
27.		A33 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคสำหรับบริการรักษาโรคอื่นๆ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2566 *(เพิ่มบริการด้วยเครื่อง CPAP ตามสิทธิประโยชน์ใหม่)*	488
28.		A33 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคสำหรับบริการรักษาโรคอื่นๆ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2567 *(เพิ่มบริการ CAG-PCI ตามสิทธิประโยชน์ใหม่)*	497
29.	3.4 กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด (Methadone/ยา จ.2/ Hemophilia/ยา CL/ ยากำพร้า)	A34 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. 2568 *(ปรับปรุงรายการยา จ.2)*	513
30.		A34 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 *(เพิ่มรายการยาใหม่ และปรับปรุงข้อบ่งชี้รายการเดิม สำหรับยาจ.2)*	536
31.		A34 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้คำปรึกษา วินิจฉัยและกำกับติดตามการใช้ยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู พ.ศ. 2567	541
32.	3.5 กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค (Thalassemia/ TB/Palliative care/ Rare Disease/การแพทย์ขั้นสูง)	A35 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. 2566	544
33.		A35 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2567 *(เพิ่มการให้เลือดทุกชนิด ในกรณีโรคธาลัสซีเมีย)*	590
34.		A35 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2568 *(ปรับแก้ไขเอกสารแนบหมายเลข 2.1 การดูแลผู้ป่วยวัณโรคฯ : บริการDST)*	591
35.		A35 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการอ่านภาพรังสีทรวงอกด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ในบัญชีนวัตกรรมไทย พ.ศ. 2568 *(สำหรับงบประมาณปี 2569)*	594

ลำดับ			หน้า
36.		A35 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาภาวะมีบุตรยากในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2568 *(ฉบับใหม่สำหรับงบประมาณปี 2569)*	599
37.		A35 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการใช้แร่เฉพาะที่ เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา พ.ศ. 2568	603
38.		A35 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีรักษาด้วยรังสีโปรตอน พ.ศ. 2568	608
39.		A35 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด พ.ศ. 2568	616
40.		A35 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรังสีสามมิติแปรความเข้มด้วยเครื่องเร่งอนุภาคอิเล็กตรอนพร้อมระบบภาพนำวิถีด้วยคลื่นแม่เหล็ก พ.ศ.2568 *(ฉบับใหม่สำหรับงบประมาณปี 2569)*	621
41.		A35 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรังสีรักษาระยะใกล้ด้วยอุปกรณ์ใส่แร่ ด้วยเครื่องพิมพ์สามมิติ พ.ศ. 2568 *(ฉบับใหม่สำหรับงบประมาณปี 2569)*	624
42.	**4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (A4)**	A4 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ พ.ศ. 2568 *(ปรับปรุงหลักเกณฑ์การจ่ายและเงื่อนไข)*	627
43.	**5. บริการการแพทย์แผนไทย (A5)**	A5 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายคำใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2568 *(ปรับรายการจ่ายสมุนไพรและเพิ่มการจ่ายตามผลลัพธ์บริการ)*	635
44.	**6. ค่าเสื่อม (A6)**	A6 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ พ.ศ.2567	667

ลำดับ			หน้า
B: ประกาศการจ่ายฯ จำแนกภายใต้กลุ่มนอกงบเหมาจ่ายรายหัว			
45.	**1.ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (B1)**	B1 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2568 *(เพิ่ม โครงการบริการเพิ่มการเข้าถึงผู้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อ บริการสายด่วนให้คำปรึกษาหรือสื่อออนไลน์ และส่งต่อสู่ระบบการป้องกันและการรักษา)*	672
46.	**2.ค่าบริการผู้ป่วย ไตวายเรื้อรัง (B2)**	B2 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. 2569 *(ปรับให้มีการผ่านคัดกรองผู้ป่วย และขออนุมัติ PAK ก่อนเข้าสู่ระบบบำบัดทดแทนไต และรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง)*	692
47.	**3.ค่าบริการควบคุม ป้องกัน และรักษา โรคเรื้อรัง (B3)**	B3 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2568 *(ปรับเพิ่ม DM remission และการจ่าย CGM)*	730
48.		B3 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน พ.ศ. 2567	745
49.		B3 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการบริการควบคุมความรุนแรงโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2568 *(ฉบับใหม่สำหรับงบประมาณปี 2569)*	748
	4.ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดารพื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (B4)	ใช้ประกาศคณะกรรมการหลักฯ	
50.	**5.ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ (B5)**	B5 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับบริการระดับปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2568 *(ปรับเกณฑ์จ่ายใหม่)*	752
51.		B5 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ พ.ศ. 2566	760
52.		B5 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 *(ปรับคุณสมบัติการให้บริการ Lab นอกหน่วยบริการ เทียบเท่า F1 ขึ้นไป)*	765

ลำดับ		หน้า
53.	**B5** ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม พ.ศ. 2569 **ร้านยา** *(เพิ่มเงื่อนไขการปิดสิทธิด้วย Face Verification Service)*	**766**
54.	**B5** ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2569 **คลินิกพยาบาล** *(ปรับบริการ CI ผู้ให้บริการโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ และเพิ่มเงื่อนไขการปิดสิทธิด้วย Face Verification Service)*	**777**
55.	**B5** ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่รับบริการนวัตกรรมด้านเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2568 **คลินิกเทคนิคการแพทย์** *(เพิ่มรายการ Lab OP : Electrolyte และเพิ่มรายการ Lab PP)*	**784**
56.	**B5** ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่รับบริการนวัตกรรมด้านเทคนิคการแพทย์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2569 **คลินิกเทคนิคการแพทย์** *(เพิ่มตรวจ OV นอกหน่วยบริการ และและเพิ่มเงื่อนไขการปิดสิทธิด้วย Face Verification Service)*	**791**
57.	**B5** ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเวชกรรม พ.ศ. 2569 **คลินิกเวชกรรม** *(ปรับอัตราจ่าย และเพิ่มเงื่อนไขการปิดสิทธิด้วย Face Verification Service)*	**793**
58.	**B5** ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านทันตกรรม พ.ศ. 2569 **คลินิกทันตกรรม** *(ปรับหลักเกณฑ์เป็น 2 ครั้ง/คน/ปี และเพิ่มเงื่อนไขการปิดสิทธิด้วย Face Verification Service)*	**800**
59.	**B5** ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2569 **คลินิกแผนไทย** *(ปรับหลักเกณฑ์ และเพิ่มเงื่อนไขการปิดสิทธิด้วย Face Verification Service)*	**809**

ลำดับ			หน้า
60.		**B5** ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกลในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป พ.ศ. 2566 Telemedicine	821
61.		**B5** ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการนวัตกรรมกายภาพบำบัด พ.ศ. 2567 **คลินิกกายภาพบำบัด**	829
62.		**B5** ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการนวัตกรรมกายภาพบำบัด (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 **คลินิกกายภาพบำบัด ฉบับที่ 2** *(ปรับเกณฑ์ BI ให้สอดคล้องกับประกาศ IMC)*	833
63.		**B5** ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการนวัตกรรมกายภาพบำบัด (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2569 **คลินิกกายภาพบำบัด ฉบับที่ 3** *(เพิ่มเงื่อนไขการปิดสิทธิด้วย Face Verification Service)*	835
64.		**B5** ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลตามอาการหรือรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ พ.ศ.2568 **บริการ CI**	837
	6.ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (B6)	ใช้ประกาศคณะกรรมการหลักฯ	
65.	6.1 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	**B61** ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผ้าอ้อม แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือก พ.ศ. 2566	839
	6.2 ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด	ใช้ประกาศคณะกรรมการหลักฯ	
66.	6.3 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	**B63** ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พ.ศ. 2567	843
	7.เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (B7)	ใช้ประกาศคณะกรรมการหลักฯ	

ลำดับ			หน้า
67.	**8.ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (B8)**	B8 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ พ.ศ. 2567 NPP	853
68.		B8 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 *(สำหรับปีงบประมาณ 2569 เพิ่มบริการธนาคารนมแม่ และบริการมิตรภาพบำบัด)*	855
69.		B8 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐานแบบเหมาจ่าย พ.ศ. 2567 PPB	861
70.		B8 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขตหรือจังหวัด พ.ศ. 2566 PPA	866
71.		B8 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. 2568 PPFS *(เพิ่มIGRA-คัดกรองโลหิตจาง-ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก-ปรับปรุงรายละเอียดยุติการตั้งครรภ์)*	870
72.		B8 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ พ.ศ. 2568 *(ฉบับใหม่)*	907
73.		B8 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช่จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความจำเป็นเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2568 PPBKK	912
74.		B8 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อสนับสนุนการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2568 PP NCDs	930
C: บริการที่เกี่ยวข้องกับรายการงบมากกว่า 1 งบ หรือ อื่นๆ			
75.		C1 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี พ.ศ. 2566	933
76.		C1 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2566 *(เพิ่มกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรอง HCV)*	939

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมให้ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขสำหรับบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๑๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับคำแนะนำของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ในการประชุมครั้งที่ ๙/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๒๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(๓) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“ผู้มีสิทธิ” หมายความว่า บุคคลซึ่งลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นหน่วยบริการประจำของตนตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“เครือข่าย” หมายความว่า หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ทั้งนี้ ตามข้อมูลทะเบียนของผู้มีสิทธิที่สำนักงานกำหนด

“ศูนย์บริการสาธารณสุข” หมายความว่า ศูนย์บริการสาธารณสุข ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร

“กรณีค่าใช้จ่ายสูง” หมายความว่า รายการค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีค่าใช้จ่ายสูง (OP High cost) ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

“บริการทันตกรรมรักษา” หมายความว่า บริการในการรักษาทางทันตกรรมที่ให้บริการตามรายการ หรือรายโรค เป็นบริการแบบผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายครอบคลุมค่าบริการผู้ป่วยนอก ค่าเครื่องมือ ยาพื้นฐานสำหรับทำหัตถการ และวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้ด้วย

“คนพิการ” หมายความว่า คนพิการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึกและคนพิการ

“ทหารผ่านศึก” หมายความว่า ทหารผ่านศึกตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึกและคนพิการ

“กรณีที่มีเหตุจำเป็น” หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีเหตุจำเป็นทางการแพทย์ หรือทางกายภาพหรือทางสังคม

ข้อ ๕ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้ ต้องเป็นหน่วยบริการซึ่งให้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไปในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยการบริหารภายใต้วงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่)

ในกรณีที่หน่วยบริการตามวรรคหนึ่งมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไปซึ่งไม่ซ้ำซ้อนกับค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ ให้การรับค่าใช้จ่ายเป็นไปตามที่กำหนดในประกาศดังกล่าว

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิด้วยอัตราเหมาจ่ายที่คำนวณระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครของปีงบประมาณ ดังต่อไปนี้

(ก) กันเงินเบื้องต้นเป็นรายเดือนรวมแล้วไม่เกิน ๓๖๑ บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี เพื่อไว้จ่ายตามผลงานการให้บริการ สำหรับบริการกรณีที่มีเหตุจำเป็นนอกเครือข่าย กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่าย กรณีค่าใช้จ่ายสูง กรณีบริการทันตกรรมรักษา หรือกรณีคนพิการ

และทหารผ่านศึก ทั้งนี้ ในกรณีที่การจ่ายตามผลงานการให้บริการไม่เพียงพอ สำนักงานอาจกันเงินเพิ่มเติมในระหว่างปีงบประมาณมากกว่าอัตราดังกล่าวได้ แต่รวมแล้วไม่เกิน ๔๑๐ บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี

(ข) จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ด้วยอัตราเหมาจ่ายที่คำนวณระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครโดยปรับอัตราจ่ายหลังหักเงินตาม (ก) แล้ว นำมาคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Differential capitation) ในสัดส่วนที่เหมาะสมและสะท้อนกับภาระค่าใช้จ่ายจริงของหน่วยบริการ โดยจะประกาศอัตราเหมาจ่ายรายหัวของแต่ละเดือนทางเว็บไซต์ของสำนักงาน (https://www.nhso.go.th) สำหรับสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระหว่างปีงบประมาณ ให้ใช้อัตราขั้นต่ำสุดไปพลางก่อน

(ค) กันเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับประชากรสิทธิคนพิการและทหารผ่านศึก ด้วยอัตราที่คำนวณได้ตาม (๑) (ข) เพื่อจ่ายตามผลงานบริการในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

(ง) กันเงินของเครือข่ายหน่วยบริการประจำที่เป็นศูนย์บริการสาธารณสุขและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำนั้นเป็นรายเดือนรวมแล้วไม่เกินอัตรา ๓๐๐ บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปีเพื่อหักชำระบัญชีแทนหน่วยบริการที่ส่งต่อผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ ในกรณีที่การหักชำระบัญชีแทนหน่วยบริการไม่เพียงพอ สำนักงานอาจกันเงินเพิ่มเติมในระหว่างปีงบประมาณมากกว่าอัตราดังกล่าวได้ แต่รวมแล้วไม่เกิน ๓๖๐ บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี

(๒) การจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิตาม (๑) ให้ดำเนินการภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

(ก) กรณีหน่วยบริการประจำที่เป็นศูนย์บริการสาธารณสุข หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำนั้น จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อจำนวนผู้มีสิทธิ โดยไม่รวมประชากรสิทธิคนพิการและทหารผ่านศึก ในอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิตาม (๑) (ข) หลังจากกันเงินไว้ตาม (๑) (ง) ทั้งนี้ มีการปรับอัตราจ่ายได้ตามปริมาณผลงานที่เกิดขึ้นใน (๑) (ก) และ (๑) (ง)

(ข) กรณีหน่วยบริการประจำที่ไม่ใช่ศูนย์บริการสาธารณสุข จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อจำนวนผู้มีสิทธิ โดยไม่รวมประชากรสิทธิคนพิการและทหารผ่านศึก ในอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิตาม (๑) (ข) ทั้งนี้ อาจมีการปรับอัตราจ่ายได้ตามปริมาณผลงานที่เกิดขึ้นใน (๑) (ก)

(ค) หน่วยบริการตาม (ก) และ (ข) ที่เป็นหน่วยบริการภาครัฐในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นการจัดสรรงบบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมนอกจากเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นของหน่วยบริการภาครัฐซึ่งได้รับจากเงินงบประมาณ

(๓) การจ่ายค่าใช้จ่ายตามผลงานการให้บริการตาม (๑) (ก) สำนักงานจะจ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่ายในหน่วยบริการอื่น ทั้งนี้ จำนวนไม่เกิน ๔ ครั้งต่อคนต่อปี เว้นแต่ในกรณีมีเหตุจำเป็นที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ให้แจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงานเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี

๑) กรณีหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

๒) กรณีหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

(ข) กรณีคนพิการและทหารผ่านศึก

๑) กรณีหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

๒) กรณีหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

(ค) กรณีค่าใช้จ่ายสูง จ่ายตามรายการที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

(ง) กรณีบริการทันตกรรมรักษา เป็นการเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่มีการจัดบริการด้านทันตกรรม จ่ายตามรายการที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

(จ) กรณีที่มีเหตุจำเป็นนอกเครือข่าย จ่ายด้วยอัตราเหมาจ่าย ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

(๔) การหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการเพื่อจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(ก) กรณีหน่วยบริการที่เป็นศูนย์บริการสาธารณสุข ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำซึ่งเป็นโรงพยาบาล สำนักงานจะทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกันแทนโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำ โดยหักค่าใช้จ่ายตามอัตราที่ตกลงกันระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขกับโรงพยาบาล ซึ่งหักจากรายรับเงินเหมาจ่ายรายหัวที่หน่วยบริการประจำจะได้รับรายเดือน

(ข) กรณีที่มีเหตุจำเป็น กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และผู้มีสิทธิเข้ารับบริการในเครือข่าย สำนักงานจะทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกันแทนหน่วยบริการที่ได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวตาม (๑) (ข) โดยหักค่าใช้จ่ายในอัตราเหมาจ่าย ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

(ค) การรับส่งต่อจากหน่วยบริการประจำที่เป็นศูนย์บริการสาธารณสุขและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ หรือได้รับความเห็นชอบจากหน่วยบริการดังกล่าว สำนักงานจะทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกันแทนหน่วยบริการ เพื่อจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อตามรายการบริการที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ รวมทั้งค่าธรรมเนียมทางการแพทย์สำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปซึ่งเป็นภาคเอกชนโดยจ่ายตามจริงไม่เกิน ๑๐๐ บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ รับผิดชอบค่าใช้จ่ายไม่เกิน ๘๐๐ บาท ส่วนเกินจาก ๘๐๐ บาท จ่ายจาก (๑) (ง)

(ง) กรณีการรับส่งต่อนอกเหนือจาก (ค) สำนักงานจะทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกันตาม (๒) (ข) เพื่อจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่รับการส่งต่อตามรายการบริการที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับรายการบริการนั้น ๆ

ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้ หากมีการเบิกจ่ายเกินวงเงินที่กันไว้ตามข้อ ๗ (๑) (ก) และ (ง) จะปรับจ่ายตามระบบคะแนน (Point System) ทั้งนี้เป็นไปตามคำแนะนำของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

ข้อ ๙ เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณแล้ว หากมีเงินเหลือสำนักงานจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการประจำตามจำนวนประชากรเฉลี่ยที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณปัจจุบัน ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการประจำที่เป็นศูนย์บริการสาธารณสุขและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ จะได้รับเงินเหลือจ่ายจากข้อ ๗ (๑) (ก) (ค) และ (ง)

(๒) หน่วยบริการประจำนอกจาก (๑) จะได้รับเงินเหลือจ่ายจากข้อ ๗ (๑) (ก) และ (ค)

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงานหรือเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงานหรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด และหน่วยบริการที่ได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวต้องดำเนินการจัดส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกกรณีเพื่อใช้ประกอบการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัว

ข้อ ๑๑ สำนักงานกำหนดมาตรการรักษาวินัยในการขอรับค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยกำหนดให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามข้อ ๑๐ ภายใน ๓๐ วันหลังให้บริการ เว้นแต่มีเหตุจำเป็นที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ให้แจ้งเหตุผลความจำเป็นให้สำนักงานเพื่อพิจารณาเป็นรายกรณี ทั้งนี้ การจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้สำนักงานจะเร่งรัดดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคมของปีปฏิทิน

ข้อ ๑๒ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ หรือมีรายงานการให้บริการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดหรือการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๓ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๕ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๔ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข หรือประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการ

ข้อ ๑๖ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๕ และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๗ กรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ โดยเกณฑ์ในการตรวจสอบให้เป็นไปตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนกรณีผู้ป่วยนอก และแนวทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวดรายการ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

ข้อ ๑๘ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ หรือการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไม่เป็นไปตามหมวด ๒

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) กรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินระยะเวลาที่กำหนดตามข้อ ๑๑

(๔) ไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามเกณฑ์ที่กำหนดในข้อ ๑๕ และข้อ ๑๗

ข้อ ๑๙ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการและอัตราค่าบริการสาธารณสุข
สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ที่เบิกจ่ายตามรายการที่กำหนด (Fee Schedule)

อัตราค่าบริการสาธารณสุขสำหรับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร แบ่งออกเป็น ๑๓ หมวด ๙๕๕ รายการ ได้แก่

หมวด ๒ ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค	จำนวน	๕	รายการ
หมวด ๓ ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด	จำนวน	๖๖๔	รายการ
หมวด ๕ ค่าเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา	จำนวน	๗	รายการ
หมวด ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต	จำนวน	๑	รายการ
หมวด ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา	จำนวน	๙๑	รายการ
หมวด ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา	จำนวน	๗	รายการ
หมวด ๙ ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ	จำนวน	๑๔	รายการ
หมวด ๑๐ ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์	จำนวน	๑	รายการ
หมวด ๑๑ ค่าทำหัตถการและวิสัญญี	จำนวน	๖๔	รายการ
หมวด ๑๒ ค่าบริการทางการพยาบาล/ค่าธรรมเนียมบริการปฐมภูมิ	จำนวน	๒๔	รายการ
หมวด ๑๓ ค่าบริการทันตกรรมรักษา	จำนวน	๓๒	รายการ
หมวด ๑๔ กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่น ๆ	จำนวน	๔๓	รายการ
หมวด ๑๖ ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง	จำนวน	๒	รายการ

หมวด ๒
ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา
1	3001	ท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) ชนิดไม่มี cuff	อันละ	100.00
2	3002	ท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) ชนิดมี cuff	อันละ	200.00
3	8301	เฝือกพยุงคอ (collar) ชนิดอ่อน	ชุดละ	250.00
4	8707	ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา	อันละ	600.00
5	8711	ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้	คู่ละ	350.00

หมวด ๓
ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด

ค่ายา หมายถึง ค่ายาที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรคไม่ว่าจะมีวิธีการให้ยาในลักษณะใด
สารอาหารทางเส้นเลือด หมายถึง สารน้ำหรือสารอาหารที่ให้ผู้ป่วยทางเส้นเลือด ซึ่งไม่ได้ใช้รับประทานทางปากโดยปกติ

รายการบัญชียาหลักแห่งชาติในบัญชี ค : เบิกจ่ายได้เมื่อสั่งใช้ตามเงื่อนไขการสั่งใช้ยาที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด
รายการบัญชียาหลักแห่งชาติในบัญชี ง : ต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติ และต้องมีระบบกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (Drug Utilization Evaluation: DUE) ในแฟ้มเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
1	582079	albendazole	100 mg/5 mL	oral suspension	20	mL	bottle	14.00
2	199931	alendronic acid	70 mg	tablet			tablet	31.00
3	235313	allopurinol	300 mg	film-coated tablet			tablet	1.75
4	235091	allopurinol	300 mg	tablet			tablet	1.75
5	780070	aluminium hydroxide	500 mg	tablet			tablet	1.00
6	836495	aluminium hydroxide + magnesium hydroxide	300 mg + 250 mg	tablet			tablet	1.00
7	816153	aluminium hydroxide + magnesium hydroxide + simeticone	300 mg + 100 mg + 25 mg	tablet			tablet	1.00
8	800974	aluminium hydroxide + magnesium hydroxide + simeticone	300 mg + 100 mg + 50 mg	tablet			tablet	1.00
9	537340	amikacin	500 mg/2 mL	solution for injection	2	mL	vial	30.00
10	238492	amiloride hydrochloride + hydrochlorothiazide	5 mg + 50 mg	tablet			tablet	1.00
11	244734	amitriptyline hydrochloride	10 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
12	244775	amitriptyline hydrochloride	25 mg	film-coated tablet			tablet	1.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
13	200119	amlodipine	10 mg	tablet			tablet	1.50
14	226483	amoxicillin	500 mg	capsule, hard			capsule	2.00
15	587473	amoxicillin	250 mg/5 mL	powder for oral suspension	60	mL	bottle	23.00
16	746376	amoxicillin	250 mg/5 mL	powder for syrup	60	mL	bottle	23.00
17	914289	amoxicillin	125 mg/5 mL	powder for oral suspension	60	mL	bottle	14.00
18	736210	ascorbic acid	50 mg	tablet			tablet	0.50
19	768466	aspirin	81 mg	gastro-resistant tablet			tablet	1.00
20	226340	aspirin	81 mg	film-coated tablet			tablet	0.50
21	250319	aspirin	300 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
22	810747	aspirin	300 mg	gastro-resistant tablet			tablet	1.00
23	252125	aspirin	81 mg	tablet			tablet	0.50
24	249728	aspirin	300 mg	tablet			tablet	1.00
25	246306	atenolol	100 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
26	246352	atenolol	50 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
27	253597	atenolol	100 mg	tablet			tablet	1.00
28	253964	atenolol	25 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
29	253652	atenolol	50 mg	tablet			tablet	1.00
30	802062	atropine sulfate	600 mcg/1 mL	solution for injection	1	mL	ampoule	7.00
31	994316	azithromycin	200 mg/5 mL	powder for oral suspension	15	mL	bottle	104.00
32	823288	benzathine benzylpenicillin	1.2 MU	powder for solution for injection			vial	73.00
33	259406	betahistine mesilate	6 mg	tablet			tablet	1.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
34	259452	betahistine mesilate	12 mg	tablet			tablet	1.75
35	671762	betamethasone valerate	100 mg/100 g	cream	15	g	tube	20.00
36	903569	biotin + calcium pantothenate + cyanocobalamin + folic acid + nicotinamide + pyridoxine + riboflavin + thiamine	150 mcg + 6.4 mg + 20 mg + 300 mcg + 20 mg + 2 mg + 1.7 mg + 1.5 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
37	655011	brimonidine tartrate	200 mg/100 mL	eye drops, solution	5	mL	bottle	115.00
38	665017	budesonide	100 mcg/1 dose	inhalation powder	200	dose	inhalation	358.00
39	757599	budesonide	100 mcg/1 dose	nasal spray, suspension	150	dose	bottle	215.00
40	747630	budesonide	500 mcg/2 mL	nebuliser suspension	2	mL	unit dose	41.00
41	747682	budesonide	1 mg/2 mL	nebuliser suspension	2	mL	unit dose	52.50
42	664382	budesonide	100 mcg/1 dose	pressurised inhalation, suspension	200	dose	actuation	218.00
43	665040	budesonide	200 mcg/1 dose	inhalation powder	100	dose	inhalation	482.00
44	664590	budesonide	200 mcg/1 dose	inhalation powder	200	dose	inhalation	560.00
45	1172150	cajuput oil + camphor + eucalyptus oil + eugenol + menthol + methyl salicylate	2.3 g/100 g + 700 mg/100 g + 2.2 g/100 g + 1.2 g/100 g + 7 g/100 g + 17.7 g/100 g	cream	25	g	tube	15.00
46	780954	calciferol	20000 unit	capsule, hard			capsule	3.00
47	737771	calcium carbonate	1.5 g	tablet			tablet	1.00
48	684349	calcium carbonate	1.5 g	film-coated tablet			tablet	1.00
49	698010	calcium carbonate	625 mg	capsule, hard			capsule	1.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
50	698113	calcium carbonate	835 mg	capsule, hard			capsule	1.00
51	743154	calcium carbonate	1 g	film-coated tablet			tablet	1.00
52	756205	calcium carbonate	625 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
53	737678	calcium carbonate	835 mg	tablet			tablet	1.00
54	760457	calcium carbonate	835 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
55	694255	calcium carbonate	1 g	tablet			tablet	1.00
56	246895	carbamazepine	200 mg	tablet			tablet	2.00
57	481086	carbamazepine	200 mg	prolonged-release tablet			tablet	5.25
58	662948	carbomer + cetrimide	2 mg/1 g + 100 mcg/1 g	eye gel	10	g	tube	129.00
59	599598	cefixime	100 mg/5 mL	powder for oral suspension	30	mL	bottle	259.00
60	548494	ceftriaxone	500 mg	powder for solution for injection/infusion			vial	34.00
61	694553	ceftriaxone	2 g	powder for solution for injection/infusion			vial	65.00
62	548441	ceftriaxone	250 mg	powder for solution for injection/infusion			vial	34.00
63	865661	cetirizine hydrochloride	10 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
64	234426	cetirizine hydrochloride	10 mg	tablet			tablet	1.00
65	1178756	cetyl alcohol + mineral oil + stearic acid + stearyl alcohol	3 g/100 g + 10 mL/100 g + 500 mg/100 g + 10 g/100 g	cream	10	g	jar	10.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
66	523947	chloramphenicol + dexamethasone + tetryzoline hydrochloride	500 mg/100 mL + 100 mg/100 mL + 25 mg/100 mL	eye drops, solution	5	mL	bottle	65.00
67	858114	chlorphenamine maleate	4 mg	tablet			tablet	0.50
68	869870	chlorphenamine maleate	10 mg/1 mL	solution for injection	1	mL	ampoule	3.00
69	268960	chlorpromazine hydrochloride	25 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
70	368362	chlorpromazine hydrochloride	50 mg	coated tablet			tablet	1.00
71	280924	chlorpromazine hydrochloride	50 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
72	268925	chlorpromazine hydrochloride	25 mg	coated tablet			tablet	1.00
73	266371	ciprofloxacin	250 mg	film-coated tablet			tablet	1.50
74	245812	clonazepam	500 mcg	tablet			tablet	1.00
75	270485	clotrimazole	10 mg	lozenge			lozenge	1.50
76	287783	clozapine	25 mg	tablet			tablet	1.75
77	1172925	coal tar	5 mL/100 g	cream	10	g	jar	10.00
78	279296	colchicine	600 mcg	tablet			tablet	1.00
79	1179463	corn starch + white petrolatum + zinc oxide	25 g/100 g + 50 g/100 g + 25 g/100 g	cutaneous paste	10	g	jar	10.00
80	299547	cyproheptadine	4 mg	coated tablet			tablet	0.50
81	248658	cyproheptadine	4 mg	tablet			tablet	0.50
82	499622	desoximetasone	250 mg/100 g	cream	10	g	tube	49.00
83	256590	dexamethasone	500 mcg	tablet			tablet	0.50
84	555952	dexamethasone	4 mg/1 mL	solution for injection	10	mL	vial	27.00
85	760978	dexamethasone + neomycin sulfate	100 mg/100 mL + 500 mg/100 mL	ear/eye drops, solution	4	mL	bottle	20.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
86	247385	dextromethorphan hydrobromide	15 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
87	247344	dextromethorphan hydrobromide	15 mg	tablet			tablet	1.00
88	955646	dextromethorphan hydrobromide	15 mg	coated tablet			tablet	1.00
89	521276	dextrose	50 g/100 mL	solution for injection/infusion	50	mL	vial	21.00
90	557815	dextrose	50 g/100 mL	solution for injection	20	mL	ampoule	8.25
91	528317	dextrose + sodium chloride	5 g/100 mL + 900 mg/100 mL	solution for infusion	500	mL	bag	33.00
92	532945	diazepam	10 mg/2 mL	solution for injection	2	mL	vial	6.75
93	560396	diazepam	10 mg/2 mL	solution for injection	2	mL	ampoule	6.75
94	864564	diclofenac sodium	50 mg	gastro-resistant tablet			tablet	1.00
95	201284	diclofenac sodium	75 mg/3 mL	solution for injection	3	mL	ampoule	5.00
96	226047	diclofenac sodium	25 mg	gastro-resistant tablet			tablet	1.00
97	273063	digoxin	250 mcg	tablet			tablet	1.00
98	955793	diphenhydramine hydrochloride	25 mg	capsule, hard			capsule	1.00
99	273230	doxazosin	2 mg	tablet			tablet	1.00
100	317735	doxazosin	2 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
101	746492	enalapril maleate	5 mg	tablet			tablet	1.00
102	746693	enalapril maleate	10 mg	tablet			tablet	1.00
103	203004	enalapril maleate	20 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
104	746444	enalapril maleate	20 mg	tablet			tablet	1.00
105	203027	enalapril maleate	5 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
106	566148	epinephrine + lidocaine hydrochloride	1 mg/100 mL + 1 g/100 mL	solution for injection	50	mL	vial	42.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
107	831044	erythromycin	125 mg/5 mL	powder for oral suspension	60	mL	bottle	18.00
108	911331	fenoterol hydrobromide + ipratropium bromide	50 mg/100 mL + 25 mg/100 mL	nebuliser solution	20	mL	bottle	111.00
109	855606	ferrous sulfate	300 mg	coated tablet			tablet	1.00
110	521978	fluorometholone	100 mg/100 mL	eye drops, suspension	5	mL	bottle	59.00
111	839948	fluticasone propionate + salmeterol	500 mcg/1 dose + 50 mcg/1 dose	inhalation powder, pre-dispensed	60	dose	inhalation	698.00
112	304012	furosemide	40 mg	tablet			tablet	1.00
113	331607	furosemide	40 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
114	562364	furosemide	20 mg/2 mL	solution for injection/infusion	2	mL	ampoule	7.00
115	333667	gabapentin	100 mg	capsule, hard			capsule	2.00
116	322178	gabapentin	300 mg	capsule, hard			capsule	3.00
117	726216	gemfibrozil	300 mg	capsule, hard			capsule	1.50
118	204274	gemfibrozil	600 mg	film-coated tablet			tablet	1.50
119	204288	gemfibrozil	600 mg	tablet			tablet	1.50
120	718091	gramicidin + neomycin + polymyxin b sulfate	2.5 mg/100 mL + 175 mg/100 mL + 500000 iu/100 mL	eye drops, solution	5	mL	bottle	14.00
121	700266	gramicidin + neomycin sulfate + polymyxin b sulfate	2.5 mg/100 mL + 200 mg/100 mL + 500000 iu/100 mL	eye drops, solution	5	mL	bottle	22.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
122	700297	gramicidin + neomycin sulfate + polymyxin b sulfate	2.5 mg/100 mL + 200 mg/100 mL + 500000 iu/100 mL	eye drops, solution	10	mL	bottle	27.00
123	341755	haloperidol	10 mg	tablet			tablet	1.50
124	331166	haloperidol	2 mg	tablet			tablet	1.00
125	331215	haloperidol	5 mg	tablet			tablet	1.50
126	341888	haloperidol	500 mcg	tablet			tablet	0.50
127	342535	haloperidol	2 mg	coated tablet			tablet	1.00
128	715334	hydralazine hydrochloride	10 mg	film-coated tablet			tablet	1.50
129	872061	hydralazine hydrochloride	10 mg	coated tablet			tablet	1.50
130	302864	hydrochlorothiazide	25 mg	tablet			tablet	0.50
131	297857	hydrochlorothiazide	50 mg	tablet			tablet	1.00
132	227444	hydroxyzine hydrochloride	10 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
133	700189	hypromellose	500 mg/100 mL	eye drops, solution	10	mL	bottle	26.00
134	660150	insulin aspart + insulin aspart protamine	30 iu/1 mL + 70 iu/1 mL	suspension for injection	3	mL	cartridge	214.00
135	691063	isosorbide mononitrate	20 mg	tablet			tablet	1.50
136	471731	ivermectin	6 mg	tablet			tablet	97.00
137	645678	levothyroxine sodium	100 mcg	tablet			tablet	1.00
138	645763	levothyroxine sodium	50 mcg	tablet			tablet	1.00
139	769456	lidocaine hydrochloride	2 g/100 g	gel	30	g	tube	104.00
140	565697	lidocaine hydrochloride	1 g/50 mL	solution for injection	50	mL	vial	39.00
141	264650	loperamide	2 mg	tablet			tablet	1.00
142	262704	loperamide	2 mg	capsule, hard			capsule	1.00
143	233816	loratadine	10 mg	tablet			tablet	1.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
144	246750	lorazepam	1 mg	tablet			tablet	1.00
145	206198	losartan potassium	100 mg	film-coated tablet			tablet	1.50
146	777044	magnesium hydroxide	300 mg	tablet			tablet	1.00
147	206259	manidipine hydrochloride	20 mg	tablet			tablet	3.00
148	236687	mebendazole	100 mg	tablet			tablet	1.00
149	206302	medroxyprogesterone acetate	5 mg	tablet			tablet	9.00
150	303820	metformin hydrochloride	850 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
151	696858	metformin hydrochloride	500 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
152	231936	metformin hydrochloride	500 mg	tablet			tablet	1.00
153	231970	metformin hydrochloride	850 mg	tablet			tablet	1.00
154	321252	metoclopramide hydrochloride	10 mg	tablet			tablet	0.50
155	376010	metronidazole	400 mg	tablet			tablet	1.00
156	327125	metronidazole	400 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
157	984118	montelukast	4 mg	granules	4	mg	sachet	23.50
158	206872	naproxen	250 mg	tablet			tablet	1.50
159	391943	norethisterone	5 mg	tablet			tablet	5.00
160	256664	norfloxacin	100 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
161	260592	norfloxacin	100 mg	tablet			tablet	1.00
162	325697	norfloxacin	400 mg	tablet			tablet	1.50
163	245629	norfloxacin	400 mg	film-coated tablet			tablet	1.50
164	393941	nortriptyline	25 mg	coated tablet			tablet	1.50
165	394529	nortriptyline	25 mg	film-coated tablet			tablet	1.50
166	727267	omeprazole	20 mg	gastro-resistant capsule, hard			capsule	1.50

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
167	697142	ondansetron	8 mg/4 mL	solution for injection/infusion	4	mL	ampoule	19.00
168	339405	oseltamivir	75 mg	capsule, hard			capsule	31.00
169	908805	oxymetazoline hydrochloride	50 mg/100 mL	nasal spray, solution			bottle	39.50
170	912235	oxymetazoline hydrochloride	50 mg/100 mL	nasal spray, solution	10	mL	bottle	39.50
171	627970	paracetamol	240 mg/5 mL	syrup	60	mL	bottle	25.00
172	228450	paracetamol	325 mg	tablet			tablet	1.00
173	626661	paracetamol	250 mg/5 mL	oral suspension	60	mL	bottle	25.00
174	334137	paracetamol	325 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
175	407230	paracetamol	325 mg	coated tablet			tablet	1.00
176	271074	paracetamol	500 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
177	627199	paracetamol	250 mg/5 mL	syrup	60	mL	bottle	25.00
178	747145	paracetamol	500 mg	tablet			tablet	1.00
179	717434	permethrin	5 g/100 g	cream	30	g	tube	73.00
180	998199	permethrin	1 g/100 g	cream	20	g	tube	37.00
181	293818	perphenazine	4 mg	coated tablet			tablet	1.00
182	293943	perphenazine	4 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
183	293860	perphenazine	8 mg	coated tablet			tablet	1.00
184	407875	perphenazine	8 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
185	410024	phenobarbital	30 mg	tablet			tablet	0.50
186	525218	phenylephrine hydrochloride	10 g/100 mL	eye drops, solution	10	mL	bottle	241.00
187	315706	phenytoin sodium	30 mg	capsule, hard			capsule	1.00
188	301731	phenytoin sodium	100 mg	capsule, hard			capsule	1.00
189	485098	piroxicam	10 mg	capsule, hard			capsule	1.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
190	726510	piroxicam	20 mg	capsule, hard			capsule	1.50
191	686462	potassium chloride	500 mg	gastro-resistant tablet			tablet	1.50
192	778773	potassium chloride	500 mg	tablet			tablet	1.50
193	871337	povidone iodine	10 g/100 mL	cutaneous solution	15	mL	bottle	13.00
194	254234	prazosin	1 mg	tablet			tablet	1.00
195	415767	prednisolone	5 mg	coated tablet			tablet	1.00
196	1025650	prednisolone	1 g/100 mL	eye drops, suspension	5	mL	bottle	73.00
197	526545	prednisolone	1 g/100 mL	eye drops, solution	5	mL	bottle	73.00
198	237007	prednisolone	5 mg	tablet			tablet	1.00
199	235795	propranolol hydrochloride	10 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
200	246174	propranolol hydrochloride	10 mg	tablet			tablet	1.00
201	235846	propranolol hydrochloride	40 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
202	246212	propranolol hydrochloride	40 mg	tablet			tablet	1.00
203	400589	propylthiouracil	50 mg	tablet			tablet	1.00
204	352205	pyridoxine hydrochloride	10 mg	tablet			tablet	1.00
205	257034	pyridoxine hydrochloride	50 mg	tablet			tablet	1.00
206	395129	repaglinide	1 mg	tablet			tablet	9.00
207	427164	riboflavin	10 mg	tablet			tablet	1.00
208	388422	risperidone	2 mg	film-coated tablet			tablet	4.00
209	234028	roxithromycin	150 mg	tablet			tablet	1.50
210	239773	roxithromycin	150 mg	film-coated tablet			tablet	1.50
211	247290	salbutamol	2 mg	tablet			tablet	0.50
212	1173709	salicylic acid	2 g/100 g	ointment	10	g	jar	10.00
213	827788	silver sulfadiazine	1 g/100 g	cream	25	g	tube	31.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
214	208621	simvastatin	20 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
215	800200	sodium bicarbonate	7.5 g/100 mL	solution for injection	10	mL	ampoule	16.00
216	738438	sodium bicarbonate	300 mg	tablet			tablet	0.50
217	760187	sodium chloride	300 mg	tablet			tablet	1.00
218	789472	sodium chloride	900 mg/100 mL	irrigation solution	500	mL	bottle	31.00
219	823787	sodium fluoride	550 mcg	chewable tablet			tablet	1.00
220	233408	spironolactone	100 mg	tablet			tablet	4.00
221	208873	sucralfate	1 g/5 mL	oral suspension	60	mL	bottle	134.00
222	554930	sulfamethoxazole + trimethoprim	400 mg/5 mL + 80 mg/5 mL	solution for injection	5	mL	ampoule	33.00
223	230294	sulfamethoxazole + trimethoprim	400 mg + 80 mg	tablet			tablet	1.00
224	761905	terbutaline sulfate	500 mcg/1 mL	solution for injection	1	mL	ampoule	11.00
225	395867	theophylline	200 mg	prolonged-release tablet			tablet	1.75
226	375112	thiamazole	5 mg	tablet			tablet	1.50
227	259294	thiamine	10 mg	tablet			tablet	1.00
228	580041	thiamine	100 mg/1 mL	solution for injection	1	mL	ampoule	3.00
229	302654	thioridazine	50 mg	coated tablet			tablet	2.00
230	255026	thioridazine	25 mg	coated tablet			tablet	1.50
231	302704	thioridazine	10 mg	coated tablet			tablet	1.00
232	864662	tramadol hydrochloride	50 mg	capsule, hard			capsule	1.00
233	423059	tramadol hydrochloride	50 mg	tablet			tablet	1.00
234	970149	triamcinolone acetonide	100 mg/100 mL	cutaneous emulsion	60	mL	bottle	25.00
235	786411	triamcinolone acetonide	100 mg/100 mL	cutaneous solution	60	mL	bottle	25.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
236	898701	triamcinolone acetonide	20 mg/100 g	cream	10	g	tube	10.00
237	716224	trihexyphenidyl hydrochloride	5 mg	tablet			tablet	1.00
238	716173	trihexyphenidyl hydrochloride	2 mg	tablet			tablet	1.00
239	581673	vancomycin	500 mg	powder for solution for infusion			vial	97.00
240	209978	warfarin sodium	1 mg	tablet			tablet	2.00
241	209997	warfarin sodium	3 mg	tablet			tablet	4.75
242	209984	warfarin sodium	2 mg	tablet			tablet	2.00
243	886418	aluminum hydroxide + magnesium hydroxide	230 mg + 85 mg	tablet			tablet	1.00
244	537393	amikacin	250 mg/2 mL	solution for injection	2	mL	vial	28.00
245	529308	antazoline hydrochloride + tetryzoline hydrochloride	50 mg/100 mL + 40 mg/100 mL	eye drops, solution	10	mL	bottle	14.00
246	317258	benzocaine + hydrocortisone acetate + zinc oxide	40 mg + 7.5 mg + 250 mg	suppository			suppository	6.00
247	881680	benzoic acid + salicylic acid	6 g/100 g + 3 g/100 g	ointment	15	g	tube	8.00
248	664437	budesonide	200 mcg/1 dose	pressurised inhalation, suspension	200	dose	actuation	97.50
249	702940	calamine + zinc oxide	15 g/100 mL + 5 g/100 mL	cutaneous suspension	60	mL	bottle	19.00
250	491053	calamine + zinc oxide	15 g/100 mL + 5 g/100 mL	cutaneous liquid	60	mL	bottle	19.00
251	491082	calamine + zinc oxide	15 g/100 mL + 5 g/100 mL	cutaneous liquid	100	mL	bottle	15.00
252	767025	calcium gluconate	0.45 meq/1 mL	solution for injection	10	mL	ampoule	15.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
253	812184	camphor spirit + capsicum tincture + compound cardamom tincture + weak ginger tincture	0.3 mL/15 mL + 0.06 mL/15 mL + 1.8 mL/15 mL + 0.6 mL/15 mL	oral solution	180	mL	bottle	19.00
254	201127	captopril	12.5 mg	tablet			tablet	3.00
255	453620	carbamazepine	400 mg	modified-release tablet			tablet	9.50
256	1172987	carmellose sodium + glycerol + lidocaine hydrochloride	1 g/100 g + 78 g/100 g + 1 g/100 g	oromucosal drops	30	mL	bottle	25.00
257	661469	cefalexin	500 mg	capsule, hard			capsule	4.00
258	694511	ceftriaxone	1 g	powder for solution for injection/infusion			vial	18.00
259	655903	cetirizine hydrochloride	1 mg/1 mL	syrup	100	mL	bottle	21.00
260	528372	chloramphenicol	1 g/100 mL	ear drops, solution	10	mL	bottle	35.50
261	525819	chloramphenicol	500 mg/100 mL	eye drops, solution	10	mL	bottle	18.00
262	529349	chloramphenicol	500 mg/100 mL	eye drops, solution	5	mL	bottle	17.00
263	655942	chloramphenicol	1 g/100 g	eye ointment	5	g	tube	19.00
264	527914	chloramphenicol	5 g/100 mL	ear drops, solution	5	mL	bottle	17.00
265	757523	chlorhexidine gluconate	120 mg/100 mL	gargle/mouthwash	180	mL	bottle	30.50
266	869804	chlorphenamine maleate	2 mg	tablet			tablet	0.50
267	783693	chlorphenamine maleate	2 mg/5 mL	syrup	60	mL	bottle	10.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
268	279709	chlorpromazine hydrochloride	100 mg	coated tablet			tablet	1.75
269	280884	chlorpromazine hydrochloride	100 mg	film-coated tablet			tablet	1.75
270	981632	ciprofloxacin	200 mg/100 mL	solution for infusion	100	mL	vial	39.00
271	287627	clonazepam	2 mg	tablet			tablet	1.75
272	495907	clotrimazole	1 g/100 g	cream	10	g	tube	16.50
273	666823	compound cardamom tincture + strong capsicum tincture + strong ginger tincture	1.8 mL/15 mL + 60 mcL/15 mL + 24 mcL/15 mL	oral solution	180	mL	bottle	20.50
274	555934	dexamethasone	4 mg/1 mL	solution for injection	2	mL	vial	10.50
275	555733	dexamethasone	4 mg/1 mL	solution for injection	1	mL	ampoule	6.00
276	556306	dexamethasone	4 mg/1 mL	solution for injection	1	mL	vial	6.00
277	610276	dextromethorphan hydrobromide	5 mg/5 mL	syrup	60	mL	bottle	14.00
278	560799	dimenhydrinate	50 mg/1 mL	solution for injection	1	mL	vial	5.00
279	560723	dimenhydrinate	50 mg/1 mL	solution for injection	1	mL	ampoule	5.00
280	1021949	diphtheria toxoid + tetanus toxoid	2 Lf/0.5 mL + 8.8 Lf/0.5 mL	suspension for injection	0.5	mL	vial	28.50
281	766081	ethyl alcohol	70 mL/100 mL	cutaneous solution	60	mL	bottle	11.00
282	1179714	ethyl alcohol	70 mL/100 mL	cutaneous spray, solution	60	mL	bottle	11.00
283	1179601	ethyl alcohol	70 mL/100 mL	gel	60	mL	bottle	11.00
284	522151	fenoterol hydrobromide + ipratropium bromide	31.25 mg/100 mL + 12.5 mg/100 mL	nebuliser solution	4	mL	unit dose	9.00
285	974671	ferrous fumarate	76 mg/5 mL	oral suspension	60	mL	bottle	36.00
286	247993	griseofulvin	500 mg	tablet			tablet	3.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
287	616204	haloperidol	2 mg/1 mL	oral drops, solution	15	mL	bottle	37.00
288	785554	haloperidol	5 mg/1 mL	solution for injection	1	mL	ampoule	12.00
289	807079	haloperidol	100 mg/2 mL	solution for injection	2	mL	ampoule	143.00
290	1181016	iodine + potassium iodide	1.25 g/100 mL + 2.5 g/100 mL	oromucosal solution	15	mL	bottle	16.00
291	707089	iodine + potassium iodide	1.25 g/100 mL + 2.5 g/100 mL	oromucosal solution	30	mL	bottle	21.50
292	740049	ispaghula husk	3.5 g/5 g	granules for oral solution	5	g	sachet	13.00
293	356899	lamotrigine	50 mg	tablet			tablet	21.00
294	356708	lamotrigine	100 mg	tablet			tablet	29.50
295	354189	levetiracetam	500 mg	film-coated tablet			tablet	30.00
296	764218	lidocaine hydrochloride	200 mg/20 mL	solution for injection	20	mL	vial	26.50
297	565255	lidocaine hydrochloride	500 mg/50 mL	solution for injection	50	mL	vial	32.00
298	565582	lidocaine hydrochloride	500 mg/50 mL	solution for injection	50	mL	ampoule	32.00
299	737943	lithium carbonate	300 mg	capsule, hard			capsule	3.00
300	618791	loratadine	5 mg/5 mL	syrup	60	mL	bottle	14.00
301	796980	magnesium hydroxide	400 mg/5 mL	oral suspension	240	mL	bottle	25.00
302	206271	medroxyprogesterone acetate	150 mg/1 mL	suspension for injection	1	mL	vial	15.00
303	706511	methyl salicylate	N/A	ointment	15	g	bottle	16.50
304	893847	methyl salicylate	25 g/100 g	ointment	25	g	bottle	16.00
305	967197	metoclopramide hydrochloride	10 mg/2 mL	solution for injection	2	mL	ampoule	5.00
306	393987	nortriptyline	10 mg	film-coated tablet			tablet	1.50
307	621916	nystatin	100000 iu/1 mL	oral suspension	12	mL	bottle	37.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
308	301806	ondansetron	4 mg	film-coated tablet			tablet	7.00
309	301852	ondansetron	8 mg	film-coated tablet			tablet	9.00
310	978976	ondansetron	4 mg/2 mL	solution for injection/infusion	2	mL	ampoule	17.00
311	527594	oxymetazoline hydrochloride	25 mg/100 mL	nasal drops, solution	10	mL	bottle	39.00
312	627054	paracetamol	100 mg/1 mL	syrup	15	mL	bottle	13.00
313	627467	paracetamol	100 mg/1 mL	oral drops, solution	15	mL	bottle	13.00
314	626619	paracetamol	120 mg/5 mL	oral suspension	60	mL	bottle	10.00
315	747546	paracetamol	120 mg/5 mL	syrup	60	mL	bottle	10.00
316	1181276	podophyllum resin	25 g/100 mL	cutaneous solution	60	mL	bottle	1,250.00
317	1181322	podophyllum resin	25 g/100 mL	cutaneous solution	15	mL	bottle	346.00
318	674058	pseudoephedrine hydrochloride	30 mg/5 mL	syrup	60	mL	bottle	21.50
319	670650	rabies vaccine (purified chick embryo cell)	2.5 iu	powder for solution for injection			vial	300.00
320	849435	rabies vaccine (purified chick embryo cell)	2.5 iu	powder and solvent for solution for injection			vial	300.00
321	850037	rabies vaccine (vero cell)	2.5 iu	powder and solvent for suspension for injection			vial	349.00
322	862174	rabies vaccine (vero cell)	2.5 iu	powder and solvent for solution for injection			vial	349.00
323	430735	risperidone	1 mg	film-coated tablet			tablet	2.75

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
324	634858	salbutamol	2 mg/5 mL	syrup	60	mL	bottle	13.00
325	1176389	salicylic acid	5 g/100 mL	cutaneous solution	60	mL	bottle	23.50
326	1176287	salicylic acid	10 g/100 mL	cutaneous solution	60	mL	bottle	25.00
327	870068	Sennosides B	7.5 mg	tablet			tablet	2.00
328	856215	silver sulfadiazine	1 g/100 g	cream	20	g	tube	31.00
329	324715	simeticone	100 mg	chewable tablet			tablet	1.00
330	635761	simeticone	40 mg/0.6 mL	oral drops, suspension	15	mL	bottle	19.00
331	763320	simeticone	40 mg	oral drops, suspension	15	mL	bottle	19.00
332	925877	sodium bicarbonate	5 g/100 mL	ear drops, solution	15	mL	bottle	15.00
333	698204	sodium chloride	900 mg/100 mL	solution for injection/infusion	100	mL	bag	18.00
334	963424	sodium chloride	900 mg/100 mL	solution for injection/infusion	100	mL	bottle	18.00
335	936890	sodium thiosulfate	20 g/100 mL	cutaneous solution	120	mL	bottle	30.00
336	810205	sucralfate	1 g/5 mL	oral suspension	5	mL	sachet	19.00
337	1117370	tetanus toxoid	40 iu/0.5 mL	suspension for injection	0.5	mL	ampoule	24.50
338	526986	timolol	250 mg/100 mL	eye drops, solution	5	mL	bottle	30.00
339	650018	tiotropium	18 mcg	inhalation powder, hard capsule			capsule	21.00
340	789911	triamcinolone acetonide	100 mg/100 g	cream	10	g	tube	18.00
341	648300	triamcinolone acetonide	100 mg/100 g	oral paste	5	g	tube	20.00
342	518854	urea	10 g/100 g	cream	35	g	tube	43.00
343	690657	urea	10 g/100 g	cream	15	g	tube	28.00
344	845918	urea	10 g/100 g	cream	30	g	tube	37.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
345	644552	valproate sodium	200 mg	gastro-resistant tablet			tablet	3.00
346	644620	valproate sodium	500 mg	prolonged-release tablet			tablet	13.00
347	210014	warfarin sodium	5 mg	tablet			tablet	5.00
348	336766	acarbose	50 mg	tablet			tablet	4.00
349	228704	acetazolamide	250 mg	tablet			tablet	2.00
350	230963	aciclovir	800 mg	tablet			tablet	7.00
351	230916	aciclovir	400 mg	tablet			tablet	3.00
352	226551	aciclovir	200 mg	tablet			tablet	2.00
353	582120	albendazole	200 mg/5 mL	oral suspension	10	mL	bottle	13.00
354	231168	albendazole	200 mg	tablet			tablet	2.00
355	227353	albendazole	200 mg	film-coated tablet			tablet	2.00
356	652046	alfuzosin hydrochloride	10 mg	prolonged-release tablet			tablet	6.75
357	235275	allopurinol	100 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
358	234092	allopurinol	100 mg	tablet			tablet	1.00
359	893636	aluminium hydroxide	1.25 g/5 mL	oral suspension	240	mL	bottle	14.00
360	740507	aluminium hydroxide + magnesium hydroxide	220 mg/5 mL + 120 mg/5 mL	oral suspension	240	mL	bottle	17.00
361	743566	aluminium hydroxide + magnesium hydroxide	200 mg/5 mL + 125 mg/5 mL	oral suspension	240	mL	bottle	17.00
362	893731	aluminium hydroxide + magnesium hydroxide	45.9 mg/5 mL + 15 g/5 mL	oral suspension	240	mL	bottle	17.00
363	845109	aluminium hydroxide + magnesium hydroxide	250 mg/5 mL + 100 mg/5 mL	oral suspension	240	mL	bottle	17.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
364	849712	aluminium hydroxide + magnesium hydroxide + simeticone	86.67 mg/5 mL + 100 mg/5 mL + 13.33 mg/5 mL	oral suspension	240	mL	bottle	17.00
365	765242	amiodarone hydrochloride	200 mg	tablet			tablet	5.00
366	200142	amlodipine	5 mg	tablet			tablet	1.00
367	200135	amlodipine	5 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
368	226695	amoxicillin	250 mg	capsule, hard			capsule	1.00
369	229206	amoxicillin + clavulanic acid	500 mg + 125 mg	film-coated tablet			tablet	6.00
370	584611	amoxicillin + clavulanic acid	400 mg/5 mL + 57 mg/5 mL	powder for oral suspension	70	mL	bottle	99.50
371	538415	amoxicillin + clavulanic acid	1 g + 200 mg	powder for solution for injection/infusion			vial	65.00
372	538525	amoxicillin + clavulanic acid	500 mg + 100 mg	powder for solution for injection/infusion			vial	62.00
373	229129	amoxicillin + clavulanic acid	875 mg + 125 mg	film-coated tablet			tablet	7.00
374	528918	antazoline hydrochloride + tetryzoline hydrochloride	50 mg/100 mL + 40 mg/100 mL	eye drops, solution	5	mL	bottle	13.00
375	709946	artificial saliva solution	N/A	oromucosal solution	60	mL	bottle	53.00
376	665283	ascorbic acid	100 mg	tablet			tablet	0.50
377	226800	aspirin	325 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
378	226761	aspirin	325 mg	tablet			tablet	1.00
379	811299	aspirin	81 mg	chewable tablet			tablet	0.50
380	273141	atenolol	25 mg	tablet			tablet	0.50
381	693923	atorvastatin	40 mg	film-coated tablet			tablet	2.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
382	658679	atropine sulfate	1 g/100 mL	eye drops, solution	5	mL	bottle	105.00
383	200556	azathioprine	50 mg	film-coated tablet			tablet	6.00
384	200560	azathioprine	50 mg	tablet			tablet	6.00
385	256284	azithromycin	250 mg	capsule, hard			capsule	12.50
386	248488	baclofen	10 mg	tablet			tablet	1.50
387	365510	benserazide + levodopa	25 mg + 100 mg	dispersible tablet			tablet	9.00
388	359413	benserazide + levodopa	50 mg + 200 mg	tablet			tablet	8.75
389	487705	benzocaine + hydrocortisone acetate + zinc oxide	1 g/100 g + 500 mg/100 g + 20 g/100 g	ointment	10	g	tube	44.00
390	888383	benzyl benzoate	25 g/100 mL	cutaneous suspension	60	mL	bottle	20.50
391	949571	benzyl benzoate	25 g/100 mL	cutaneous emulsion	60	mL	bottle	20.50
392	671736	betamethasone valerate	100 mg/100 g	cream	5	g	tube	10.00
393	264530	bisacodyl	10 mg	suppository			suppository	7.00
394	959625	bisacodyl	5 mg	gastro-resistant tablet			tablet	0.50
395	259842	bisacodyl	5 mg	coated tablet			tablet	0.50
396	781538	budesonide	64 mcg/1 dose	nasal spray, suspension	120	dose	bottle	141.00
397	255312	caffeine + ergotamine tartrate	100 mg + 1 mg	film-coated tablet			tablet	2.75
398	270588	caffeine + ergotamine tartrate	100 mg + 1 mg	tablet			tablet	2.75
399	490792	calamine + camphor + menthol	1.5 g/100 mL + 30 mg/100 mL + 60 mg/100 mL	cutaneous liquid	60	mL	bottle	6.00
400	491445	calamine + zinc oxide	10 g/100 mL + 4.5 g/100 mL	cutaneous liquid	60	mL	bottle	11.50

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
401	265423	calcitriol	0.25 mcg	capsule, soft			capsule	4.00
402	743014	calcium carbonate	350 mg	capsule, hard			capsule	0.50
403	202861	calcium carbonate	1.65 g	film-coated tablet			tablet	3.00
404	760490	calcium carbonate	1.25 g	film-coated tablet			tablet	1.00
405	737737	calcium carbonate	1.25 g	tablet			tablet	1.00
406	678876	calcium carbonate	600 mg	film-coated tablet			tablet	0.50
407	737632	calcium carbonate	600 mg	tablet			tablet	0.50
408	760419	calcium carbonate	350 mg	film-coated tablet			tablet	0.50
409	737595	calcium carbonate	350 mg	tablet			tablet	0.50
410	673177	calcium polystyrene sulfonate	5 g	powder for oral/rectal suspension	5	g	sachet	10.00
411	742379	camphor + capsicum tincture + compound cardamom tincture + strong ginger tincture	10 mg/5 mL + 20 mcL/5 mL + 45 mcL/5 mL + 25 mcL/5 mL	oral solution	240	mL	bottle	13.00
412	798765	camphor + eucalyptus oil + eugenol + menthol + methyl salicylate	1.8 g/100 g + 1.8 g/100 g + 1.36 g/100 g + 5.64 g/100 g + 12.5 g/100 g	cream	25	g	tube	9.00
413	201143	captopril	25 mg	tablet			tablet	2.00
414	272815	carbidopa + levodopa	25 mg + 250 mg	tablet			tablet	5.00
415	272316	carvedilol	25 mg	tablet			tablet	4.00
416	272261	carvedilol	12.5 mg	tablet			tablet	4.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
417	272363	carvedilol	6.25 mg	tablet			tablet	3.00
418	754691	cefalexin	125 mg/5 mL	powder for oral suspension	60	mL	bottle	22.00
419	600050	cefalexin	125 mg/5 mL	powder for syrup	60	mL	bottle	22.00
420	234868	cefalexin	250 mg	capsule, hard			capsule	2.00
421	275409	cefixime	100 mg	capsule, hard			capsule	14.00
422	961302	ceftazidime	1 g	powder for solution for injection			vial	31.00
423	861498	cetirizine hydrochloride	5 mg/5 mL	syrup	60	mL	bottle	12.00
424	602161	cetirizine hydrochloride	5 mg/5 mL	syrup	75	mL	bottle	16.00
425	919979	chlorhexidine gluconate	120 mg/100 mL	gargle/mouthwash	240	mL	bottle	34.50
426	838099	chlorhexidine gluconate	4 g/100 mL	cutaneous solution	30	mL	bottle	20.00
427	817777	chlorhexidine gluconate	120 mg/100 mL	gargle/mouthwash	120	mL	bottle	30.50
428	279220	chloroquine phosphate	250 mg	tablet			tablet	1.00
429	281164	chloroquine phosphate	250 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
430	275292	ciprofloxacin	500 mg	film-coated tablet			tablet	2.00
431	282408	ciprofloxacin	500 mg	tablet			tablet	2.00
432	263189	clarithromycin	500 mg	film-coated tablet			tablet	12.00
433	229782	clindamycin	150 mg	capsule, hard			capsule	2.00
434	229833	clindamycin	300 mg	capsule, hard			capsule	3.00
435	644696	clobetasol propionate	50 mg/100 g	cream	5	g	tube	10.50
436	750835	clotrimazole	1 g/100 mL	ear drops, solution	15	mL	bottle	64.00
437	495562	clotrimazole	1 g/100 g	cream	5	g	tube	9.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
438	270733	clotrimazole	100 mg	vaginal tablet			tablet	2.00
439	495536	clotrimazole	1 g/100 g	cream	15	g	tube	19.00
440	881900	cloxacillin	500 mg	powder for solution for injection			vial	11.00
441	645716	conjugated estrogens	625 mcg	film-coated tablet			tablet	5.00
442	519385	conjugated estrogens	625 mcg	coated tablet			tablet	5.00
443	201877	cyclophosphamide	50 mg	tablet			tablet	6.00
444	326819	deferiprone	500 mg	film-coated tablet			tablet	4.00
445	378285	desmopressin acetate	100 mcg	tablet			tablet	76.00
446	555808	dexamethasone	5 mg/1 mL	solution for injection	1	mL	ampoule	7.00
447	541675	dexamethasone sodium phosphate + neomycin sulfate	100 mg/100 mL + 350 mg/100 mL	ear/eye drops, solution	4	mL	bottle	20.00
448	692105	dextran 70 + hypromellose	100 mg/100 mL + 300 mg/100 mL	eye drops, solution	0.8	mL	unit dose	5.00
449	528607	dextrose	5 g/100 mL	solution for infusion	500	mL	bag	31.00
450	995291	dextrose + potassium chloride + sodium chloride + sodium citrate dihydrate	10.125 g/16.5 g + 1.125 g/16.5 g + 1.95 g/16.5 g + 2.175 g/16.5 g	powder for oral solution	16.5	g	sachet	2.00
451	940000	dextrose + potassium chloride + sodium chloride + sodium citrate dihydrate	1.621 g/2.54 g + 179 mg/2.54 g + 316 mg/2.54 g + 352 mg/2.54 g	powder for oral solution	2.54	g	sachet	2.00
452	858497	dextrose + potassium chloride + sodium chloride + sodium citrate dihydrate	2.025 g/3.3 g + 225 mg/3.3 g +	powder for oral solution	3.3	g	sachet	2.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
			390 mg/3.3 g + 435 mg/3.3 g					
453	744309	dextrose + potassium chloride + sodium chloride + sodium citrate dihydrate	3.375 g/5.5 g + 375 mg/5.5 g + 650 mg/5.5 g + 725 mg/5.5 g	powder for oral solution	5.5	g	sachet	2.00
454	853019	dextrose + potassium chloride + sodium chloride + sodium citrate dihydrate	10.13 g/15.9 g + 1.15 g/15.9 g + 1.97 g/15.9 g + 2.2 g/15.9 g	powder for oral solution	15.9	g	sachet	2.00
455	528258	dextrose + sodium chloride	5 g/100 mL + 450 mg/100 mL	solution for infusion	500	mL	bag	31.00
456	256127	diazepam	5 mg	capsule, hard			capsule	0.50
457	255995	diazepam	2 mg	tablet			tablet	0.50
458	256041	diazepam	5 mg	tablet			tablet	0.50
459	256087	diazepam	2 mg	capsule, hard			capsule	0.50
460	238170	dicloxacillin	500 mg	capsule, hard			capsule	2.00
461	238127	dicloxacillin	250 mg	capsule, hard			capsule	1.50
462	610966	dicloxacillin	62.5 mg/5 mL	powder for syrup	60	mL	bottle	23.00
463	611310	dicloxacillin	62.5 mg/5 mL	powder for oral suspension	60	mL	bottle	22.50
464	611055	dicloxacillin	125 mg/5 mL	powder for syrup	60	mL	bottle	25.00
465	202679	diltiazem hydrochloride	60 mg	tablet			tablet	1.75
466	202622	diltiazem hydrochloride	30 mg	tablet			tablet	1.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
467	266509	dimenhydrinate	50 mg	tablet			tablet	0.50
468	339802	dimenhydrinate	50 mg	film-coated tablet			tablet	0.50
469	979178	diphtheria toxoid + tetanus toxoid	2 Lf/0.5 mL + 7.5 Lf/0.5 mL	suspension for injection	0.5	mL	ampoule	28.50
470	672834	diphtheria toxoid + tetanus toxoid	5 Lf/0.5 mL + 5 Lf/0.5 mL	suspension for injection	0.5	mL	ampoule	27.50
471	532636	dipotassium clorazepate	5 mg	capsule, hard			capsule	1.00
472	614680	domperidone	5 mg/5 mL	oral suspension	30	mL	bottle	7.00
473	255171	domperidone	10 mg	tablet			tablet	0.50
474	300846	domperidone	10 mg	film-coated tablet			tablet	0.50
475	273282	doxazosin	1 mg	tablet			tablet	1.00
476	273351	doxazosin	4 mg	tablet			tablet	1.00
477	317774	doxazosin	4 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
478	317837	doxycycline	100 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
479	226412	doxycycline	100 mg	capsule, hard			capsule	1.00
480	293576	entacapone	200 mg	film-coated tablet			tablet	40.00
481	810850	epinephrine	1 mg/1 mL	solution for injection	1	mL	ampoule	7.00
482	808141	eugenol + menthol + methyl salicylate + thymol	1.5 mL/100 g + 3 g/100 g + 15 mL/100 g + 500 mg/100 g	cream	15	g	tube	13.00
483	1140927	favipiravir	200 mg	film-coated tablet			tablet	11.50
484	810687	fenofibrate	100 mg	capsule, hard			capsule	2.75
485	690867	fenofibrate	200 mg	capsule, hard			capsule	3.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
486	822984	fenoterol hydrobromide + ipratropium bromide	50 mcg/1 dose + 20 mcg/1 dose	pressurised inhalation, solution	200	dose	actuation	209.00
487	737839	ferrous fumarate	200 mg	tablet			tablet	0.50
488	715594	ferrous fumarate	200 mg	film-coated tablet			tablet	0.50
489	767382	ferrous fumarate	200 mg	coated tablet			tablet	0.50
490	737390	ferrous fumarate + folic acid + potassium iodide	185 mg + 400 mcg + 196 mcg	film-coated tablet			tablet	1.00
491	776520	ferrous sulfate	200 mg	coated tablet			tablet	0.50
492	695963	ferrous sulfate	200 mg	film-coated tablet			tablet	0.50
493	263968	fluconazole	200 mg	capsule, hard			capsule	5.00
494	313033	fluconazole	200 mg	capsule, soft			capsule	5.00
495	230389	fluoxetine	20 mg	capsule, hard			capsule	1.00
496	247815	fluoxetine	20 mg	tablet			tablet	1.00
497	764475	fluphenazine decanoate	25 mg/1 mL	solution for injection	1	mL	ampoule	34.00
498	692510	fluticasone furoate	27.5 mcg/1 dose	nasal spray, suspension	120	dose	bottle	274.00
499	690155	fluticasone propionate + salmeterol	250 mcg/1 dose + 50 mcg/1 dose	inhalation powder, pre-dispensed	60	dose	inhalation	543.00
500	816614	fluticasone propionate + salmeterol	125 mcg/1 dose + 25 mcg/1 dose	pressurised inhalation, suspension	120	dose	actuation	208.00
501	689609	folic acid	5 mg	tablet			tablet	0.50
502	314908	furosemide	500 mg	tablet			tablet	2.00
503	646148	fusidic acid	2 g/100 g	cream	5	g	tube	51.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
504	388728	gabapentin	600 mg	film-coated tablet			tablet	5.00
505	388613	gabapentin	400 mg	capsule, hard			capsule	3.25
506	247005	glibenclamide	5 mg	tablet			tablet	0.50
507	336174	glipizide	5 mg	film-coated tablet			tablet	0.50
508	248314	glipizide	5 mg	tablet			tablet	0.50
509	814736	glycerol	1.365 g	suppository			suppository	5.00
510	247940	griseofulvin	125 mg	tablet			tablet	1.00
511	616150	guaifenesin	100 mg/5 mL	syrup	60	mL	bottle	11.00
512	763948	haloperidol	50 mg/1 mL	solution for injection	1	mL	ampoule	75.00
513	807344	hydralazine hydrochloride	50 mg	coated tablet			tablet	1.00
514	733413	hydralazine hydrochloride	25 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
515	782122	hydralazine hydrochloride	25 mg	coated tablet			tablet	1.00
516	845757	hydralazine hydrochloride	50 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
517	731554	hydrogen peroxide	6 g/100 mL	cutaneous solution	450	mL	bottle	32.00
518	343523	hydroxychloroquine sulfate	200 mg	film-coated tablet			tablet	5.00
519	616317	hydroxyzine hydrochloride	10 mg/5 mL	syrup	60	mL	bottle	15.00
520	253316	hydroxyzine hydrochloride	25 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
521	227266	hydroxyzine hydrochloride	10 mg	tablet			tablet	0.50
522	767664	hyoscine butylbromide	20 mg/1 mL	solution for injection	1	mL	ampoule	13.00
523	789687	hyoscine butylbromide	5 mg/5 mL	oral liquid	30	mL	bottle	16.50
524	762374	hyoscine butylbromide	5 mg/5 mL	syrup	30	mL	bottle	16.50
525	643980	hyoscine butylbromide	10 mg	coated tablet			tablet	2.00
526	736384	hyoscine butylbromide	10 mg	tablet			tablet	2.00
527	715093	hyoscine butylbromide	10 mg	film-coated tablet			tablet	2.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
528	700136	hypromellose	300 mg/100 mL	eye drops, solution	10	mL	bottle	31.00
529	204889	ibuprofen	100 mg/5 mL	oral suspension	60	mL	bottle	15.00
530	204993	ibuprofen	400 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
531	204929	ibuprofen	200 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
532	650746	imipramine hydrochloride	25 mg	coated tablet			tablet	1.00
533	992959	insulin human	100 iu/1 mL	solution for injection	3	mL	cartridge	82.00
534	654837	insulin human	100 iu/1 mL	solution for injection	10	mL	vial	84.50
535	992992	insulin human + isophane insulin	30 iu/1 mL + 70 iu/1 mL	suspension for injection	3	mL	cartridge	84.00
536	657748	insulin human + isophane insulin	30 iu/1 mL + 70 iu/1 mL	suspension for injection	10	mL	vial	84.50
537	992971	isophane insulin	100 iu/1 mL	suspension for injection	3	mL	cartridge	94.00
538	657846	isophane insulin	100 iu/1 mL	suspension for injection	10	mL	vial	84.50
539	343216	isosorbide dinitrate	30 mg	tablet			tablet	1.00
540	350816	isosorbide dinitrate	20 mg	tablet			tablet	1.00
541	762083	isosorbide dinitrate	10 mg	tablet			tablet	1.00
542	350580	isosorbide dinitrate	5 mg	sublingual tablet			tablet	1.00
543	341343	itraconazole	100 mg	capsule, hard			capsule	6.00
544	506837	ketoconazole	2 g/100 g	cream	5	g	tube	10.00
545	618179	lactulose	66.7 g/100 mL	syrup	100	mL	bottle	55.00
546	356823	lamotrigine	25 mg	tablet			tablet	9.00
547	526889	latanoprost	5 mg/100 mL	eye drops, solution	2.5	mL	bottle	105.00
548	206069	lercanidipine hydrochloride	20 mg	film-coated tablet			tablet	3.75

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
549	764169	lidocaine hydrochloride	400 mg/20 mL	solution for injection	20	mL	vial	25.00
550	246709	lorazepam	500 mcg	tablet			tablet	0.50
551	206200	losartan potassium	50 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
552	736500	magnesium sulfate	1 g/2 mL	solution for injection/infusion	2	mL	ampoule	11.00
553	529924	mannitol	20 g/100 mL	solution for infusion	250	mL	bag	138.00
554	659161	mebendazole	100 mg/5 mL	oral suspension	30	mL	bottle	11.00
555	206318	medroxyprogesterone acetate	150 mg/3 mL	suspension for injection	3	mL	vial	13.00
556	206568	methotrexate	2.5 mg	tablet			tablet	4.00
557	862352	methotrexate	2.5 mg	film-coated tablet			tablet	4.00
558	899277	methyl salicylate	15 mL/100 g	cream	30	g	tube	16.50
559	823938	methyl salicylate	10.2 g/100 g	cream	30	g	tube	16.00
560	816111	methyl salicylate	17.7 g/100 g	cream	30	g	tube	17.00
561	233579	methyldopa	250 mg	film-coated tablet			tablet	1.75
562	233630	methyldopa	250 mg	tablet			tablet	1.75
563	231293	methyldopa	125 mg	tablet			tablet	1.00
564	231255	methyldopa	125 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
565	431033	methylphenidate hydrochloride	10 mg	tablet			tablet	5.00
566	372936	metoprolol tartrate	100 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
567	261823	metoprolol tartrate	100 mg	tablet			tablet	1.00
568	520626	metronidazole	500 mg/100 mL	solution for infusion	100	mL	vial	19.00
569	327071	metronidazole	200 mg	film-coated tablet			tablet	0.50
570	341124	metronidazole	200 mg	tablet			tablet	0.50

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
571	1231378	molnupiravir	200 mg	capsule, hard	200	mg	capsule	11.50
572	443454	montelukast	5 mg	chewable tablet			tablet	19.00
573	380368	montelukast	10 mg	film-coated tablet			tablet	4.25
574	443355	montelukast	10 mg	tablet			tablet	4.25
575	513546	mupirocin	2 g/100 g	ointment	5	g	tube	38.00
576	207144	nifedipine	20 mg	prolonged-release capsule, hard			capsule	1.50
577	207171	nifedipine	20 mg	prolonged-release tablet			tablet	1.50
578	276785	norfloxacin	200 mg	tablet			tablet	1.00
579	256714	norfloxacin	200 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
580	524049	ofloxacin	300 mg/100 mL	ear drops, solution	5	mL	bottle	172.00
581	207543	omeprazole	40 mg	powder for solution for injection			vial	40.00
582	627388	paracetamol	250 mg/5 mL	oral suspension	55	mL	bottle	18.00
583	408385	perphenazine	2 mg	film-coated tablet			tablet	0.50
584	320723	perphenazine	2 mg	coated tablet			tablet	0.50
585	373233	phenobarbital	60 mg	tablet			tablet	0.50
586	313328	phenytoin	50 mg	chewable tablet			tablet	3.00
587	313257	phenytoin sodium	100 mg	prolonged-release capsule, hard			capsule	4.00
588	522432	pilocarpine	2 g/100 mL	eye drops, solution	15	mL	bottle	79.00
589	230549	pioglitazone	30 mg	tablet			tablet	1.50
590	230475	pioglitazone	15 mg	tablet			tablet	1.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
591	519521	potassium chloride	200 meq/100 mL	concentrate for solution for infusion	10	mL	unit dose	8.00
592	901940	povidone iodine	10 g/100 mL	cutaneous solution	30	mL	bottle	19.00
593	482621	prazosin	2 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
594	254281	prazosin	2 mg	tablet			tablet	1.00
595	516090	prednisolone	500 mg/100 g	cream	5	g	tube	6.00
596	1172270	prednisolone	500 mg/100 g	cream	10	g	tube	7.00
597	274109	procaterol	50 mcg	tablet			tablet	4.00
598	633537	procaterol	5 mcg/1 mL	syrup	60	mL	bottle	38.00
599	274052	procaterol	25 mcg	tablet			tablet	3.00
600	674015	pseudoephedrine hydrochloride	60 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
601	261615	pyridoxine hydrochloride	100 mg	tablet			tablet	1.00
602	522631	salbutamol	500 mg/100 mL	nebuliser solution	20	mL	bottle	50.00
603	527368	salbutamol	100 mcg/1 dose	pressurised inhalation, suspension	200	dose	actuation	51.00
604	848860	salbutamol	2.5 mg/2.5 mL	nebuliser solution	2.5	mL	unit dose	8.00
605	780898	salbutamol	200 mcg/1 dose	inhalation powder	200	dose	inhalation	120.00
606	687120	senna glycosides	7.5 mg	tablet			tablet	1.00
607	652235	sertraline	50 mg	film-coated tablet			tablet	3.00
608	731391	silver sulfadiazine	1 g/100 g	cream	5	g	tube	10.00
609	232381	simeticone	80 mg	chewable tablet			tablet	1.00
610	208632	simvastatin	40 mg	film-coated tablet			tablet	1.50
611	208595	simvastatin	10 mg	film-coated tablet			tablet	0.50
612	768743	sodium bicarbonate	7.5 g/100 mL	solution for injection	50	mL	ampoule	32.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
613	962442	sodium chloride	900 mg/100 mL	solution for infusion	500	mL	bottle	31.00
614	807606	sodium chloride	900 mg/100 mL	irrigation solution	100	mL	bottle	30.00
615	849224	sodium chloride	450 mg/100 mL	solution for infusion	500	mL	bag	31.50
616	790030	sodium chloride	450 mg/100 mL	solution for infusion	500	mL	bottle	31.50
617	801505	sodium chloride	900 mg/100 mL	solution for infusion	500	mL	bag	31.00
618	789504	sodium chloride	900 mg/100 mL	irrigation solution	1	L	bottle	31.00
619	521305	sodium chloride	900 mg/100 mL	solution for injection	3	mL	unit dose	3.00
620	801522	sodium chloride	900 mg/100 mL	solution for infusion	1	L	bag	31.00
621	1127687	sodium chloride	900 mg/100 mL	irrigation solution	150	mL	bottle	23.00
622	521322	sodium chloride	900 mg/100 mL	solution for injection	5	mL	unit dose	3.00
623	840086	sodium chloride	900 mg/100 mL	solution for injection	5	mL	ampoule	3.00
624	233454	spironolactone	25 mg	tablet			tablet	1.00
625	314730	spironolactone	25 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
626	208841	sucralfate	1 g	tablet			tablet	5.00
627	636069	sulfamethoxazole + trimethoprim	200 mg/5 mL + 40 mg/5 mL	oral suspension	60	mL	bottle	12.00
628	636318	sulfamethoxazole + trimethoprim	200 mg/5 mL + 40 mg/5 mL	oral suspension	50	mL	bottle	9.00
629	232254	sulfamethoxazole + trimethoprim	800 mg + 160 mg	tablet			tablet	1.00
630	988060	sulfasalazine	500 mg	gastro-resistant tablet			tablet	3.00
631	1173750	sulfur	6 g/100 g	ointment	10	g	jar	8.25
632	985642	terbutaline sulfate	1.5 mg/5 mL	syrup	60	mL	bottle	9.00
633	910975	terbutaline sulfate	2.5 mg	tablet			tablet	0.50

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
634	672691	tetanus toxoid	10 Lf/0.5 mL	suspension for injection	0.5	mL	ampoule	24.50
635	779746	tetracaine hydrochloride	500 mg/100 mL	eye drops, solution	15	mL	bottle	84.00
636	231818	theophylline	200 mg	prolonged-release capsule, hard			capsule	1.75
637	302568	thioridazine	100 mg	coated tablet			tablet	3.00
638	522696	timolol	500 mg/100 mL	eye drops, solution	5	mL	bottle	46.50
639	444435	tizanidine	4 mg	tablet			tablet	5.00
640	444367	tizanidine	2 mg	tablet			tablet	3.00
641	580655	tramadol hydrochloride	50 mg/1 mL	solution for injection	1	mL	ampoule	7.00
642	992900	tramadol hydrochloride	100 mg/2 mL	solution for injection	2	mL	ampoule	8.00
643	758444	trazodone	50 mg	film-coated tablet			tablet	2.00
644	644864	trazodone	50 mg	tablet			tablet	2.00
645	849749	triamcinolone acetonide	100 mg/100 g	cutaneous emulsion	30	mL	bottle	18.50
646	819444	triamcinolone acetonide	100 mg/100 mL	cutaneous emulsion	30	mL	bottle	18.50
647	789417	triamcinolone acetonide	100 mg/100 mL	cutaneous solution	30	mL	bottle	18.50
648	881512	triamcinolone acetonide	10 mg/1 mL	suspension for injection	1	mL	vial	15.50
649	889546	triamcinolone acetonide	100 mg/100 g	cream	5	g	jar	10.00
650	671974	triamcinolone acetonide	100 mg/100 g	cream	5	g	tube	10.00
651	671919	triamcinolone acetonide	20 mg/100 g	cream	5	g	tube	9.00
652	643174	triamcinolone acetonide	100 mg/100 g	cream	15	g	tube	18.00
653	799008	triamcinolone acetonide	100 mg/100 g	oral paste	1	g	sachet	5.00
654	643119	triamcinolone acetonide	20 mg/100 g	cream	15	g	tube	16.00
655	523143	tropicamide	1 g/100 mL	eye drops, solution	15	mL	bottle	253.00
656	519005	urea	20 g/100 g	cream	35	g	tube	38.00

ลำดับ	รหัส (GPUID)	Generic name (ชื่อสามัญทางยา)	Strength (ความแรงของยา)	Dosageform (รูปแบบของยา)	Cont value (ปริมาณ)	Contunit (หน่วยนับ)	DispUnit (หน่วยการจ่าย)	อัตราจ่าย
657	209810	verapamil hydrochloride	240 mg	prolonged-release tablet			tablet	14.00
658	209823	verapamil hydrochloride	40 mg	film-coated tablet			tablet	1.00
659	209834	verapamil hydrochloride	40 mg	coated tablet			tablet	1.00
660	210005	warfarin sodium	4 mg	tablet			tablet	2.00
661	760028	water	N/A	solution for injection	5	mL	ampoule	3.25
662	521367	water	N/A	solution for injection	10	mL	unit dose	3.25
663	760059	water	N/A	solution for injection	10	mL	ampoule	3.25
664	915466	zinc oxide	25 g/100 g	cream	30	g	jar	30.00

หมายเหตุ : กรณีรายการยาที่อยู่ใน Fee Schedule หากถูกตัดออกจากบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว ให้เป็นไปตามเงื่อนไขของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

หมวด ๕
ค่าเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา
1	020700	สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่กระเพาะอาหาร (Nasogastric tube) ระยะสั้น	เส้น	15.00
2	023803	ถุงเก็บน้ำปัสสาวะชิ้งต่อจากสายสวนระยะยาว ชนิดใบใหญ่	ถุง	15.00
3	OP5001	Suction Tube	ชิ้น	10.00
4	OP5002	SYRINGE INSULIN	ชิ้น	5.00
5	OP5004	NEBULIZER WITH MASK (ชุดพ่นยา)	ชิ้น	100.00
6	OP5005	DRESSING SET (ชุดทำแผล)	SET	18.00
7	OP5006	ผ้าอ้อมผู้ใหญ่	ชิ้น	9.50

หมายเหตุ : จ่ายชดเชยเฉพาะรายการที่ไม่ได้รับการจ่ายชดเชยจากกองทุนอื่น ๆ

หมวด ๖
ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
1	22106	ABO Cell grouping - Slide method (ในกรณีตรวจหมู่เลือดซ้ำเท่านั้น)	Test	30.00	เฉพาะผู้ป่วยที่ให้เลือดเท่านั้น หากเป็นรายการในการฝากครรภ์ (ANC) ให้เบิกใน PP

หมวด ๗
ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา (LAB) หมายถึง ค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยให้คิดค่าบริการรวมค่าน้ำยาและวัสดุสิ้นเปลือง ค่าเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ และค่าบริการในการจัดเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วย

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
1	30101	CBC (+diff+RBC morphology+plt count) Automation	Test	90.00	
2	30102	Complete blood count without smear	Test	60.00	
3	30103	Reticulocyte count	Test	40.00	
4	30104	Hematocrit	Test	30.00	
5	30105	ESR (Erythrocyte Sedimentation rate)	Test	50.00	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
6	30113	Erythrocyte Inclusion body	Test	40.00	
7	30119	ABO Cell grouping	Test	50.00	เฉพาะผู้ป่วยที่ให้เลือดเท่านั้น : หากเป็นการตรวจกรณีฝากครรภ์ (ANC) ให้เบิกใน PP
8	30121	Rh. (D) typing	Test	40.00	เฉพาะผู้ป่วยที่ให้เลือดเท่านั้น : หากเป็นการตรวจกรณีฝากครรภ์ (ANC) ให้เบิกใน PP
9	30124	L.E.Cell preparation,stain,examination	Test	150.00	
10	30126	Malarial Film	Test	50.00	
11	30201	Prothombin Time (PT) and International Normalize Ratio (INR)	Test	75.00	
12	30202	Partial Thomboplastin Time (PTT)	Test	85.00	
13	30203	Thrombin Time (TT)	Test	80.00	
14	30306	Ferritin	Test	310.00	
15	30313	Hemoglobin typing	Test	260.00	
16	31001	Urinalysis (Physical + Chemical + Microscopic) PANEL.UA	Test	60.00	
17	31003	pH, Urine	Test	20.00	ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการเบิก UA
18	31004	Albumin, Urine (Qualitative)	Test	10.00	
19	31005	Glucose, Urine (Qualitative)	Test	10.00	
20	31101	Pregnancy test, Urine	Test	70.00	
21	31201	Direct smear, Stool (Blood Cell Count Panel)	Test	30.00	
22	31203	Occult Blood	Test	30.00	
23	31307	Filariasis - Giemsa stain	Test	190.00	
24	31503	HSV detection - Tzank’s smear (Wright's stain)	Test	80.00	
25	32001	Electrolyte (Na,K,Cl,CO2)	Test	100.00	
26	32003	Liver Function Test	Test	290.00	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
27	32004	Lipid Profile (Cholesterol,HDL-Chol,LDL-chol, TG)	Test	200.00	
28	32102	Sodium	Test	40.00	
29	32103	Potassium	Test	40.00	
30	32106	Calcium (Serum or Plasma, mg/dL)	Test	50.00	
31	32107	Magnesium	Test	50.00	
32	32109	Phosphorus	Test	50.00	
33	32201	BUN (Blood Urea Nitrogen)	Test	40.00	
34	32202	Creatinine	Test	40.00	
35	32203	Glucose (Blood, Urine, Other) (Quantitative)	Test	40.00	
36	32204	Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) ระดับ plasma glucose 2 ครั้ง	Test	170.00	
37	32205	Uric acid (Urate) (Quantitative)	Test	60.00	
38	32207	Bilirubin,Direct	Test	40.00	
39	32208	Bilirubin, Total	Test	40.00	
40	32218	Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) ระดับ plasma glucose ไม่ต่ำกว่า 4 ครั้ง	Test	300.00	
41	32303	Amylase (blood)	Test	100.00	
42	32304	Creatinine Phosphokinase (CPK) (Creatine kinase) (Quantitative)	Test	75.00	
43	32306	LDH	Test	60.00	
44	32309	Alkaline Phosphatase	Test	40.00	
45	32310	SGOT (AST)	Test	40.00	
46	32311	SGPT(ALT)	Test	40.00	
47	32312	GGT (Gamma glutamyl transpeptidase)	Test	130.00	
48	32401	Hb A1C	Test	150.00	ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี
49	32403	Albumin	Test	30.00	
50	32501	Lipid - Cholesterol	Test	60.00	ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการเบิก Lipid Profile
51	32502	Lipid-TG (Triglyceride)	Test	60.00	
52	32503	Lipid - HDL - cholesterol Cholesterol in HDL	Test	100.00	ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการเบิก Lipid Profile

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
53	32504	Lipid-LDL-chol (direct)	Test	150.00	
54	32608	Thyroid hormone – TSH	Test	170.00	
55	32610	Thyroid hormone – Free T4	Test	150.00	
56	32611	Thyroid hormone - T3 (Tri - iodothyroxine) (Triiodothyronine)	Test	150.00	ต้องไม่เบิกซ้ำซ้อนกับรหัส 32612 : FT3
57	32612	Thyroid hormone – Free T3	Test	170.00	
58	32618	Estradiol	Test	170.00	สำหรับการวินิจฉัยผู้ป่วยวัยทองเท่านั้น
59	33110	Lithium (quantitative)	Test	380.00	สำหรับผู้ป่วยที่ทานยาลิเธียม เท่านั้น
60	33123	Benzodiazepine (qualitative)	Test	100.00	ตรวจเพื่อการรักษาเท่านั้น
61	33701	Amphetamine	Test	100.00	ตรวจเพื่อการรักษาเท่านั้น
62	33705	Marijuana (Cannabinoid) วิธี immunoassay	Test	145.00	ตรวจเพื่อการรักษาเท่านั้น
63	33708	Methamphetamine (qualitative)	Test	100.00	ตรวจเพื่อการรักษาเท่านั้น
64	33709	Methamphetamine, Confirm test (quantitative)	Test	1,000.00	ตรวจเพื่อการรักษาเท่านั้น
65	33710	Morphine (quantitative)	Test	100.00	ตรวจเพื่อการรักษาเท่านั้น
66	33725	Opiates (quantitative)	Test	450.00	ตรวจเพื่อการรักษาเท่านั้น
67	34101	Urine Creatinine	Test	40.00	
68	34103	Total protein, Urine random (Quantitative)	Test	40.00	
69	34116	Urine Microalbumin (Automate)	Test	270.00	
70	34301	Total protein (Quantitative)	Test	60.00	
71	35001	AFB stain (Acid-Fast Bacilli stain)	Test	60.00	
72	35002	Gram Stain	Test	65.00	
73	35004	KOH preparation	Test	60.00	
74	35007	Wet smear for ova/parasite	Test	60.00	
75	35101	Aerobic culture and sensitivity	Test	250.00	
76	36003	Treponema pallidum - VDRL (RPR) (Reagin Ab, D400	Test	50.00	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
77	36006	Treponema pallidum - TPHA	Test	100.00	
78	36302	Hepatitis A virus - Anti HAV IgM (ELISA)	Test	400.00	
79	36317	Hepatitis B virus HBs Ab detection	Test	150.00	
80	36318	Hepatitis B virus HBs Ag (Hepatitis B surface antigen) - PHA	Test	70.00	
81	36319	Hepatitis B virus HBs Ag (Hepatitis B surface antigen) - ELISA, MEIA, ECLIA	Test	130.00	
82	36331	Hepatitis C virus HCV Ab (Hepatitis C Antibody)	Test	300.00	
83	36506	Influenza A and B virus Ag (rapid test)	Test	350.00	
84	36598	SARS coronavirus 2 Ag (+/-) in Respiratory specimen by Chromatography	ครั้ง	150.00	
85	36610	Dengue virus Ab (qualitative)	Test	260.00	
86	36614	Dengue virus Ag NS1	Test	260.00	
87	37001	Rheumatoid factor - Latex (Qualitative)	Test	80.00	
88	37227	Cryptococcal Ag, serum/CSF/other body fluid (Qualitative)	Test	270.00	
89	37302	Alpha Fetoprotein (AFP) (Alpha-1-Fetoprotein)	Test	250.00	
90	37308	CEA (Carcinoembryonic antigen)	Test	280.00	
91	37310	PSA (Prostate-specific antigen)	Test	300.00	

หมวด ๘
ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
1	41001	ภาพถ่าย x-ray ทั่วไป	film	200.00	
2	41003	ภาพถ่ายเอกซเรย์ดิจิทัล	film	250.00	
3	41202	Dental film	film	80.00	
4	41204	Dental ดิจิทัล	film	120.00	
5	43502	US Whole abdomen	ครั้ง	850.00	เป็นการวินิจฉัยโรคทางช่องท้องอื่น ๆ นอกเหนือจากการฝากครรภ์
6	43506	US: Upper abdomen	ครั้ง	800.00	
7	43507	US: Lower abdomen/ Pelvis	ครั้ง	800.00	

หมวด ๙
ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
1	51220	Refraction and strabismus examination	ครั้ง	200.00	
2	51230	Routine hearing test (Audiogram)	ครั้ง	150.00	
3	51231	Special hearing test (Tympanogram)	ครั้ง	150.00	
4	51240	Speech evaluation	ครั้ง	150.00	
5	51310	Lung Function Test - Spirometry (Peak flow)	ครั้ง	30.00	
6	51311	Lung Function Test - Spirometry (Pulmonary Function Test)	ครั้ง	300.00	
7	51312	Lung Function Test - Spirometry (Pre & post Brochodilater PFT)	ครั้ง	400.00	
8	51410	E.C.G (Electrocardiography)	ครั้ง	200.00	
9	51901	ทดสอบเชาวน์ปัญญา	ครั้ง	200.00	
10	51902	ทดสอบบุคลิกภาพ	ครั้ง	300.00	
11	51910	Standardized occupational therapy assessment (DDST, reflex testing, dexterity)	ครั้ง	100.00	
12	51911	Non-standardized OT assessment	ครั้ง	80.00	
13	51912	Group assessment (no later than 5 clients per one OT)	ครั้ง	80.00	
14	OP9001	ถ่ายภาพจอประสาทตา 2 ข้าง (fundus camera examination)	ครั้ง	325.00	

หมวด ๑๐
ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา
1	52320	ค่าออกซิเจน ไม่เกิน 8 ชม.	ครั้ง	160.00

หมวด ๑๑
ค่าทำหัตถการและวิสัญญี

ค่าทำหัตถการ หมายถึง ค่าบริการเหมาตามรายการหัตถการต่าง ๆ รวมถึงการผ่าตัด การคิดค่าบริการประกอบด้วย

1. ค่าอุปกรณ์ ของใช้ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในการทำหัตถการทุกชนิด
2. ค่ายาพื้นฐานที่ใช้ในการทำหัตถการทุกชนิด
3. ค่าวัสดุสิ้นเปลืองพื้นฐานที่ใช้ในการทำหัตถการทุกชนิด

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
1	71011	การฟื้นคืนชีพ	ครั้ง	900.00	
2	71210	Remove eye foreign body	ครั้ง	70.00	
3	71211	I & D ทางตา (ต่อข้าง)	ครั้ง	90.00	
4	71220	การขยายม่านตาและดูจอประสาทตา	ครั้ง	50.00	
5	71230	เอาสิ่งแปลกปลอมออกจากหู	ครั้ง	100.00	
6	71240	เอาสิ่งแปลกปลอมออกจากจมูก	ครั้ง	120.00	
7	71241	Nasal Packing, anterior	ครั้ง	120.00	
8	71242	Nasal Packing, anterior and posterior	ครั้ง	1,000.00	
9	71260	เอาสิ่งแปลกปลอมออกจากคอ	ครั้ง	120.00	
10	71310	การใส่ท่อหลอดลมคอ (ไม่รวมท่อ)	ครั้ง	180.00	
11	71550	การส่องตรวจทวารหนัก (Proctoscopy)	ครั้ง	40.00	
12	71710	เจาะน้ำออกจากข้อ	ครั้ง	150.00	
13	71711	การฉีดยาเข้าข้อ	ครั้ง	120.00	
14	71720	ตัดเฝือก	ครั้ง	100.00	
15	71724	ดามนิ้ว (Finger splint)	ครั้ง	100.00	
16	71725	ดามข้อ หรือดามกระดูกภายนอกชั่วคราว	ครั้ง	300.00	
17	71730	Short arm AP slab	ครั้ง	250.00	
18	71731	Short arm volar slab	ครั้ง	180.00	
19	71732	Ulnar gutter	ครั้ง	220.00	
20	71733	Radius gutter	ครั้ง	220.00	
21	71734	Long arm AP slab	ครั้ง	380.00	
22	71735	Long arm post. slab	ครั้ง	340.00	
23	71736	U slab	ครั้ง	380.00	
24	71737	Thumb spica slab	ครั้ง	220.00	
25	71738	Short leg AP slab	ครั้ง	500.00	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
26	71739	Short leg post. slab	ครั้ง	400.00	
27	71740	Long leg AP slab	ครั้ง	850.00	
28	71741	Long leg post. slab	ครั้ง	750.00	
29	71742	Knee AP slab	ครั้ง	650.00	
30	71743	Knee post. Slab	ครั้ง	550.00	
31	71750	Short arm cast (เข้าเฝือกปูน)	ครั้ง	250.00	*เฉพาะแพทย์ศัลยกรรมกระดูก
32	71751	Long arm cast (เข้าเฝือกปูน)	ครั้ง	380.00	
33	71752	Thumb spica cast	ครั้ง	250.00	
34	71753	Short leg cast (เข้าเฝือกปูน)	ครั้ง	420.00	
35	71754	Long leg cast (เข้าเฝือกปูน)	ครั้ง	800.00	
36	71755	Short leg walking cast	ครั้ง	500.00	
37	71756	Club foot cast (long leg cast สำหรับเด็ก)	ครั้ง	250.00	
38	71757	Knee cast (เข้าเฝือกปูน)	ครั้ง	570.00	
39	71758	PTB (Patella tention banding) cast (เข้าเฝือกปูน)	ครั้ง	800.00	
40	71760	Body jactket (เข้าเฝือกปูน)	ครั้ง	1,900.00	
41	71761	Single hip spica	ครั้ง	1,500.00	
42	71762	Double hip spica	ครั้ง	1,800.00	
43	71763	Shoulder spica	ครั้ง	1,300.00	
44	71764	Minerva cast	ครั้ง	2,000.00	
45	71770	Short arm volar slab	ครั้ง	260.00	
46	71771	Short arm post. slab	ครั้ง	500.00	
47	71772	Long arm post. Slab	ครั้ง	500.00	
48	71773	Thumb spica slab	ครั้ง	420.00	
49	71774	Long leg post. Slab	ครั้ง	1,100.00	
50	71775	Knee slab	ครั้ง	680.00	
51	71780	Short arm cast (เข้าเฝือกพลาสติก)	ครั้ง	670.00	*เฉพาะแพทย์ศัลยกรรมกระดูก
52	71781	Long arm cast (เข้าเฝือกพลาสติก)	ครั้ง	1,350.00	
53	71782	Short leg cast (เข้าเฝือกพลาสติก)	ครั้ง	1,750.00	
54	71783	Long leg cast (เข้าเฝือกพลาสติก)	ครั้ง	3,300.00	
55	71784	Knee cast (เข้าเฝือกพลาสติก)	ครั้ง	1,750.00	
56	71820	การฉีดยาเข้าผิวหนังเพื่อการรักษาโรค (Intralesional injection)	ครั้ง	60.00	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
57	71821	การรักษาด้วยการจี้ เช่น Podophyllin	ครั้ง	130.00	
58	71822	การจี้ด้วยไฟฟ้า	ครั้ง	250.00	
59	71830	เย็บแผลทั่วไป	ครั้ง	350.00	
60	71831	ถอดเล็บ	ครั้ง	300.00	
61	71832	ผ่า Sebaceous cyst	ครั้ง	500.00	
62	71833	จี้หูด	ครั้ง	300.00	
63	71834	ผ่าฝี	ครั้ง	300.00	
64	71835	ฝานตาปลา	ครั้ง	80.00	

หมวด ๑๒

ค่าบริการทางการพยาบาล

ค่าบริการพยาบาล : ราคาที่กำหนดคิดรวมอุปกรณ์/วัสดุพื้นฐาน

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
1	55020	ค่าบริการผู้ป่วยนอกและค่าธรรมเนียมทางการแพทย์ (ในเวลาราชการ)	วัน	50.00	
2	55021	ค่าบริการผู้ป่วยนอกและค่าธรรมเนียมทางการแพทย์ (นอกเวลาราชการ)	วัน	50.00	
3	55210	การล้างตา	ครั้ง (visit)	70.00	
4	55211	เช็ดตา	ครั้ง (visit)	40.00	
5	55220	ค่าล้างจมูก	ครั้ง (visit)	70.00	
6	55310	การช่วยทางเดินหายใจให้โล่ง (Clear air way)	ครั้ง (visit)	80.00	รวม Airway
7	55311	ค่าดูดเสมหะ suction	ครั้ง (visit)	50.00	- รวมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ เช่น O2, ถุงมือ - ไม่รวมสาย Suction
8	55320	การพ่นยาขยายหลอดลม	ครั้ง (visit)	50.00	- รวมทุกอย่าง เช่น Syringe, Needle, O2, NSS - ไม่รวมยา
9	55510	การใส่สายยางกระเพาะอาหาร	ครั้ง	70.00	
10	55511	การให้อาหารทางสายยาง	ครั้ง	60.00	
11	55512	การล้างกระเพาะอาหาร	ครั้ง	220.00	
12	55521	การสวนอุจจาระด้วยน้ำเกลือ	ครั้ง	80.00	
13	55610	การสวนปัสสาวะทิ้ง	ครั้ง	90.00	รวมสายสวนและน้ำยา
14	55611	การสวนปัสสาวะคาสาย	ครั้ง	90.00	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
15	55612	การล้างกระเพาะปัสสาวะ	ครั้ง	130.00	
16	55620	การตรวจภายใน	ครั้ง	100.00	
17	55621	การสวนล้างช่องคลอด	ครั้ง	200.00	
18	55810	การทำแผลแห้ง / แผลเย็บ	ครั้ง	70.00	
19	55811	การทำแผลเปิด / แผลติดเชื้อ	ครั้ง	140.00	
20	55812	การทำแผลเปิดขนาดใหญ่ (> 10 นาที)	ครั้ง	270.00	
21	55820	การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	ครั้ง	100.00	
22	55822	การฉีดยา IV	ครั้ง	20.00	รวมเข็ม และ Syringe
23	55823	การฉีดยา IM	ครั้ง	20.00	รวมเข็ม และ Syringe
24	55824	การฉีดยาใต้ผิวหนัง	ครั้ง	20.00	รวมเข็ม และ Syringe

หมวด ๑๓
ค่าบริการทันตกรรมรักษา

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
1	62101	ถอนฟัน	ซี่	200.00	
2	62102	ถอนฟันที่ยาก (เช่น กรอแบ่งรากฟัน)	ซี่	350.00	
3	62103	ผ่าตัดเอารากฟันตกค้างออก (Surgical Removal of Residual Tooth Root)	ซี่	380.00	
4	62104	ผ่าตัดฟันคุดโดยไม่ต้องกรอกระดูกและฟัน (Soft Tissue Impaction)	ซี่	350.00	
5	62105	ผ่าตัดฟันคุดหรือฟันฝังโดยกรอกระดูกและฟัน (Bony Impaction or Embedded Tooth) - Partial Bony	ซี่	700.00	
6	62106	ผ่าตัดฟันคุดหรือฟันฝังโดยกรอกระดูกและฟัน (Bony Impaction or Embedded Tooth) - Complete Bony	ซี่	1,000.00	
7	62203	Excision of Pericoronal Gingiva	ซี่	350.00	
8	62205	Debridement and Suturing แผลในช่องปาก	ครั้ง	400.00	
9	62206	ขลิบและแต่งกระดูกเพื่อใส่ฟัน (Alveolectomy/ Alveoloplasty)	ตำแหน่ง	500.00	
10	62216	เจาะถุงหนองภายในช่องปาก	ตำแหน่ง	340.00	
11	62217	เจาะถุงหนองภายนอกช่องปาก (ภายใต้ยาชาเฉพาะที่)	ตำแหน่ง	530.00	
12	62501	ล้างแผลในช่องปาก	ครั้ง	130.00	
13	62502	ใส่ยารักษา Dry Socket	ครั้ง	150.00	
14	63101	เอ็นโดดอนต์บำบัดฉุกเฉิน	ซี่	700.00	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
15	63102	Pulpotomy - ฟันน้ำนม	ซี่	480.00	
16	63104	ทำ Pulpectomy (ฟันน้ำนม) - ฟันหน้า	ซี่	820.00	
17	63105	ทำ Pulpectomy (ฟันน้ำนม) - ฟันหลัง	ซี่	970.00	
18	63110	การรักษาคลองรากฟัน - ฟันหน้า	ซี่	1,750.00	
19	63111	การรักษาคลองรากฟัน - ฟันกรามน้อย (เหมาจ่าย 1-3 ราก)	ซี่	2,500.00	
20	63112	การรักษาคลองรากฟัน - ฟันกราม (เหมาจ่าย 1-4 ราก)	ซี่	3,500.00	
21	64101	ขูดหินน้ำลาย ทั้งปาก	ทั้งปาก	280.00	
22	64102	Root planning/Curettage	Qualdant	400.00	
23	64131	แก้ไขการสบฟันผิดปกติ - เฉพาะตำแหน่ง	ครั้ง	240.00	
24	64140	รักษาอาการเสียวฟันโดยการทายา	ซี่	170.00	
25	64123	Gingivectomy or Gingivoplasty	ซี่	400.00	
26	67101	อุดฟันชั่วคราว / Pulp capping	ซี่	200.00	
27	67201	อุดฟันด้วยวัสดุ Amalgam - ด้านเดียว	ซี่	260.00	
28	67202	อุดฟันด้วยวัสดุ Amalgam - 2 ด้าน	ซี่	360.00	
29	67203	อุดฟันด้วยวัสดุ Amalgam - 3 ด้านขึ้นไป	ซี่	500.00	
30	67210	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน (Composite, Gl, Flowable Composite) - ด้านเดียว	ซี่	360.00	
31	67211	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน 2 ด้าน	ซี่	500.00	
32	67212	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน 3 ด้านขึ้นไป	ซี่	500.00	

หมวด ๑๔
กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่น ๆ

หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยที่ขึ้นทะเบียนศักยภาพ มีเครื่องมือและมีนักกายภาพบำบัด กรณีให้บริการจิตบำบัด ต้องเป็นหน่วยที่ขึ้นทะเบียนศักยภาพ มีจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาคลินิกหรือพยาบาลจิตเวช

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา
1	56001	การประคบด้วยแผ่นความร้อน (Hydrocollator)	ครั้ง/วัน	60.00
2	56002	การกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า (Electrical Stimulation)	ครั้ง	65.00
3	56003	การรักษาด้วยคลื่นเสียง (Ultrasound Diathermy)	ครั้ง	65.00
4	56004	การรักษาด้วยคลื่นสั้น (Short Wave Diathermy)	ครั้ง	75.00
5	56005	การรักษาด้วยคลื่นเลเซอร์ (Laser Therapy)	ครั้ง	295.00
6	56006	การแช่พาราฟิน (Parafin Bath)	ครั้ง	130.00
7	56007	การกดจุดและการนวด (Acupressure& Massage)	ครั้ง/วัน	80.00

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา
8	56008	การพันเทป (Taping)	ครั้ง	55.00
9	56009	การออกกำลังกายทั่วไป (Exercise)	ครั้ง	90.00
10	56010	การออกกำลังกายด้วยเครื่องน้ำอุ่นวน (Whirlpool)	ครั้ง	125.00
11	56011	การออกกำลังกายด้วยจักรยานอยู่กับที่ หรือลู่วิ่งกล (Ergometer Bicycle or Treadmill)	ครั้ง	110.00
12	56020	สอนญาติและผู้ป่วยปฏิบัติตนที่บ้าน (Home Program)	ครั้ง	105.00
13	56101	การฝึกเด็กพิการทางสมอง (Cerebral Palsy Training)	ครั้ง	225.00
14	56110	การปรับยืนด้วยเตียง (Tilt Table)	ครั้ง	90.00
15	56111	การฝึกเดิน (Ambulation Training)	ครั้ง	90.00
16	56120	การดึงคอด้วยเครื่อง (Cervical Traction)	ครั้ง	75.00
17	56121	การดึงหลังด้วยเครื่อง (Pelvic Traction)	ครั้ง	75.00
18	56301	การรักษาผู้ป่วยทางเดินหายใจ (Chest Therapy)	ครั้ง	100.00
19	56701	การเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ (Passive Movement)	ครั้ง	90.00
20	56702	การดัดดึงข้อต่อ (Manipulation & Mobilization)	ครั้ง	90.00
21	57001	ADL Training, physical, psychological and kinetic training	ครั้ง/วัน	65.00
22	57101	Balance/Coordination Training	ครั้ง	80.00
23	57102	Oromotor Stimulation	ครั้ง	80.00
24	57501	ADL (Feeding)	ครั้ง	90.00
25	57502	Swallowing & eating	ครั้ง	55.00
26	57701	Amputation	ครั้ง	80.00
27	57702	Hand Function Training	ครั้ง	90.00
28	57703	CPM Elbow	ครั้ง	40.00
29	57705	Splinting/Adaptive Device Making	ครั้ง	75.00
30	57707	Muscle Re-education/Normalize Muscle Tone	ครั้ง	80.00
31	57709	Biometric UE Exercise	ครั้ง	40.00
32	57710	Sketboard	ครั้ง	30.00
33	57711	OB.Help Arm	ครั้ง	30.00
34	57901	Developmental Stimulation	ครั้ง	110.00
35	57902	Developmental Training/Stimulation	ครั้ง	75.00
36	57903	Perception/Cognitive Training	ครั้ง	80.00
37	57904	Attention/Concentration Training	ครั้ง	70.00

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา
38	57905	Psychiatric Training	ครั้ง	90.00
39	57906	Preschool Training	ครั้ง	55.00
40	57907	Social Skill Training	ครั้ง	175.00
41	57908	Task and Activity for Behavioral Modification	ครั้ง	75.00
42	57909	Prespeech Training	ครั้ง	70.00
43	57910	Prevocational Training	ครั้ง	130.00

หมวด ๑๖
ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

ค่าพาหนะรับส่งต่อกรณีส่งผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินเข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิแล้วมีความจำเป็นต้องส่งต่อโรงพยาบาลโดยรถพยาบาล

รหัส	รายการ	อัตราการจ่ายชดเชย	หมายเหตุ
S1801	ค่าพาหนะรับส่งต่อ กรณีระยะทางไป-กลับ ไม่เกิน 50 กิโลเมตร	จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 500 บาท	เฉพาะหน่วยบริการที่มีรถพยาบาลรับส่งต่อ (Ambulance)
S1802	ค่าพาหนะรับส่งต่อ กรณีระยะทางไป-กลับ เกิน 50 กิโลเมตร	จ่ายเพิ่มเติม กิโลเมตรละ 4 บาท	

รายการค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีค่าใช้จ่ายสูง (OP High cost) ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน ๘๐ รายการ

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมวด	หมายเหตุ
1	23151	Whole Blood	Unit	740.00	6	
2	23152	Whole Blood (NAT)	Unit	1,000.00	6	
3	23101	Whole Blood (สภากาชาด)	Unit	600.00	6	
4	23154	Leukocyte Depleted Whole Blood (LDWB) (NAT)	Unit	1,800.00	6	
5	23102	Leukocyte Depleted Whole Blood (LDWB) (สภากาชาด)	Unit	1,550.00	6	
6	23153	Preoperative Autologous Whole Blood Donation (PAD - รวมค่า LAB)	Unit	740.00	6	
7	23251	PRC	Unit	500.00	6	
8	23252	PRC (NAT)	Unit	700.00	6	
9	23201	PRC (NAT) (สภากาชาด)	Unit	540.00	6	
10	23255	Leukocyte Depleted PRC	Unit	1,500.00	6	
11	23256	Leukocyte Depleted PRC (NAT)	Unit	1,800.00	6	
12	23203	Leukocyte Depleted PRC (NAT) (สภากาชาด)	Unit	1,500.00	6	
13	23253	Leukocyte Poor PRC	Unit	550.00	6	
14	23254	Leukocyte Poor PRC (NAT)	Unit	700.00	6	
15	23202	Leukocyte Poor PRC (NAT) (สภากาชาด)	Unit	520.00	6	
16	23206	Single Donor Red Cell. (SDR) - Non Filtered (NAT) (สภากาชาด)	Unit	2,000.00	6	
17	23207	Single Donor Red Cell. (SDR) - Filtered (NAT) (สภากาชาด)	unit	2,200.00	6	
18	23208	Single Donor Red Cell. (SDR) - Non Filtered (NAT)	unit	2,200.00	6	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมวด	หมายเหตุ
19	23209	Single Donor Red Cell. (SDR) - Filtered (NAT)	unit	3,170.00	6	
20	23456	Single Donor Granocyte	unit	7,640.00	6	
21	23457	Single Donor Granocyte Concentrate (สภากาชาด)	unit	9,000.00	6	
22	23470	Wash and Frozen Red Cell	unit	2,000.00	6	
23	23351	Random Platelet Concentrate	Unit	400.00	6	
24	23358	Random Platelet Concentrate (NAT)	Unit	600.00	6	
25	23301	Random Platelet Concentrate (NAT) (สภากาชาด)	Unit	340.00	6	
26	23359	Leukocyte Depleted Platelet Concentrate 1 unit	Unit	1,600.00	6	
27	23353	Leukocyte Depleted Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (Filtration method)	ถุง	6,300.00	6	
28	23303	Leukocyte Depleted Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (สภากาชาด)	ถุง	6,000.00	6	
29	23361	Leukocyte Poor Platelet Concentrate (NAT)	Unit	1,000.00	6	
30	23352	Leukocyte Poor Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT)	ถุง	4,300.00	6	
31	23302	Leukocyte Poor Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (สภากาชาด)	ถุง	3,200.00	6	
32	23354	Single Donor Platelet Concentrate - Non-Filtered, Open System (NAT)	unit	6,500.00	6	
33	23355	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Open System (NAT)	unit	7,600.00	6	
34	23356	Single Donor Platelet Concentrate - Non - Filtered, Close System (NAT)	unit	7,000.00	6	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมวด	หมายเหตุ
35	23304	Single Donor Platelet Concentrate - Non - Filtered, Close System (NAT) (สภากาชาด)	Unit	7,000.00	6	
36	23357	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Close System (NAT)	Unit	8,800.00	6	
37	23305	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Close System (NAT) (สภากาชาด)	Unit	7,000.00	6	
38	23360	Leukodepleted Single Donor Platelet Concentrate (SDP)	unit	6,300.00	6	
39	23362	Single Donor Platelet Concentrate PAS-C (สภากาชาด)	unit	7,000.00	6	
40	23363	Leukodepleted Single Donor Platelet Concentrate (SDP) (NAT)	unit	8,400.00	6	
41	23364	Single Donor Platelets PAS-C	unit	8,800.00	6	
42	23451	Fresh Frozen Plasma	Unit	400.00	6	
43	23452	Fresh Frozen Plasma (NAT)	Unit	650.00	6	
44	23401	Fresh Frozen Plasma (NAT) (สภากาชาด)	Unit	450.00	6	
45	23453	Leukocyte Depleted Fresh Frozen Plasma (LDFFP)	Unit	690.00	6	
46	23469	Leukocyte Depleted Fresh Frozen Plasma (LDFFP) (สภากาชาด)	Unit	550.00	6	
47	23461	Leukocyte Depleted Cryo-Removed Plasma (LDCRP)	Unit	300.00	6	
48	23462	Leukocyte Depleted Cryo-Removed Plasma (LDCRP) (NAT)	Unit	400.00	6	
49	23468	Leukocyte Depleted Cryo-Removed Plasma (LDCRP) (NAT) (สภากาชาด)	Unit	200.00	6	
50	23458	Cryo-Removed Plasma	Unit	300.00	6	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมวด	หมายเหตุ
51	23459	Cryo-Removed Plasma (NAT)	Unit	500.00	6	
52	23402	Cryo-Removed Plasma (NAT) (สภากาชาด)	Unit	350.00	6	
53	23454	Aged Plasma/Cryo-Removed Plasma	Unit	400.00	6	
54	23460	Aged Plasma/Cryo-Removed Plasma (NAT)	Unit	500.00	6	
55	23463	Bovine thrombin (1000 IU)	Bottle	1,100.00	6	
56	23455	Cryoprecipitate	Unit	370.00	6	
57	23465	Cryoprecipitate (NAT)	Unit	600.00	6	
58	23403	Cryoprecipitate (NAT) (สภากาชาด)	Unit	400.00	6	
59	23464	Leukocyte Depleted Cryoprecipitate (NAT) (สภากาชาด)	Unit	400.00	6	
60	23466	Leukocyte Depleted Cryoprecipitate (NAT)	Unit	750.00	6	
61	23467	Heat Treat Freeze Dried Cryoprecipitate (HTFDC)	Unit	1,000.00	6	
62	23365	Pl Psorelen-treated Plateletpheresis PAS-C (สภากาชาด)	unit	12,000.00	6	
63	23502	Leukapheresis (ใช้เครื่อง Apheresis)	unit	8,400.00	6	
64	23503	Blood Exchange (ใช้เครื่อง Apheresis)	unit	8,400.00	6	
65	23504	Plasma Exchange (ใช้เครื่อง Apheresis)	unit	8,400.00	6	
66	23511	Therapeutic Blood Letting	unit	220.00	6	
67	23501	ค่าบริการฉายแสงเลือด	ครั้ง	350.00	6	
68	49301	การคำนวณตามแผนการรักษา SRS, SRT	ครั้ง	4,000.00	8	
69	49302	การฉายรังสี SRS	course	65,000.00	8	1. เรียกเก็บเมื่อสิ้นสุดการรักษา 2. กรณีรักษาไม่ครบให้เรียกเก็บตามสัดส่วน
70	49303	การฉายรังสี SRT	course	65,000.00	8	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมวด	หมายเหตุ
71	47050	F-18 FDG whole body PET scan	ครั้ง	30,000.00	8	
72	OP8002	Core needle biopsy with mammotome	ครั้ง	12,000.00	8	ผู้ป่วยที่ตรวจพบความผิดปกติของ Mammogram ชนิด BIRAD 4 (หินปูนขนาดเล็ก, Microcalcification) และไม่สามารถคลำก้อนเนื้อได้
73	52020	การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง -รักษาโดย Mutiplace Chamber	ครั้ง	1,250.00	10	เพื่อรักษาโรค 1. CO poisoning 2. Non diabetic – non atherosclerotic leg ulcer, (not include pressure sore) 3. Diabetic ulcers for Wagner gr III and IV 4. Osteoradionecrosis
74	52021	การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง -รักษาโดย Monoplace Chamber	ครั้ง	1,600.00	10	
75	6902	D and C following delivery and abortion	ครั้ง	4,000.00	11	จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อครั้ง (ครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมด ทั้งค่าอัลตร้าซาวด์ ดมยาและวิสัญญี) เหมาจ่าย 4,000 บาท/ครั้ง
76	6909	Other dilatation and curettage: Diagnostic D&C, F/C	ครั้ง	4,000.00	11	

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมวด	หมายเหตุ
77	71620	การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) ประเภทชั่วคราว - ใส่สาย Tro cath	ครั้ง	1,100.00	11	เหมาจ่าย 1,100 บาท/ครั้ง
78	71621	การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) ประเภทชั่วคราว - ค่าปฏิบัติการ 24 ชั่วโมง (Manual)	ครั้ง	900.00	11	เหมาจ่าย 900 บาท/ครั้ง
79	71622	การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) ประเภทชั่วคราว - ค่าปฏิบัติการ 24 ชั่วโมง (Machine)	ครั้ง	2,000.00	11	เหมาจ่าย 2,000 บาท/ครั้ง
80	71640	การใช้ไตเทียม (Hemodialysis) - Acute Hemodialysis	ครั้ง	2,000.00	11	เหมาจ่าย 2,000 บาท/ครั้ง

ค่าบริการทันตกรรมรักษา

ค่าบริการทันตกรรมรักษา หมายถึง ค่าบริการในการรักษาทางทันตกรรมที่ให้บริการตามรายการ หรือรายโรค เป็นบริการแบบผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายครอบคลุมค่าบริการผู้ป่วยนอก ค่าเครื่องมือ ยาพื้นฐานสำหรับทำหัตถการ และวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้ด้วย

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
1	62101	ถอนฟัน	ซี่	200.00	
2	62102	ถอนฟันที่ยาก (เช่น กรอแบ่งรากฟัน)	ซี่	350.00	
3	62103	ผ่าตัดเอารากฟันตกค้างออก (Surgical Removal of Residual Tooth Root)	ซี่	380.00	
4	63102	Pulpotomy - ฟันน้ำนม	ซี่	480.00	
5	63104	ทำ Pulpectomy (ฟันน้ำนม) - ฟันหน้า	ซี่	820.00	
6	63105	ทำ Pulpectomy (ฟันน้ำนม) - ฟันหลัง	ซี่	970.00	
7	64101	ขูดหินน้ำลาย ทั้งปาก	ทั้งปาก	280.00	
8	67201	อุดฟันด้วยวัสดุ Amalgam - ด้านเดียว	ซี่	260.00	
9	67202	อุดฟันด้วยวัสดุ Amalgam - 2 ด้าน	ซี่	360.00	
10	67203	อุดฟันด้วยวัสดุ Amalgam - 3 ด้านขึ้นไป	ซี่	500.00	
11	67210	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน (Composite, GI, Flowable composite) - ด้านเดียว	ซี่	360.00	
12	67211	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน (Composite, GI, Flowable composite) - 2 ด้าน	ซี่	500.00	
13	67212	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน (Composite, GI, Flowable composite) - 3 ด้านขึ้นไป	ซี่	500.00	
14	41202	Dental film	film	80.00	

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครสามารถเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่ายและในเครือข่ายได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๑๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับคำแนะนำของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ในการประชุมครั้งที่ ๑๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกข้อความใน (ก) ของ (๑) ของข้อ ๗ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(ก) กันเงินเบื้องต้นเป็นรายเดือน รวมแล้วไม่เกิน ๓๖๑ บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี เพื่อไว้จ่ายตามผลงานการให้บริการ สำหรับบริการกรณีที่มีเหตุจำเป็นนอกเครือข่าย กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่ายและในเครือข่าย กรณีค่าใช้จ่ายสูง กรณีบริการทันตกรรมรักษา หรือกรณีคนพิการและทหารผ่านศึก ทั้งนี้ ในกรณีที่การจ่ายตามผลงานบริการไม่เพียงพอ สำนักงานอาจกันเงินเพิ่มเติมในระหว่างปีงบประมาณมากกว่าอัตราดังกล่าวได้ แต่รวมแล้วไม่เกิน ๔๑๐ บาทต่อผู้มีสิทธิต่อปี”

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความใน (ก) ของ (๓) ของข้อ ๗ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(ก) กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่ายหรือในเครือข่าย ทั้งนี้ จำนวนไม่เกิน ๔ ครั้งต่อคนต่อปี เว้นแต่ในกรณีมีความจำเป็นที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ให้แจ้งความจำเป็นต่อสำนักงานเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี

๑) กรณีหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

๒) กรณีหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ”

ข้อ ๕ ให้ยกเลิกความใน (ข) ของ (๔) ของข้อ ๗ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(ข) สำนักงานจะทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกันแทนหน่วยบริการที่ได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวตาม (๑) (ข) โดยกรณีที่มีเหตุจำเป็นในเครือข่าย หักค่าใช้จ่ายในอัตราเหมาจ่าย ๒๐๐ บาทต่อครั้ง สำหรับกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินในเครือข่าย หักค่าใช้จ่ายไม่เกิน ๒๐๐ บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินในเครือข่ายที่มีส่วนเกินจาก ๒๐๐ บาท จะจ่ายค่าใช้จ่ายจาก (๑) (ก)”

ข้อ ๖ ให้สำนักงานกันเงินและหักชำระบัญชีระหว่างกันแทนหน่วยบริการสำหรับบริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินในเครือข่ายตามประกาศนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้หน่วยบริการที่ให้บริการกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินในเครือข่ายมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๙
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การปรับอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป
พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดการปรับอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ สำหรับการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยนอกในระดับจังหวัด เพื่อรองรับนโยบายรัฐบาลและส่งเสริมให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๑๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การปรับอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สปสช.” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“สปสช. เขต” หมายความว่า สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้มีสิทธิ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สป.สธ.” หมายความว่า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

“อปสข.” หมายความว่า คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่

ข้อ ๔ เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป สปสช. จะปรับอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิเพื่อบริหารจัดการระดับจังหวัด ดังต่อไปนี้

(๑) คำนวณอัตราเหมาจ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไปตามโครงสร้างอายุ และตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในอัตราต่อผู้มีสิทธิเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

(๒) ปรับลดอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ สำหรับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่มีเหตุสมควรในหน่วยบริการอื่น นอกจากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องของผู้รับบริการภายในจังหวัดของหน่วยบริการแต่ละสังกัด

(ก) สำหรับหน่วยบริการในสังกัด สป.สธ. ในเขตพื้นที่ของ สปสช. เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ ให้จัดทำข้อเสนอเพื่อปรับลดอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิภายใต้กลไกเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้พิจารณา ทั้งนี้ โดยอาจขอคำแนะนำหรือความเห็นจาก อปสข. ตามบริบทของแต่ละพื้นที่เพื่อประกอบการพิจารณา

(ข) สำหรับหน่วยบริการนอกสังกัด สป.สธ. ในเขตพื้นที่ของ สปสช. เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ ให้ปรับลดอัตราจ่ายโดยใช้อัตราเดียวกันกับหน่วยบริการตาม (ก)

(๓) สำหรับหน่วยบริการนอกสังกัด สป.สธ. ในเขตพื้นที่ของ สปสช. เขต ๑๓ ให้เป็นไปตามคำแนะนำหรือความเห็นจาก อปสข.

ข้อ ๕ เงินที่เหลือจากการปรับลดอัตราจ่ายตามข้อ ๔ (๒) สปสช. จะจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกให้แก่หน่วยบริการประจำ ดังต่อไปนี้

(๑) สำหรับหน่วยบริการในสังกัด สป.สธ. จ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) จ่ายไม่เกินร้อยละ ๙๕ ภายในไตรมาสที่ ๒ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

(ข) จ่ายส่วนที่เหลือให้ครบจำนวนเงินรายรับของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ภายหลังจากพิจารณาการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่มีเหตุสมควรในหน่วยบริการอื่น นอกจากหน่วยบริการประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องของผู้รับบริการภายในจังหวัด ตามอัตราที่หน่วยบริการทุกสังกัดภายในจังหวัดตกลงกัน

(๒) สำหรับหน่วยบริการนอกสังกัด สป.สธ. จ่ายตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นรายเดือน

เงินที่เหลือจากการปรับลดตามข้อ ๔ (๓) ให้เป็นไปตามคำแนะนำหรือความเห็นจาก อปสข.

ข้อ ๖ เงินที่ได้จากการปรับลดอัตราจ่ายตามข้อ ๔ (๒) สปสช. จะนำไปบริหารจัดการระดับจังหวัด ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่มีเหตุสมควรในหน่วยบริการอื่นภายในจังหวัดนอกจากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องโดยให้เป็นไปตามที่หน่วยบริการทุกสังกัดภายในจังหวัดตกลงกัน เว้นแต่กรณีที่ตกลงกันไม่ได้ให้เป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ โดยอาจขอคำแนะนำหรือความเห็นจาก อปสข. ตามบริบทของแต่ละพื้นที่เพื่อประกอบการพิจารณา

(๒) กรณีเงินที่จะนำไปบริหารจัดการตาม (๑) ไม่เพียงพอ สปสช. อาจกันเงินเพิ่มเติมในระหว่างปีงบประมาณจากเงินตามข้อ ๕ (๑) (ก) และข้อ ๕ (๒) ได้

ข้อ ๗ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่ สปสช. กำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับ สปสช. หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นที่ สปสช. กำหนด

ข้อ ๘ สปสช. จะส่งข้อมูลการให้บริการตามข้อ ๗ ไปยัง สปสช. เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ เพื่อพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่มีเหตุสมควรในหน่วยบริการอื่นภายในจังหวัดนอกจากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องตามอัตราที่ตกลงกันภายในจังหวัดทุกสังกัด

ข้อ ๙ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งข้อมูลค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ ไปยัง สปสช. เขต ๑ ถึงเขต ๑๒ ที่สำนักงานสาธารณสุขนั้นอยู่ในพื้นที่ แล้วแต่กรณี เพื่อแจ้ง สปสช. จ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ

ข้อ ๑๐ เมื่อสิ้นรอบการบริหารการจ่ายประจำปีแล้ว กรณีมีเงินเหลือจากการดำเนินงานตามข้อ ๖ สปสช. จะจ่ายเงินคงเหลือให้แก่หน่วยบริการ เว้นแต่หน่วยบริการในสังกัด สป.สธ. ให้เป็นไปตามแนวทางที่ สป.สธ. กำหนด

ข้อ ๑๑ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๒๐.๑ ข้อ ๒๐.๓ ข้อ ๒๐.๕ ข้อ ๒๐.๖ ข้อ ๒๐.๗ ข้อ ๒๐.๘ ข้อ ๒๐.๑๐.๑ และข้อ ๒๐.๑๐.๙ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

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

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

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป ต้องเป็นการให้บริการดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำและการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการตามหมวด ๑

(๒) การให้บริการกรณีมาตรา ๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

(๓) การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว ตามหมวด ๒

(๔) การให้บริการกรณีสำรองเตียงตามหมวด ๓

(๕) การให้บริการกรณีเด็กแรกเกิดตามหมวด ๔

(๖) การให้บริการสาธารณสุขภายในย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธีตามหมวด ๕

(๗) การให้บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้านตามหมวด ๖

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
การให้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำและการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำและการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ

ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำและการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการตามข้อ ๗ ให้เป็นไปตามรายการบริการและอัตราการจ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) บริการผู้ป่วยในโดยหน่วยบริการประจำและบริการรับส่งต่อผู้ป่วยในภายในเขต จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงาน อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยในในแต่ละเดือน ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) กรณีวงเงินสำหรับการจ่ายค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอจะลดลงตามส่วน ทั้งนี้ หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะคำนวณจ่ายหลังปรับค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K) และหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

(๒) บริการรับส่งต่อผู้ป่วยในข้ามเขต จ่ายที่อัตราคงที่ ๙,๖๐๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) โดยไม่ปรับลดค่าแรง ยกเว้นกรณีการให้บริการสิทธิย่อยทหารกองประจำการ สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ ไม่มีอัตราจ่ายข้ามเขต โดยให้ถือเสมือนว่าเป็นการให้บริการภายในเขตทุกราย

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ หรือบันทึกหลักฐานการให้บริการของหน่วยบริการในเวชระเบียน ได้แก่ เอกสารหลักฐานการตรวจรักษา เอกสารการให้บริการผู้ป่วยใน รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

ข้อ ๑๓ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(๒) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบ DRGs with Global Budget

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยใน แล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

(๓) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยในแล้วไม่พบการลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียนในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการโดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือไม่สามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่ามีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๔) กรณีที่ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) แล้วพบว่าไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ

ข้อ ๑๕ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๒
การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๖ การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อ ๑๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่วตามข้อ ๑๖ ให้เป็นไปตามอัตราการจ่ายและรายการบริการดังต่อไปนี้

(๑) เหมาจ่ายในอัตราครั้งละไม่เกิน ๖,๕๐๐ บาท จ่ายไม่เกินข้างละ ๔ ครั้งต่อคนต่อปี สำหรับหน่วยบริการภาครัฐ

(๒) เหมาจ่ายในอัตรา ๑๖,๐๐๐ บาทต่อการสลายนิ่วในไตหนึ่งข้างต่อคนต่อปี โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (Episode) สำหรับหน่วยบริการภาคเอกชน โดยหน่วยบริการจะต้องส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการสลายนิ่วสำเร็จเท่านั้น กรณีสลายนิ่วไม่สำเร็จต้องมีการให้บริการมากกว่า ๓ ครั้ง และมีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๘ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๙ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๐ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๑ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการหากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) เวชระเบียน เอกสารหลักฐาน ที่มีบันทึกเวชระเบียน การวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็นโรคนิ่ว รวมทั้งหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคนิ่ว

(๒) เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีบันทึกการทำหัตถการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่วตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๓) หลักฐานสนับสนุนความสำเร็จของการรักษา หรือหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาในกรณีที่สลายนิ่วไม่สำเร็จ ในกรณีที่หน่วยบริการภาคเอกชนเรียกเก็บค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่าย

ข้อ ๒๒ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน หรือข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) พบเวชระเบียน เอกสารหลักฐาน ที่มีบันทึกเวชระเบียน การวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็นโรคนิ่ว รวมทั้งหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคนิ่ว

(๒) พบเวชระเบียนที่บันทึกการทำหัตถการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่วตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้จำนวนครั้งต้องเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

(๓) กรณีที่หน่วยบริการภาคเอกชน เรียกเก็บค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่าย ต้องพบหลักฐานสนับสนุนความสำเร็จของการรักษา ในกรณีที่สลายนิ่วไม่สำเร็จจะต้องพบเอกสารหลักฐานการให้บริการและบันทึกการทำหัตถการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว มากกว่า ๓ ครั้ง และพบหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา

ข้อ ๒๓ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ไม่พบหลักฐานการให้บริการ ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๓) กรณีที่หน่วยบริการภาคเอกชนเรียกเก็บค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) ไม่พบหลักฐานสนับสนุนความสำเร็จของการรักษา

(ข) ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่วมากกว่า ๓ ครั้ง และไม่พบหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา ในกรณีที่สลายนิ่วไม่สำเร็จ

ข้อ ๒๔ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๓
การให้บริการกรณีสำรองเตียง

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๕ การให้บริการกรณีสำรองเตียง ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง ผ่านการตรวจมาตรฐานตามเกณฑ์ และมีการทำสัญญาให้บริการร่วมกันกับสำนักงานเขตแต่ละเขตตามเงื่อนไขที่สำนักงานกำหนดจึงมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ

ข้อ ๒๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการกรณีสำรองเตียง ให้เป็นไปตามอัตราการจ่ายและรายการบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายในอัตราไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) โดยให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นกับสำนักงานเขตแต่ละเขต

(๒) การจ่ายเพิ่มในกรณีบริการใช้อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

(๓) การขอรับค่าพาหนะในการส่งต่อผู้ป่วยไปและกลับยังหน่วยบริการสำรองเตียงและหน่วยบริการประจำ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๗ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๘ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๗ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๙ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๐ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการหากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ โดยตรวจสอบบันทึกหลักฐานการให้บริการของหน่วยบริการในเวชระเบียน ได้แก่ เอกสารหลักฐานการตรวจรักษา เอกสารการให้บริการผู้ป่วยใน รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

ข้อ ๓๑ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(๒) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบ DRGs With Global Budget

ข้อ ๓๒ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(๓) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยในแล้วไม่พบการลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียนในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการโดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือไม่สามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่ามีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๔) กรณีที่ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) แล้วพบว่าไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ

ข้อ ๓๓ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๔
การให้บริการกรณีเด็กแรกเกิด

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๔ การให้บริการกรณีเด็กแรกเกิด ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการเด็กแรกเกิด

(๒) เป็นการให้บริการแก่เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ณ วันที่เข้ารับบริการ

ข้อ ๓๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการกรณีเด็กแรกเกิดตามข้อ ๓๔ ให้เป็นไปตามกลุ่มเป้าหมายและอัตราการจ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีเด็กแรกเกิดที่ป่วย หรือเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม จ่ายในอัตรา ๙,๐๐๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

(๒) กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม และเด็กแรกเกิดที่ป่วยที่ได้รับหัตถการเพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพง จ่ายในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

(๓) กรณีเด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันโลหิตในปอดสูง จ่ายในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๖ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๗ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๖ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๘ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๙ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการหากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ ดังต่อไปนี้

(๑) หลักฐานการให้บริการของหน่วยบริการในเวชระเบียน ได้แก่ เอกสารหลักฐานการตรวจรักษา เอกสารการให้บริการผู้ป่วยใน รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(๒) เอกสารหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์ในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตในปอดสูง รวมทั้งหลักฐานในการสนับสนุนการวินิจฉัย ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการรักษาเด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันโลหิตในปอดสูง

ข้อ ๔๐ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(๒) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบ DRGs With Global Budget

(๓) พบเอกสารหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์ในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตในปอดสูง รวมทั้งพบหลักฐานในการสนับสนุนการวินิจฉัย ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการรักษาเด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันโลหิตในปอดสูง

ข้อ ๔๑ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(๓) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยในแล้วไม่พบการลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียนในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการโดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือไม่สามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่ามีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๔) กรณีที่ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) แล้วพบว่าไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ

(๕) กรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการรักษาเด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันโลหิตในปอดสูง แต่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์ในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตในปอดสูง รวมทั้งไม่พบหลักฐานในการสนับสนุนการวินิจฉัย

หมวด ๕
การให้บริการสาธารณสุขภายในย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๒ การให้บริการสาธารณสุขภายในย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ (Health Resource Sharing) ภายในย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สถาบันพยาธิวิทยา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลสงฆ์ สถาบันโรคผิวหนัง สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะทันตแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลพญาไท และเครือโรงพยาบาลเปาโล โดยแบ่งเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการดังต่อไปนี้

(ก) หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยโรคและผ่าตัด

(ข) หน่วยบริการที่รับดูแลหลังผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่รับดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track หรือ STEMI fast track) โรคฝีบริเวณทวารหนัก (Perianal abscess) โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid) โรคฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano) โรคนิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ หรือโรคไส้เลื่อนขาหนีบ

ข้อ ๔๓ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการสาธารณสุขภายในย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี ต้องเป็นไปตามรายการบริการและอัตราการจ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการให้ยา thrombolytic drugs จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนด (Fee schedule) ดังต่อไปนี้

(ก) การรักษาผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันด้วยการผ่าตัด

๑) กรณีผ่าตัดแบบเปิด (Open Appendectomy) ที่ไม่มีโรคร่วม โรคแทรกซ้อน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๙,๘๑๕ บาทต่อครั้ง

๒) กรณีผ่าตัดแบบเปิด (Open Appendectomy) ที่มีโรคร่วม โรคแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๒,๕๑๐ บาทต่อครั้ง

๓) กรณีผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic appendectomy) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๔,๘๔๐ บาทต่อครั้ง

(ข) การรักษาผู้ป่วย Stoke STEMI โดยการทำ Thrombectomy, Primary PCI จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ของกลุ่ม Endovascular procedure กลุ่ม PTCA with stent ที่หักลบด้วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) กลุ่มการดูแลหลังทำผ่าตัดและหัตถการ

(ค) การรักษาผู้ป่วย Stoke STEMI ด้วยการให้ยา Thrombolytics drugs จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ของกลุ่ม cerebrovascular disorders, Thrombolytics injection ที่หักลบด้วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) กลุ่มการดูแลหลังทำผ่าตัดหรือหัตถการ

(ง) การรักษาผู้ป่วยโรคฝีบริเวณทวารหนัก (Perianal abscess) โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid) และโรคฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano) ด้วยการผ่าตัด

๑) กรณีที่ไม่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔,๓๘๐ บาทต่อครั้ง

๒) กรณีที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔,๘๑๕ บาทต่อครั้ง

(จ) การรักษานิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบด้วยการผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy)

๑) กรณีที่ไม่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๖,๘๕๕ บาทต่อครั้ง

๒) กรณีที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๗,๓๖๐ บาทต่อครั้ง

(ฉ) การรักษาโรคไส้เลื่อนขาหนีบด้วยการผ่าตัด Herniorrhaphy และการผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic hernia)

๑) กรณีอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี

๑.๑) กรณีที่ไม่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓,๘๖๕ บาทต่อครั้ง

๑.๒) กรณีที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕,๙๘๕ บาทต่อครั้ง

๒) กรณีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ ปี

๒.๑) กรณีที่ไม่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖,๒๖๕ บาทต่อครั้ง

๒.๒) กรณีที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖,๕๔๕ บาทต่อครั้ง

(๒) สำหรับหน่วยบริการที่ให้การดูแลหลังผ่าตัด จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) จ่ายในอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ทั้งกรณีรักษาในเขตและข้ามเขต

ทั้งนี้ กรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (Post-operative complication) ที่ต้องส่งมารักษายังหน่วยบริการที่ผ่าตัด ถือเป็นกรณีส่งต่อไปรักษายังหน่วยบริการที่มีศักยภาพ จ่ายเป็น admission ใหม่ ตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) อัตราจ่ายให้เป็นไปตามหมวด ๑ ของประกาศนี้

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๔ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔๕ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๔๔ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๖ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔๗ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการหากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ โดยอาจเป็นการเรียกตรวจเอกสารก่อนหรือหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการให้ยา thrombolytic drugs

(ก) เอกสารหลักฐานเวชระเบียนในการวินิจฉัย และให้บริการการผ่าตัด การทำหัตถการหรือการให้ thrombolytic drugs ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(ข) เอกสารหลักฐานบันทึกการผ่าตัด (operative note) หรือบันทึกการทำหัตถการ (procedure note) ตามรายการที่กำหนดในข้อ ๔๓ (๑) ที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(ค) เอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน ในกรณีที่จ่ายค่าใช้จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ในการให้บริการ primary PCI/thrombectomy หรือให้ยา thrombolytic drugs

(๒) สำหรับหน่วยบริการที่ให้การดูแลหลังผ่าตัดหรือดูแลต่อเนื่อง ตรวจสอบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในการให้การดูแลหลังผ่าตัดหรือการดูแลต่อเนื่อง รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

ข้อ ๔๘ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการให้ยา thrombolytic drugs

(ก) พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนในการวินิจฉัยและให้บริการการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการให้ thrombolytic drugs ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(ข) พบเอกสารหลักฐานบันทึกการผ่าตัด (operative note) ในกรณีที่ทำ appendectomy หรือบันทึกการทำหัตถการ (procedure note) ในกรณีที่ทำ primary PCI/thrombectomy ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(ค) พบเอกสารหลักฐานบันทึกคำสั่งแพทย์และการบริหารยา thrombolytic drugs ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายการรักษาด้วยการให้ยา Thrombolytics drugs

(ง) พบเอกสารหลักฐานบันทึกการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรกซ้อน และการดูแลรักษา ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายกรณีให้บริการตามข้อ ๔๓ (๑) ที่มีโรคร่วม โรคแทรกซ้อน

(จ) พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน และการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน ในกรณีที่จ่ายค่าใช้จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ในการให้บริการ primary PCI/thrombectomy หรือให้ยา thrombolytic drugs

(ฉ) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ ในกรณีที่จ่ายค่าใช้จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ในการให้บริการ primary PCI/thrombectomy หรือให้ยา thrombolytic drugs

(๒) สำหรับหน่วยบริการที่ให้การดูแลหลังผ่าตัดหรือดูแลต่อเนื่อง

(ก) เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(ข) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)

ข้อ ๔๙ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการ บันทึกการทำหัตถการ (operative note) ในการผ่าตัดหรือการทำหัตถการ การให้ยา thrombolytic drugs การดูแลหลังการผ่าตัด หรือดูแลต่อเนื่องตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๓) ไม่พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยในและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)

(๔) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยใน แล้วไม่พบการลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียนในแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการโดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือไม่สามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่ามีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)

(๕) กรณีที่ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) แล้วพบว่าไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ

ข้อ ๕๐ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๖
การให้บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕๑ การให้บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ระดับที่ ๑ และผ่านการประเมินจากคณะกรรมการประเมินหน่วยบริการกำกับ ติดตามมาตรฐานและความปลอดภัย สำหรับการให้เคมีบำบัดที่บ้าน (Home Chemotherapy) ตามที่กรมการแพทย์กำหนด

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ ๓ หรือระยะที่ ๔

ข้อ ๕๒ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้านตามข้อ ๕๑ ให้เป็นไปตามอัตราการจ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีรับบริการภายในเขต จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา ๘,๓๕๐ บาท ต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) กรณีวงเงินสำหรับการจ่ายค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอจะลดลงตามส่วน

(๒) กรณีรับบริการนอกเขต จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) โดยจ่ายอัตราคงที่ ๙,๖๐๐ บาท ต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕๓ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕๔ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๕๓ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕๕ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕๖ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการหากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ ดังต่อไปนี้

(๑) เอกสารหลักฐานเวชระเบียน หลักฐานการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ ๓ หรือระยะที่ ๔

(๒) เอกสารหลักฐานการทำ Implanted Port สำหรับให้ยาเคมีบำบัด

(๓) เอกสารหลักฐานบันทึกคำสั่งการรักษาการให้ยาเคมีบำบัดของแพทย์ และพบหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้าน ตามแนวทางการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

(๔) เอกสารหลักฐานสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการ

ข้อ ๕๗ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีหลักฐานการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ ๓ หรือระยะที่ ๔

(๒) พบเอกสารหลักฐานรหัสโรค (ICD-10) และรหัสหัตถการ (ICD-9) ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

(๓) พบเอกสารหลักฐานการทำ Implanted Port สำหรับให้ยาเคมีบำบัด

(๔) พบเอกสารหลักฐานบันทึกคำสั่งการรักษาการให้ยาเคมีบำบัดของแพทย์ และพบหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านตามแนวทางการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

(๕) พบเอกสารหลักฐานสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการโดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือไม่สามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่ามีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งนี้ ชนิดการจำหน่าย (Discharge type) เป็น with approval ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

(๖) กรณีที่ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) แล้วพบว่าไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ

ข้อ ๕๘ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๕๗

ข้อ ๕๙ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๖๐ การให้บริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รหัสหัตถการ (ICD-9) และรหัสโรค (ICD-10)
กรณีบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับที่บ้าน
(Home Chemotherapy for CA Colon)

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

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การกันเงินไว้สำหรับบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไประดับประเทศ พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดจำนวนเงินกันไว้สำหรับบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไประดับประเทศ เพื่อให้การจ่ายค่าใช้จ่ายให้ในละเขตพื้นที่เพียงพอในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ และมีอัตราจ่ายใกล้เคียงอัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๑๘.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกันเงินไว้สำหรับบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไประดับประเทศ พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ เพื่อให้การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ในแต่ละเขตพื้นที่เพียงพอและมีอัตราจ่ายใกล้เคียงอัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงกำหนดการกันเงินไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวน ๓,๓๘๒,๘๒๒,๖๘๐ บาท สำหรับใช้ในการบริหารจัดการเพื่อให้การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติมีสิทธิทุกที่” ในหน่วยบริการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยเป็นการจ่ายเพิ่มเติมตามศักยภาพและคุณภาพ รวมถึงจ่ายตามผลงานบริการให้แก่หน่วยบริการที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician: EP) หรือได้รับการให้คำปรึกษาจากแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician: EP) เพื่อพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการภาครัฐ เพื่อให้ผู้ป่วยซึ่งได้รับบาดเจ็บหรืออาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตได้รับการดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างทันท่วงที

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๑๙.๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติมีสิทธิทุกที่” ในหน่วยบริการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึง สำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ ประกาศนี้ไม่ให้ใช้บังคับกับการให้บริการสาธารณสุขกรณีบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติในหน่วยบริการภาครัฐที่ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician: EP) หรือไม่ได้รับการให้คำปรึกษาจากแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician: EP) ที่อยู่ในหน่วยบริการภายในจังหวัดเดียวกัน โดยการให้บริการในกรณีดังกล่าวหน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดการจ่ายในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการสาธารณสุขกรณีบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติภาครัฐ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการภาครัฐที่ผ่านมาตรฐานบริการห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (สีแดง) โดยประเมินตามเกณฑ์การตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่สถานพยาบาล (Infirmary Triage Criteria) ผนวกแนบท้ายประกาศสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเกี่ยวกับเกณฑ์การตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่สถานพยาบาล หรือตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(๓) เป็นบริการที่เกิดขึ้นตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่ห้องฉุกเฉิน ดังต่อไปนี้

(ก) กรณีผู้ป่วยนอกเป็นการให้บริการตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่ห้องฉุกเฉินจนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วย หรือเสียชีวิต หรือปฏิเสธการรักษา

(ข) กรณีผู้ป่วยในเป็นการให้บริการตั้งแต่รับไว้เป็นผู้ป่วยในจนถึงจำหน่าย

ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๗ สำนักงานจะกำหนดเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่) โดยใช้ข้อมูลจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician: EP) ณ วันที่ ๑๕ สิงหาคมของปีงบประมาณที่ล่วงมาแล้ว และใช้ข้อมูลผลงานการบริการตั้งแต่เดือนเมษายนของสองปีงบประมาณที่ล่วงมาแล้ว ถึงเดือนมีนาคมของปีงบประมาณที่ล่วงมาเป็นตัวแทนในการคาดการณ์ Global budget ระดับเขตพื้นที่ เพื่อจ่ายให้แก่หน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายตามศักยภาพและคุณภาพบริการ ในกรณีที่มีการให้บริการโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician: EP) ในหน่วยบริการ โดยจ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician: EP) ณ วันที่ ๑๕ สิงหาคมของปีงบประมาณที่ล่วงมาแล้ว ในอัตรา ๑๒๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี เพื่อยกระดับศักยภาพมาตรฐานการให้บริการในห้องฉุกเฉิน ทั้งนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician: EP) ต้องเป็นแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

(๒) วงเงินที่เหลือจากการจ่ายตาม (๑) จะจ่ายตามผลงานบริการ โดยใช้งบประมาณจากวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่) ทั้งนี้ รายการและอัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการตามข้อ ๗ (๓) ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ โดยจ่ายตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ตามผลงานบริการและจัดสรรเป็นรายไตรมาส ดังต่อไปนี้

(ก) จ่ายเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉินจนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วย หรือเสียชีวิต หรือปฏิเสธการรักษา ในกรณีที่ไม่ได้รับไว้เป็นผู้ป่วยใน

(ข) จ่ายเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉินจนกระทั่งรับไว้เป็นผู้ป่วยในอีก ๒๔ ชั่วโมง

(๓) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติซึ่งรับไว้เป็นผู้ป่วยในตามข้อ ๗ (๓) (ข) จนถึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการ ให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไปด้วย

การให้บริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติในกรณีที่ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician: EP) ในหน่วยบริการ หน่วยบริการที่ให้บริการต้องมีระบบและช่องทางการสื่อสารเพื่อปรึกษาและประสานงานกับแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินในหน่วยบริการอื่นภายในจังหวัดเดียวกัน กรณีที่มีความจำเป็น โดยการให้บริการดังกล่าวหน่วยบริการจะไม่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตาม (๑)

ในกรณีที่ผู้รับบริการมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถหรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลข้อมูลและแจ้งหน่วยบริการก่อนการจัดสรรให้หน่วยบริการ ตามรอบที่กำหนด

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๓ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๒ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๓ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๕ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามรายการในเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ ตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนกรณีผู้ป่วยนอกและกรณีผู้ป่วยใน ในหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(๒) ตรวจพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนและข้อมูลที่บันทึกการให้บริการที่เกิดขึ้นตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่ห้องฉุกเฉินจนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วย หรือเสียชีวิต หรือปฏิเสธการรักษา และในกรณีที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในเฉพาะช่วงเวลา ๒๔ ชั่วโมงแรก

(๓) ตรวจพบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแบบวงเงินมีเพดาน (DRGs with Global Budget)

(๔) ตรวจพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนและข้อมูลที่สนับสนุนว่าผู้รับบริการเป็นกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (สีแดง) โดยประเมินตามเกณฑ์การประเมินคัดแยกระดับความฉุกเฉิน (PA) Emergency Pre-Authorization ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อ ๑๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

(๒) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๑๕

ข้อ ๑๗ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๘ การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติภาครัฐ ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้และให้หน่วยบริการที่ให้บริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการและอัตราการจ่ายค่าใช้จ่าย

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
1	21101	เตียงสามัญ	วัน	400
2	1002	ลวดยึดกะโหลกแบบไทเทเนียม (Titanium wire)	เส้น	200
3	1003	เยื่อหุ้มสมองเทียม (Dural substitue)	แผ่น	9,000
4	1101	ชุดท่อต่อช่องสมอง (External ventricular drainage system)	ชุด	4,500
5	1103	ชุดวัดความดันภายใต้กะโหลกศีรษะ (Continuous intracranial pressure monitoring system)	ชุด	18,000
6	1104	คีมหนีบหลอดเลือดโป่งพองในช่องกะโหลกศีรษะ (Aneurysm clip for Intracranial aneurysm)	อัน	6,700
7	1111	คีมหนีบหลอดเลือดโป่งพองในช่องกะโหลกศีรษะชนิด รูปร่างพิเศษ (Fenestrate clip)	ชิ้น	10,000
8	2010	วัสดุเสริมกระดูกเบ้าตาที่ทำจาก Polyethylene	แผ่น	10,000
9	2101	วัสดุที่ใช้หนุนในลูกตาในการผ่าตัดซ่อมจอประสาทตา (Buckle)	อัน	2,700
10	2102	ของเหลวสำหรับกดจอประสาทตา (Perfluorocarbon liquid)	หลอด	6,400
11	2103	น้ำมันซิลิโคนสำหรับกดจอประสาทตา (Silicone oil)	หลอด	5,400
12	2104	ก๊าซสำหรับฉีดกดจอประสาทตา (Intraocular gas)	ครั้ง	500
13	2105	ท่อระบายและที่เก็บกักลดความดันในโรคต้อหิน ชนิดมีลิ้นปิดเปิด	อัน	16,000
14	2106	ท่อระบายลดความดันในโรคต้อหิน ชนิดไม่มีลิ้นปิดเปิด	อัน	8,000
15	2114	มีดเจาะลูกตา (Surgical knife/ blade)	อัน	300
16	2115	ใบมีดตัดกระจกตา (Corneal trephine)	ชุด	5,400
17	2116	น้ำมันซิลิโคนสำหรับกดจอตาชนิดหนักกว่าน้ำ (Heavy silicone oil)	หลอด	12,500
18	3001	ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) ชนิดไม่มี cuff	อัน	130
19	3002	ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) ชนิดมี cuff	อัน	220
20	3003	หลอดคอช่วยการหายใจ (Tracheostomy tube) ชนิดทำด้วยพลาสติก	อัน	1,900
21	3014	ท่อช่วยหายใจชนิดปลายเปิดสองรู (Double lumen endotracheal tube)	อัน	2,700
22	3015	หลอดคอช่วยการหายใจชนิดปรับระยะได้ (Adjustable tracheostomy tube)	ชิ้น	1,700
23	3101	ท่อระบายช่องอก (intercostals drainage tube)	อัน	300
24	4001	ลิ้นหัวใจเทียมชนิดลูกบอลล์	อัน	29,000
25	4002	ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน 1 แผ่น ปิด - เปิด	อัน	34,000
26	4003	ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน 2 แผ่น ปิด - เปิด	อัน	31,000
27	4004	ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากหมู (ชนิดมีโครง)	อัน	48,000
28	4005	ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากหมู (ชนิดไม่มีโครง)	อัน	55,000

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
29	4006	ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากเยื่อบุหัวใจวัว	อัน	65,000
30	4007	ลิ้นหัวใจเทียมและหลอดเลือดเทียม	อัน	57,000
31	4008	ขอบลิ้นหัวใจเทียม (Valve ring)	อัน	18,000
32	4009	ผนังหัวใจเทียม (PTFE patch) ชนิดแผ่นสังเคราะห์	แผ่น	3,400
33	4010	ผนังหัวใจเทียม (Dacron patch)	แผ่น	3,000
34	4011	เยื่อบุหัวใจทำจากวัว	แผ่น	11,000
35	4012	หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นตรง	เส้น	12,000
36	4013	หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นแยก	เส้น	15,000
37	4014	หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่แบบโค้งพร้อมแขนง (Aortic arch graft with branches)	เส้น	17,000
38	4015	หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลาย PTFE vascular graft (ตามความยาวที่ใช้)	ซม.	500
39	4016	หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลายชนิดมีวงแหวน PTFE ring vascular graft (ตามความยาวที่ใช้)	ซม.	600
40	4017	ท่อต่อระหว่างหลอดเลือดแดงกับหลอดเลือดดำชนิดอยู่นอกร่างกาย (External A-V shunt)	เส้น	2,800
41	4101	ปอดเทียม (Membrane oxygenator)	ชุด	9,000
42	4102	ชุดสายยางประกอบการไหลเวียนนอกร่างกาย (Extracorporeal complete set)	ชุด	3,400
43	4103	อุปกรณ์กักกรองเลือด (Reservoir)	อัน	3,000
44	4104	อุปกรณ์กรองฟองอากาศทางเดินเลือดแดง (Bubble trap)	อัน	1,000
45	4105	ท่อต่อหลอดเลือดแดง (Arterial cannulae)	อัน	1,500
46	4106	ท่อต่อหลอดเลือดดำ (Venous cannulae)	อัน	1,700
47	4107	ชุดสายยางประกอบการให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardioplegia set)	ชุด	3,400
48	4108	อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจชนิดทางตรง (Antegrade cardioplegia set)	อัน	1,100
49	4109	อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจชนิดย้อนทาง (Retrograde cardioplegia set)	อัน	3,400
50	4110	อุปกรณ์ดูดเลือดขณะผ่าตัดหัวใจ (Cardiotomy suction)	อัน	800
51	4111	อุปกรณ์ดูดเลือดจากห้องหัวใจขณะผ่าตัด (Vent)	อัน	700
52	4112	อุปกรณ์ดูดแยกน้ำและสารละลายส่วนเกินในเลือด (Hemofiltrator) ชนิดสำหรับผู้ใหญ่	อัน	800
53	4113	แอ่งบรรจุเลือด (Bio head)	อัน	8,200

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
54	4114	ตัววัดอัตราการไหลของเลือด (Flow probe)	อัน	1,600
55	4201	อุปกรณ์นำเลือดไปยังหลอดเลือดแดงผ่านทางเบี่ยง (Multiple octopus set) (ผ่าตัด On pump)	อัน	800
56	4202	ที่เจาะหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aortic punch) (ผ่าตัด On pump)	อัน	1,100
57	4203	อุปกรณ์ยึดเกาะหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ (Coronary stabilizer) (ผ่าตัด Off pump)	ชุด	45,000
58	4204	อุปกรณ์พ่นลมไล่เลือดขณะต่อหลอดเลือดโคโรนารี่ (Blower) (ผ่าตัด Off pump)	ชุด	2,200
59	4205	ท่อนำเลือดขณะต่อหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ (Coronary shunt) (ผ่าตัด Off pump)	อัน	2,000
60	4206	อุปกรณ์ยกหัวใจ (Suction cup) (ผ่าตัด Off pump)	ชุด	15,000
61	4301	สายสวนหลอดเลือดนำทางเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (Coronary guiding catheter)	ชุด	3,500
62	4302	สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (PTCA guide wire)	ชุด	3,200
63	4303	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยบอลลูน (Coronary balloon dilatation catheter หรือPTCA balloon)	ชุด	8,000
64	4305	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug - eluting stent)	ชุด	12,500
65	4306	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Coronary stent graft)	ชุด	80,000
66	4308	เครื่องกรอความถี่สูงเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยหัวกรอกากเพชร (Rotational atherectomy advancer)	ชุด	30,000
67	4310	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยการดูดลิ่มเลือดด้วยวิธีเชิงกล (Thrombectomy catheter)	ชุด	17,000
68	4312	ชุดสายสวนเพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย (Distal Embolic Protective Device)	ชุด	60,000
69	4318	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวด (Coronary stent) ชนิดทำจากโลหะผสม	ชุด	18,000
70	4423	สายสวนและอุปกรณ์สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardiocentesis)	ชุด	5,000
71	4424	สายสวนหลอดเลือดแดงเอออร์ต้าใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ (Intra aortic balloon catheter)	ชุด	28,000
72	4425	ชุดสายยางและปอดเทียมเพื่อพยุงหัวใจและปอดที่ใช้ภายนอก	ชุด	60,000
73	4511	แผ่นปิดหน้าอกเพื่อรับหรือปล่อยไฟฟ้าในการกระตุ้นหัวใจ (Disposable defibrillation electrode, disposable pacing electrode)	จุด	3,000

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
74	4701	ท่อนำสายสวนเข้าหลอดเลือด (Introducer Sheath)	ชุด	800
75	4801	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยบอลลูน (Balloon dilatation catheter)	ชุด	13,000
76	4805	สายสวนเส้นเลือดอุดตัน แบบดูดก้อนเลือด	เส้น	1,200
77	4807	สายสวนหลอดเลือดขนาดเล็กและยาวพิเศษเพื่อการรักษา (Interventional Vascular Microcatheter)	เส้น	20,000
78	4808	สายสวนหลอดเลือดขนาดเล็กชนิดมีลูกโป่งที่ส่วนปลาย (Balloon Microcatheter)	เส้น	22,000
79	4809	ขดลวดค้ำยันที่ใช้กับหลอดเลือดภายในกะโหลกศีรษะ (Intracranial Stent)	ตัว	120,000
80	4810	ชุดอุปกรณ์สลายลิ่มเลือดหลอดเลือดในสมอง (Thrombectomy Device)	ชุด	60,000
81	4813	ลูกโป่งอุดกั้นหลอดเลือด (Detachable Balloon)	ลูก	7,000
82	4814	สายสวนส่งลูกโป่ง (Delivery Catheter)	เส้น	25,000
83	4815	ขดลวดอุดหลอดเลือดชนิดปลดด้วยลวดผลักดัน (Fibered Coils)	ตัว	4,500
84	4816	สายลวดเพื่อดันขดลวดสู่ตำแหน่งที่ต้องการ (Coil Pushing Wires)	เส้น	4,000
85	4817	วัสดุสำหรับอุดกั้นหลอดเลือดชนิดขดลวด (Detachable Coils)	ตัว	13,500
86	4818	อนุภาคอุดกั้นหลอดเลือด (Embolic Particles)	ขวด	4,000
87	4819	วัสดุฉีดอุดกั้นหลอดเลือดชนิดเหลวแบบแข็งตัวช้า (Non-Adhesive Liquid Embolic Agent)	ชุด	30,000
88	4821	สายสวนสำหรับคล้องเกี่ยว (Snare catheter)	ชุด	20,000
89	4822	สายสวนสำหรับคล้องเกี่ยวขนาดเล็ก (Microsnare Catheter)	เส้น	25,000
90	4823	สายสวนหลอดเลือดเพื่อการวินิจฉัย (Vascular Diagnostic Catheter)	ชุด	1,000
91	4824	สายสวนหลอดเลือดเพื่อการวินิฉัยที่มีความลื่นมากเป็นพิเศษ (Vascular Hydrophilic Catheters)	เส้น	500
92	4825	สายสวนหลอดเลือดสำหรับบริหารยาละลายลิ่มเลือด แบบ McNamara	เส้น	25,000
93	4826	สายสวนหลอดเลือดสำหรับการฉีดสารทึบรังสีในหลอดเลือดแดงชนิดที่สามารถฉีดสารทึบรังสีได้ขณะที่มีขดลวดนำทางคาอยู่ (Van Schie Over-The-Top Catheter : VOTT Catheter)	เส้น	8,000
94	4827	ชุดอุปกรณ์ถ่างขยายหลอดเลือดแดง iliac สำหรับการทำ Endovascular aortic reconstruction (EVAR)	ชุด	5,000
95	4902	สายสวนชนิดสองช่องในท่อเดียวกัน (Double lumen catheter)	เส้น	8,400
96	5201	ชุดยางรัดเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร (Esophageal variceal band ligator)	ชุด	4,500
97	5202	Sengstaken - blakemore tube	เส้น	3,500

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
98	5301	อุปกรณ์ขยายท่อน้ำดี (Biliary dilator)	เส้น	2,500
99	5302	ท่อระบายน้ำดี ชนิดพลาสติก (Biliary and pancreatic duct stent : Plastic type)	อัน	1,300
100	5303	ท่อระบายน้ำดี ชนิดโลหะ (Biliary stent : Self expandable metal stent)	อัน	20,000
101	5305	Biliary T tube	เส้น	400
102	5306	สายบอลลูนขยายท่อน้ำดีหรือท่อตับอ่อนผ่านกล้อง (Endoscopic biliary/pancreatic balloon dilator)	เส้น	5,500
103	5307	ชุดใส่ท่อระบายน้ำดี/ท่อตับอ่อน ชนิดพลาสติก (Plastic biliary/pancreatic stent insertion kit)	ชุด	3,500
104	5402	ลวดนำทางสำหรับสายฉีดสี (ERCP guide wire)	เส้น	5,500
105	5403	สายบอลลูนดึงนิ่ว (Balloon stone extractor)	เส้น	4,300
106	5404	ตะกร้อลากนิ่วในท่อน้ำดี (Biliary stone retrieval basket)	เส้น	6,000
107	5405	ตะกร้อขบนิ่ว (Mechanical lithotriptor basket)	ชุด	9,000
108	5406	สายตัดรูเปิดท่อน้ำดี/ตับอ่อน (Sphincterotome)	เส้น	5,500
109	5501	เครื่องมือตัดต่อลำไส้อัตโนมัติแบบวงกลม	อัน	10,000
110	5502	เครื่องมือเย็บปิดปลายลำไส้หรือหลอดลมอัตโนมัติ	อัน	4,000
111	5503	เครื่องมือเย็บและตัดต่ออัตโนมัติชนิดปรับหัวได้	ตลับ	7,000
112	5504	เครื่องมือเย็บและตัดต่ออัตโนมัติแบบตรง	ตลับ	5,000
113	5601	วัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดด้วยกล้อง	ราย	11,000
114	5603	ท่อใส่เข้าท้องสำหรับฟอกเลือดแทนไต แบบชั่วคราว	ชุด	250
115	5608	แผ่นใยสังเคราะห์แทนผนังท้องชนิดธรรมดา ความยาว 15 ซม.ขึ้นไป	อัน	2,800
116	5609	แผ่นใยสังเคราะห์แทนผนังท้องชนิดธรรมดา ความยาว 16 - 20 ซม.	อัน	5,000
117	5610	แผ่นใยสังเคราะห์แทนผนังท้องชนิดธรรมดา ความยาว 21 ซม. ขึ้นไป	อัน	8,000
118	5611	แผ่นใยสังเคราะห์แทนผนังท้องชนิดเมมเบรน ความยาว 15 ซม.ขึ้นไป	อัน	15,000
119	5612	แผ่นใยสังเคราะห์แทนผนังท้องชนิดเมมเบรน ความยาว 16 - 20 ซม.	อัน	25,000
120	5613	แผ่นใยสังเคราะห์แทนผนังท้องชนิดเมมเบรน ความยาว 21 ซม. ขึ้นไป	อัน	35,000
121	6001	สายสวนปัสสาวะ ชนิดในท่อไต	เส้น	3,700
122	6002	สายสวนปัสสาวะ ชนิดใช้ในไต	เส้น	3,700
123	6003	สายสวนปัสสาวะ ชนิดใช้กับกระเพาะปัสสาวะ ผ่านทางหน้าท้อง	เส้น	900
124	6004	ชุดเจาะปัสสาวะทางหน้าท้อง (Trocar percutaneous cystostomy set)	ชุด	700
125	6005	ชุดเจาะไตเพื่อนำน้ำปัสสาวะออกจากไต (Percutaneous neprostomy set)	ชุด	3,100
126	6101	ตัวกรองไตเทียม (Dialyzer) แบบธรรมดา	ชุด	900

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
127	6102	ตัวกรองไตเทียม (Dialyzer) แบบประสิทธิภาพสูง	ชุด	1,900
128	6103	ตัวกรองแบบพิเศษดูดซับสารพิษ(Hemoperfusion catridge) ชนิดผงถ่าน	ชุด	11,000
129	6104	ตัวกรองแบบพิเศษดูดซับสารพิษ(Hemoperfusion catridge) ชนิดเรซิน	ชุด	25,000
130	6205	Urinometer set (ต่อจากสายสวนระยะยาว)	ชุด	530
131	7216	โลหะดามกระดูกภายนอก	ชุด	10,000
132	7303	แท่งโลหะดามกระดูกขนาดต่าง ๆ (Schanz screw)	อัน	900
133	8301	เฝือกพยุงคอ (Collar) ชนิดอ่อน	ชุด	250
134	8302	เฝือกพยุงคอ (Collar) แข็ง	ชุด	250
135	8303	เฝือกพยุงคอ (Collar) ชนิดปรับได้	ชุด	500
136	8304	เฝือกพยุงคอ (Collar) ชนิด 2 หรือ 4 ขา	ชุด	1,000
137	8305	เฝือกพยุงลำตัว	ชุด	2,000
138	8307	เฝือกพยุงระดับเอว (Lumbosacral support)	ชุด	1,000
139	8602	สายคล้องแขน (Arm sling)	อัน	150
140	9104	อุปกรณ์เครื่องจี้ปิดและตัดเส้นเลือด (Energy-based vascular sealing and cutting instrument)	ครั้ง	5,000
141	52320	ค่าออกซิเจน	<8 ชม.	175
142	52321	ค่าออกซิเจน	วัน	450
143	22105	Blood group (ABO- Cell and Serum grouping) - Tube method	Test	100
144	22112	Blood group (ABO- Cell and Serum grouping) - Gel method	Test	165
145	22106	ABO Cell grouping - Slide method (ในกรณีตรวจหมู่เลือดซ้ำเท่านั้น)	Test	35
146	22108	RH. (D) Typing - Tube Method	Test	80
147	22113	Rh. (D) Typing - Gel Method	Test	100
148	22109	Rh. Typing (Complete)	Test	324
149	22103	Antibody screening (Indirect antiglobulin Test) - Tube Method	Test	60
150	22104	Antibody screening, (Indirect antiglobulin Test) - Gel Method	Test	120
151	22116	Antibody screening A Cell (Indirect antiglobulin Test) - Gel method	Test	120
152	22117	Antibody screening B Cell (Indirect antiglobulin Test) - Gel method	Test	50
153	22110	Direct antiglobulin test -Tube Method	Test	65
154	22111	Direct antiglobulin test -Gel Method	Test	100
155	22120	Type and screen (ABO+Rh+ab screening) Tube test	unit	200
156	22121	Type and screen (ABO+Rh+ab screening) gel test	unit	385
157	22114	Cross matching - Tube Method	unit	80
158	22115	Cross matching - Gel method	unit	150

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
159	22101	Antibody identification - Tube Method	Test	300
160	22102	Antibody identification - Gel method	Test	400
161	22146	Direct Coomb's Test monospecific 5 ชนิด IgG, Ig M, IgA, C3c และ C3d - Gel Method	Test	1,500
162	22147	Direct Coomb's Test monospecific 2 ชนิด IgG และ C3c - Gel Method	Test	900
163	23101	Whole Blood (กาชาด)	Unit	600
164	23102	Leukocyte Depleted Whole Blood (LDWB) (กาชาด)	Unit	1,550
165	23151	Whole Blood	Unit	740
166	23152	Whole Blood (NAT)	Unit	1,000
167	23153	Preoperative Autologous Whole Blood Donation (PAD - รวมค่า LAB)	Unit	740
168	23201	PRC (NAT) (กาชาด)	Unit	540
169	23202	Leukocyte Poor PRC (NAT) (กาชาด)	Unit	520
170	23203	Leukocyte Depleted PRC (NAT) (กาชาด)	Unit	1,500
171	23251	PRC	Unit	500
172	23252	PRC (NAT)	Unit	700
173	23253	Leukocyte Poor PRC	Unit	550
174	23254	Leukocyte Poor PRC (NAT)	Unit	700
175	23255	Leukocyte Depleted PRC	Unit	1,500
176	23256	Leukocyte Depleted PRC (NAT)	Unit	1,800
177	23301	Random Platelet Concentrate (NAT) (กาชาด)	Unit	340
178	23302	Leukocyte Poor Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (กาชาด)	Unit	3,200
179	23303	Leukocyte Depleted Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT) (กาชาด)	Unit	6,000
180	23351	Random Platelet Concentrate	Unit	400
181	23358	Random Platelet Concentrate (NAT)	Unit	600
182	23361	Leukocyte Poor Platelet Concentrate (NAT)	Unit	1,000
183	23352	Leukocyte Poor Pooled Platelet Concentrate 4 units (NAT)	Unit	4,300
184	23359	Leukocyte Depleted Platelet Concentrate 1 unit	Unit	1,600
185	23353	Leukocyte Depleted Pooled Platelet Concentrate 4 units(NAT) (filtration method)	Unit	6,300
186	23401	Fresh Frozen Plasma (NAT) (กาชาด)	Unit	450

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
187	23453	Leukocyte Depleted Fresh Frozen Plasma (LDFFP)	Unit	690
188	23402	Cryo-Removed Plasma (NAT) (กาชาด)	Unit	350
189	23451	Fresh Frozen Plasma	Unit	400
190	23452	Fresh Frozen Plasma (NAT)	Unit	650
191	23458	Cryo-Removed Plasma	Unit	300
192	23459	Cryo-Removed Plasma (NAT)	Unit	500
193	23454	Aged Plasma/cryo-removed plasma	Unit	400
194	23460	Aged Plasma /cryo-removed plasma (NAT)	Unit	500
195	23461	Leukocyte Depleted Cryo-Removed Plasma (LDCRP)	Unit	300
196	23462	Leukocyte Depleted Cryo-Removed Plasma (LDCRP) (NAT)	Unit	400
197	23463	Bovine thrombin (1000 IU)	Bottle	1,100
198	23468	Leukocyte Depleted Fresh Frozen Plasma (LDFFP) (กาชาด)	Unit	200
199	23403	Cryoprecipitate (NAT) (กาชาด)	Unit	400
200	23464	Leukocyte Depleted Cryoprecipitate (NAT) (กาชาด)	Unit	400
201	23455	Cryoprecipitate	Unit	370
202	23465	Cryoprecipitate NAT	Unit	600
203	23466	Leukocyte Depleted Cryoprecipitate (NAT)	Unit	750
204	23467	Heat Treat Freeze Dried Cryoprecipitate (HTFDC)	Unit	1,000
205	23206	Single Donor Red Cell. (SDR) - Non Filtered (NAT) (กาชาด)	Unit	2,000
206	23207	Single Donor Red Cell. (SDR) - Filtered (NAT) (กาชาด)	unit	2,200
207	23208	Single Donor Red Cell. (SDR) - Non Filtered (NAT)	unit	2,200
208	23209	Single Donor Red Cell. (SDR) - Filtered (NAT)	unit	3,170
209	23456	Single donor granocyte	unit	7,640
210	23457	Single donor granocyte Concentrate (กาชาด)	unit	9,000
211	23354	Single Donor Platelet Concentrate - Non-Filtered, Open System (NAT)	unit	6,500
212	23355	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Open System (NAT)	unit	7,600
213	23304	Single Donor Platelet Concentrate - Non - Filtered, Close System (NAT) (กาชาด)	Unit	7,000
214	23356	Single Donor Platelet Concentrate - Non-Filtered, Close System (NAT)	unit	7,000
215	23305	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Close System (NAT) (กาชาด)	Unit	7,000

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
216	23357	Single Donor Platelet Concentrate - Filtered, Close System (NAT)	Unit	8,800
217	23360	Leukodepleted Single Donor Platelet Concentrate (SDP)	unit	6,300
218	23362	Single Donor Platelet Concentrate PAS-C (กาชาด)	unit	7,000
219	23365	Pl Psorelen-treated Plateletpheresis PAS-C (กาชาด)	unit	12,000
220	23363	Leukodepleted Single Donor Platelet Concentrate (SDP) (NAT)	unit	8,400
221	23364	Single Donor Platelets PAS-C	unit	8,800
222	23510	ค่าอุปกรณ์เชื่อมถุงเลือดโดยเครื่องอัตโนมัติ	unit	120
223	23515	Transfer Bag 300 ml.	ถุง	65
224	23516	Plasma Transfer Set	set	20
225	33804	Carboxyhemoglobin, (Quantitative)	Test	250
226	37106	Cold agglutinin, (Qualitative)	Test	300
227	30105	Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR)	Test	50
228	30104	Hematocrit (centrifuged)	Test	35
229	31203	Occult blood, Stool	Test	75
230	30131	Platelet count (Manual)	Test	90
231	31301	Cell count and diff, Body fluid	Test	55
232	30101	Complete blood count (CBC)	Test	90
233	30102	Complete blood count without smear	Test	65
234	31201	Direct smear, Stool (Blood Cell Count Panel)	Test	45
235	30210	Bleeding time	Test	65
236	30205	Clot retraction time/Clot lysis time	Test	30
237	30201	Prothombin Time (PT) and International Normalize Ratio (INR)	Test	80
238	30202	Partial Thomboplastin Time (PTT)	Test	85
239	30203	Thrombin Time (TT)	Test	90
240	30204	Venous Clotting Time (VCT)	Test	50
241	31004	Albumin, Urine (Qualitative)	Test	10
242	31011	Alkaptonuria, Urine (Homogentisate)	Test	50
243	31006	Bile, Urine	Test	30
244	31007	Ketone, Urine (Test strip)	Test	120
245	31003	pH, Urine	Test	20
246	31101	Pregnancy test, Urine	Test	75
247	31002	Specific gravity	Test	25
248	31001	Urinalysis (Physical + Chemical + Microscopic) PANEL.UA	Test	65

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
249	31009	Urobilinogen, Urine	Test	50
250	32106	Calcium (Serum or Plasma, mg/dL)	Test	50
251	34118	Calcium, 24 hr Urine	Test	55
252	32110	Calcium, ionized	Test	400
253	34006	Calcium, Urine	Test	55
254	32104	Chloride	Test	40
255	32105	CO2	Test	40
256	32107	Magnesium	Test	55
257	34119	Magnesium, 24 hr Urine	Test	60
258	32101	Osmolarity, Serum	Test	130
259	34001	Osmolarity, Urine	Test	120
260	32109	Phosphorus (Phosphate)	Test	55
261	34120	Phosphorus, 24 hr Urine	Test	65
262	32103	Potassium	Test	40
263	34121	Potassium, 24 hr Urine	Test	50
264	34004	Potassium, Urine	Test	45
265	32102	Sodium	Test	40
266	34122	Sodium, 24 hr Urine	Test	50
267	34002	Sodium, Urine	Test	45
268	32108	Zinc, Serum/Urine	Test	480
269	32210	Ammonia	Test	350
270	32207	Bilirubin, Direct (Bilirubin.glucuronidated + Bilirubin.albumin bound)	Test	45
271	32209	Bilirubin, Micro (Neonatal bilirubin panel)	Test	60
272	32208	Bilirubin, Total	Test	45
273	32201	BUN (Blood Urea Nitrogen)	Test	45
274	32202	Creatinine	Test	45
275	34102	Creatinine, 24 hr Urine	Test	200
276	34101	Creatinine, Urine	Test	50
277	32203	Glucose (Blood, Urine, Other) (Quantitative)	Test	40
278	32216	Ketones, Serum (Quantitative)	Test	150
279	32008	Lactate	Test	165
280	32501	Lipid - Cholesterol	Test	60

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
281	32503	Lipid - HDL - cholesterol Cholesterol in HDL	Test	100
282	32502	Lipid - TG (Triglyceride)	Test	60
283	32504	Lipid - LDL - chol (direct) Cholesterol in LDL, Direct assay สั่งรายการเดียว	Test	150
284	34115	Porphyrin, Urine (Quantitative)	Test	120
285	32205	Uric acid (Urate)(Quantitative)	Test	60
286	33801	Adenosine deaminase (body fluid)	Test	530
287	32403	Albumin (Quantitative)	Test	35
288	32309	Alkaline phosphatase	Test	45
289	32303	Amylase, Serum	Test	100
290	34114	Amylase, Urine	Test	90
291	33803	Cholinesterase, Plasma or red cell (Quantitative)	Test	200
292	32305	Creatine Kinase-MB (CK-MB)	Test	500
293	32304	Creatinine Phosphokinase (CPK) (Creatine kinase) (Quantitative)	Test	85
294	37103	C-reactive protein (CRP) (Quantitative)	Test	185
295	37218	C-reactive protein (CRP), High sensitivity	Test	250
296	30310	G-6-PD Qualitative	Test	80
297	30322	G-6-PD Quantitative	Test	880
298	32312	Gamma glutamyl transpeptidase	Test	130
299	30317	Haptoglobin (Quantitative)	Test	215
300	32306	LDH Lactate dehydrogenase (Quantitative)	Test	60
301	32315	LDH isoenzyme	Test	340
302	32313	Lipase (Triacylglycerol lipase)	Test	250
303	34116	Microalbumin, Urine	Test	270
304	32316	Myoglobin (Quantitative)	Test	300
305	32407	NT-pro BNP (Natriuretic peptide.B prohormone N-Terminal)	Test	1,500
306	32310	SGOT (AST Aspartate aminotransferase)	Test	45
307	32311	SGPT (ALT Alanine aminotransferase)	Test	40
308	34301	Total protein (Quantitative)	Test	60
309	34104	Total protein, 24 hr Urine (Quantitative)	Test	130
310	34103	Total protein, Urine random (Quantitative)	Test	55
311	32307	Troponin	Test	400

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
312	32612	Thyroid hormone - Free T3 (Free Tri - iodothyroxine) (Triiodothyronine.free)	Test	170
313	32610	Thyroid hormone - Free T4 (Free Thyroxine)	Test	165
314	32611	Thyroid hormone - T3 (Tri - iodothyroxine) (Triiodothyronine)	Test	165
315	32608	Thyroid hormone - TSH (Thyroid Stimulating Hormone) (Thyrotropin) (Quantitative)	Test	185
316	32002	Blood gas analysis	Test	215
317	32001	Electrolyte (Na, K, Cl, CO2)	Test	110
318	32004	Lipid profile (Cholesterol, HDL-chol, LDL-chol, TG)	Test	200
319	32003	Liver function test	Test	320
320	31511	Stone composition analysis	Test	1,360
321	37503	Urine organic acid analysis	Test	2,500
322	33107	Acetaminophen (quantitative)	Test	700
323	33550	Acetone (quantitative)	Test	250
324	33006	Amikacin (quantitative)	Test	335
325	33112	Amitriptyline (quantitative)	Test	1,000
326	33701	Amphetamine	Test	360
327	37239	Antihistamines (qualitative)	Test	200
328	33503	Arsenic (quantitative จาก Urine, EDTA blood)	Test	600
329	33118	Barbiturates (quantitative)	Test	450
330	33123	Benzodiazepine (qualitative)	Test	360
331	33702	Cannabinoid	Test	450
332	33602	Carbamate	Test	450
333	33101	Carbamazepine (quantitative)	Test	360
334	33554	Chloroform	Test	300
335	33515	Cyanide (quantitative)	Test	200
336	33201	Cyclosporin (quantitative)	Test	1,000
337	33302	Digoxin (quantitative)	Test	240
338	33555	Ethanol (Ethyl alcohol) วิธี GC	Test	440
339	33208	Everolimus (quantitative)	Test	1,200
340	33151	Imipramine (qualitative)	Test	200
341	33508	Lead (quantitative)	Test	480
342	33110	Lithium (quantitative)	Test	380

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
343	33705	Marijuana (Cannabinoid) วิธี immunoassay	Test	145
344	33708	Methamphetamine (qualitative)	Test	100
345	33709	Methamphetamine, Confirm test (quantitative)	Test	1,000
346	33557	Methanol วิธี GC	Test	270
347	33725	Opiates (quantitative)	Test	450
348	33610	Organochlorine (Type)	Test	720
349	33611	Organonitrogen	Test	1,000
350	33604	Organophosphate (qualitative)	Test	120
351	33605	Paraquat (qualitative)	Test	200
352	33102	Phenobarbital (quantitative)	Test	360
353	33171	Phenothiazine (quantitative)	Test	300
354	33103	Phenytoin (quantitative)	Test	300
355	33319	Pyrethrins	Test	1,000
356	33108	Salicylate (quantitative)	Test	300
357	33204	Sirolimus (quantitative)	Test	1,100
358	36387	Surfactant	Test	200
359	33203	Tacrolimus (EDTA)	Test	1,000
360	33301	Theophyline (quantitative)	Test	300
361	33558	Thinner (Toluene)	Test	200
362	33104	Valproic acid/Sodium valproate (quantitative)	Test	300
363	33005	Vancomycin (quantitative)	Test	415
364	33560	Volatile Organic Compounds	Test	800
365	33607	Zinc Phosphide	Test	100
366	35101	Aerobic culture and sensitivity	Test	275
367	35102	Anaerobic culture and sensitivity	Test	775
368	36021	Bacterial Antigen (CSF), including H. influenzae, N. meningitidis, S. pneumoniae, S. agalactiae	Test	605
369	35002	Gram stain	Test	65
370	35105	Hemoculture and sensitivity, Automate ต่อ 1 ขวด	Test	300
371	36012	B. pseudomallei - Ab (Melioid titer) - Indirect hemagglutination assay (IHA)	Test	110
372	36013	Haemophilus influenzae type b Ag	Test	250
373	35201	Helicobacter pylori - Urease test (gastric biopsy)	Test	300

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
374	36015	Helicobacter pylori (CLO)	Test	300
375	36014	Helicobacter pylori/Ab (Quantitative)	Test	500
376	36025	Legionella pneumophila DNA detection, NP wash	Test	750
377	36026	Legionella pneumophila Ag, urine ด้วยวิธี IC assay	Test	1,200
378	36007	Leptospira spp. Ab detection (Qualitative)	Test	200
379	36023	Mycoplasma pneumoniae Ab	Test	350
380	36046	Mycoplasma pneumoniae, quantitative DNA detection	Test	1,100
381	36053	Orientia tsutsugamushi (Scub Typhus) Ab detection	Test	200
382	36740	Rickettsia typhi Ab detection	Test	700
383	36020	Salmonella species antibody detection (include Widal's test)	Test	110
384	36001	Streptococcus gr A - Anti - Streptolysin O	Test	120
385	36009	Streptococcus gr B Ag	Test	250
386	36008	Streptococcus pneumoniae Ag	Test	250
387	31502	Treponema pallidum - Dark field examination	Test	90
388	36004	Treponema pallidum - FTA - Abs	Test	275
389	36006	Treponema pallidum - TPHA	Test	100
390	36003	Treponema pallidum - VDRL (RPR) (Reagin Ab, D400	Test	55
391	35001	AFB stain (Acid-Fast Bacilli stain)	Test	65
392	35005	Modified acid-fast stain	Test	95
393	36700	Avian influenza virus Ag (rapid)	Test	385
394	36504	Avian influenza virus, qualitative RT-PCR	Test	2,310
395	36614	Dengue virus Ag NS1	Test	550
396	36610	Dengue virus Ab (qualitative)	Test	285
397	36613	Dengue virus, qualitative RT - PCR	Test	1,155
398	36750	Enterovirus 71 Ag	Test	350
399	36319	Hepatitis B virus HBs Ag (Hepatitis B surface antigen) - ELISA, MEIA, ECLIA	Test	255
400	36318	Hepatitis B virus HBs Ag (Hepatitis B surface antigen) - PHA	Test	145
401	36321	Hepatitis B virus HBs - Quantitative Ag	Test	660
402	36331	Hepatitis C virus HCV Ab (Hepatitis C Antibody)	Test	580
403	36450	HHV-6 (Human Herpesvirus type 6) PCR - Quantitative (Real time PCR)	Test	1,300
404	36351	HIV Ab (screening)	Test	360

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
405	36350	HIV Ab (screening) - RAPID	Test	240
406	36360	HIV Ag (Qualitative)	Test	265
407	36506	Influenza A and B virus Ag (rapid test)	Test	385
408	36514	Influenza A virus Ag	Test	350
409	36517	Influenza B virus Ag	Test	395
410	36620	Japanese encephalitis virus Ab (Qualitative)	Test	250
411	36570	Rota virus Ag	Test	450
412	35003	Indian ink preparation	Test	70
413	35004	KOH preparation	Test	60
414	37227	Cryptococcal Ag, serum/CSF (Qualitative)	Test	295
415	36208	Entamoeba histolytica Ab	Test	600
416	31214	Malaria, thick film	Test	85
417	30126	Malaria, thin film	Test	170
418	35007	Wet smear for ova/parasite	Test	60
419	41001	ภาพถ่ายเอ็กซเรย์ทั่วไป / แผ่น	film	200
420	41003	ภาพถ่ายเอกซเรย์ดิจิตัล / exposure	ภาพ	250
421	41002	Mobile X-Rays / แผ่น	film	330
422	41004	mobile X-rays ดิจิตัล/ exposure	ภาพ	350
423	41203	TM joint	film	275
424	41201	Panoramic/Cephalometry	film	300
425	42001	Fluoroscopic observation	ครั้ง	600
426	42101	Myelography one part cervical/lumbar	ครั้ง	2,000
427	42102	Myelography complete	ครั้ง	2,550
428	42201	Sialography	ครั้ง	1,150
429	42202	Dacryography	ครั้ง	1,150
430	42010	Venography	ครั้ง	1,800
431	42509	T-Tube cholangiogram	ครั้ง	1,300
432	42510	Intraoperative cholangiogram	ครั้ง	1,700
433	42511	Fistulogram or loopogram	ครั้ง	1,300
434	42601	Intravenous Pyelogram	ครั้ง	1,950
435	42602	Retrograde Pyelogram	ครั้ง	1,500
436	42603	Voiding cystourethrogram/ Urethrogram/ Cystogram	ครั้ง	1,800
437	42605	Hysterosalpingogram	ครั้ง	1,850

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
438	43101	US: Brain/ Pediatric head	ครั้ง	800
439	43105	US: Head/scalp/face mass	ครั้ง	800
440	43141	US: Pediatric spine	ครั้ง	800
441	43221	US: Parotid glands	ครั้ง	800
442	43243	US: Floor of mouth	ครั้ง	800
443	43245	US: Submandibular glands	ครั้ง	800
444	43253	US: Neck node	ครั้ง	800
445	43261	US: Thyroid gland	ครั้ง	800
446	43262	US: Parathyroid glands	ครั้ง	800
447	43301	US: Chest	ครั้ง	800
448	43303	US: Diaphragm	ครั้ง	800
449	43330	US: Breast	ครั้ง	800
450	43506	US: Upper abdomen	ครั้ง	800
451	43507	US: Lower abdomen/ Pelvis	ครั้ง	800
452	43508	US: Abdominal wall	ครั้ง	800
453	43509	US: Hernia (1 side = 1 part)	ครั้ง	800
454	43530	US: Pediatric bowel	ครั้ง	800
455	43601	US: Endovaginal or endorectal probe	ครั้ง	850
456	43602	US: KUB	ครั้ง	800
457	43603	US: Back	ครั้ง	800
458	43604	US: Buttock	ครั้ง	800
459	43640	US: Endorectal probe with elastography for prostate	ครั้ง	1,500
460	43643	US: Scrotum	ครั้ง	800
461	43720	US: Shoulder joint (1 side = 1 part)	ครั้ง	800
462	43721	US: Arm (1 side = 1 part)	ครั้ง	800
463	43722	US: Elbow joint (1 side = 1 part)	ครั้ง	800
464	43723	US: Forearm (1 side = 1 part)	ครั้ง	800
465	43724	US: Wrist joint (1 side = 1 part)	ครั้ง	800
466	43725	US: Hand (1 side = 1 part)	ครั้ง	800
467	43780	US: Hip joint (1 side = 1 part)	ครั้ง	800
468	43781	US: Thigh (1 side = 1 part)	ครั้ง	800
469	43782	US: Knee joint (1 side = 1 part)	ครั้ง	800
470	43783	US: Leg (1 side = 1 part)	ครั้ง	800

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
471	43784	US: Ankle joint (1 side = 1 part)	ครั้ง	800
472	43785	US: Foot (1 side = 1 part)	ครั้ง	800
473	43001	US: Portable	ครั้ง	1,050
474	43002	3-D Ultrasound	ครั้ง	800
475	43003	4-D Ultrasound: diagnostic of fetal anomalies	ครั้ง	2,500
476	51441	Carotid Duplex Scan	ครั้ง	1,500
477	43611	US Doppler: Renal artery/vein (bilateral)	ครั้ง	4,000
478	43614	US Doppler: transplanted kidney	ครั้ง	4,000
479	43510	US Doppler: Liver	ครั้ง	4,000
480	43763	US Doppler: Deep Vein Thrombosis (1 ข้าง)	ครั้ง	2,200
481	43764	US Doppler: Varicose Vein (1 ข้าง)	ครั้ง	4,000
482	43044	US Doppler: Hemodialysis access	ครั้ง	4,000
483	51440	Transcranial Doppler Ultrasound	ครั้ง	2,000
484	44101	CT brain: noncontrast study	ครั้ง	3,100
485	44102	CT brain: with contrast study (including pituitary gland, skull base)	ครั้ง	4,600
486	44210	CT orbits	ครั้ง	5,000
487	44220	CT temporal bone (including internal acoustic canals)	ครั้ง	5,000
488	44232	CT PNS screening	ครั้ง	2,500
489	44250	CT neck (including nasopharynx, oropharynx, oral cavity, parotid glands, thyroid gland, parathyroid glands)	ครั้ง	5,700
490	44260	CT larynx (or CT vocal cord paralysis)	ครั้ง	5,700
491	44201	CT Facial bone	ครั้ง	4,000
492	44301	CT Chest with contrast	ครั้ง	5,000
493	44302	High resolution CT chest (HRCT)	ครั้ง	4,000
494	44501	CT upper abdomen	ครั้ง	5,000
495	44502	CT lower abdomen (or pelvis)	ครั้ง	5,000
496	44503	CT whole abdomen	ครั้ง	9,500
497	44610	CT Kidney spiral	ครั้ง	5,000
498	44532	CT colonography	ครั้ง	11,000
499	44620	CT Cystography	ครั้ง	7,000
500	44020	CT Fistulography	ครั้ง	6,000
501	44508	CT peritoneography	ครั้ง	10,000

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
502	44140	CT spine 1 part (cervical, thoracic, lumbosacral)	ครั้ง	5,350
503	44701	CT extremity and joint 1 part	ครั้ง	5,000
504	44726	CT Arthrography: Shoulder joint (1 side = 1 part)	ครั้ง	6,000
505	44727	CT Arthrography: Elbow joint (1 side = 1 part)	ครั้ง	6,000
506	44728	CT Arthrography: Wrist joint (1 side = 1 part)	ครั้ง	6,000
507	44404	CT Cardiac function	ครั้ง	15,000
508	44402	CTA coronary arteries	ครั้ง	13,000
509	44103	CTA: Brain	ครั้ง	12,000
510	44251	CTA: Neck	ครั้ง	12,000
511	44310	CTA: Chest	ครั้ง	12,000
512	44311	CTA: Pulmonary artery	ครั้ง	12,000
513	44421	CTA Whole aorta	ครั้ง	16,000
514	44422	CTA: Thoracic aorta	ครั้ง	12,000
515	44423	CTA: Abdominal aorta	ครั้ง	12,000
516	44510	CTA: Liver donor	ครั้ง	12,000
517	44603	CTA: Pelvis	ครั้ง	12,000
518	44611	CTA: Renal arteries	ครั้ง	12,000
519	44750	CTA: Upper extremities (peripheral runoff)	ครั้ง	12,000
520	44760	CTA Lower extremities (peripheral runoff)	ครั้ง	15,000
521	44105	CTV: Brain	ครั้ง	12,000
522	44253	CTV: Neck	ครั้ง	12,000
523	44312	CTV: Chest	ครั้ง	12,000
524	44505	CTV: Abdomen	ครั้ง	12,000
525	44751	CTV: Upper extremities	ครั้ง	12,000
526	44761	CTV: Lower extremities	ครั้ง	15,000
527	44005	additional multiphase	ครั้ง	1,000
528	44006	additional CT perfusion	ครั้ง	8,000
529	44004	Additional 3D reconstruction/ image processing 1 part	ครั้ง	1,050
530	44901	Using non-ionic contrast media	50 ml.	1,000
531	45101	MRI brain	ครั้ง	8,000
532	45103	MRA brain	ครั้ง	11,000
533	45250	MRA neck (or carotid)	ครั้ง	12,000
534	45106	MRA brain+neck (or carotid)	ครั้ง	11,000

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
535	45105	MRV brain	ครั้ง	6,000
536	45102	MRI+MRA brain	ครั้ง	11,000
537	45110	MRI pituitary gland	ครั้ง	8,000
538	45120	MRI skull base (and/or cavernous sinus)	ครั้ง	4,000
539	45211	MRI orbits	ครั้ง	8,000
540	45220	MRI temporal bone (and/or internal acoustic canal)	ครั้ง	4,000
541	45202	MRI face (including paranasal sinuses)	ครั้ง	8,000
542	45260	MRI Larynx (Neck)	ครั้ง	8,000
543	45201	MRI temporomandibular joints	ครั้ง	8,000
544	45171	MRI Fiber tracking (DTI) brain	ครั้ง	5,000
545	45172	MRI Fiber tracking (DTI) spinal cord	ครั้ง	5,000
546	45003	MRI Diffusion/Perfusion	ครั้ง	4,000
547	45005	MR Spectroscopy	ครั้ง	4,000
548	45004	Functional MRI	ครั้ง	10,000
549	45170	MRI CSF flow	ครั้ง	5,000
550	45104	MRI Hippocampus	ครั้ง	4,025
551	45117	MRI Vessel wall : Brain	ครั้ง	5,000
552	45257	MRI Vessel wall : Neck	ครั้ง	5,000
553	45142	MRI Spine : Screening whole spine	ครั้ง	8,000
554	45143	MRI Spine : Cervical	ครั้ง	8,000
555	45144	MRI Spine : Thoracic	ครั้ง	8,000
556	45145	MRI Spine : Lumbosacral	ครั้ง	8,000
557	45146	MRI Spine : Thoracolumbar junction	ครั้ง	8,000
558	45147	MRI Spine : Sacral	ครั้ง	8,000
559	45141	MRI whole spine	ครั้ง	16,000
560	45160	MRI brachial plexus	ครั้ง	13,500
561	45151	MRA Spine : Cervical	ครั้ง	8,000
562	45152	MRA Spine : Thoracic	ครั้ง	8,000
563	45153	MRA spine : Lumbar	ครั้ง	8,000
564	45720	MRI Shoulder Joint (1 side = 1 part)	ครั้ง	5,980
565	45721	MRI Arm (1 side = 1 part)	ครั้ง	8,000
566	45722	MRI Elbow joint (1 side = 1 part)	ครั้ง	8,000
567	45723	MRI Forearm (1 side = 1 part)	ครั้ง	8,000

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
568	45724	MRI Wrist joint (1 side = 1 part)	ครั้ง	8,000
569	45725	MRI Hand (1 side = 1 part)	ครั้ง	8,000
570	45726	MR Arthrography: Shoulder joint (1 side = 1 part)	ครั้ง	12,000
571	45727	MR Arthrography: Elbow joint (1 side = 1 part)	ครั้ง	12,000
572	45728	MR Arthrography: Wrist joint (1 side = 1 part)	ครั้ง	12,000
573	45301	MRI Chest and/or mediastinum	ครั้ง	8,000
574	45310	MRA pulmonary arteries	ครั้ง	12,000
575	45302	MRV chest	ครั้ง	12,000
576	45330	MRI Breast (unilateral)	ครั้ง	8,000
577	45331	MRI Breasts (bilateral)	ครั้ง	12,000
578	45401	MRI heart	ครั้ง	8,000
579	45402	MRI heart+perfusion	ครั้ง	10,350
580	45403	MRI heart CgHD/Cine	ครั้ง	12,000
581	45404	MRI heart screening ASD	ครั้ง	4,000
582	45410	MRA heart	ครั้ง	12,000
583	45422	MRA thoracic aorta	ครั้ง	10,000
584	45423	MRA abdominal aorta	ครั้ง	10,000
585	45420	MRA whole aorta	ครั้ง	12,000
586	45613	MRA renal arteries	ครั้ง	12,000
587	45750	MRA Upper extremity (แขน 2 ข้าง)	ครั้ง	15,000
588	45751	MRV Upper extremity (แขน 2 ข้าง)	ครั้ง	15,000
589	45752	MRA Upper extremity (แขน 1 ข้าง)	ครั้ง	8,000
590	45753	MRV Upper extremity (แขน 1 ข้าง)	ครั้ง	8,000
591	45760	MRA Lower extremity (ขา 2 ข้าง)	ครั้ง	12,000
592	45761	MRV Lower extremity (ขา 2 ข้าง)	ครั้ง	12,000
593	45762	MRA Lower extremity (ขา 1 ข้าง)	ครั้ง	8,000
594	45763	MRV Lower extremity (ขา 1 ข้าง)	ครั้ง	8,000
595	45505	MRV Upper abdomen	ครั้ง	12,000
596	45501	MRI Upper abdomen	ครั้ง	8,000
597	45601	MRI Lower abdomen (or pelvic cavity)	ครั้ง	4,000
598	45502	MRI whole abdomen	ครั้ง	16,000
599	45511	MRCP (cholangiopancreaticography)	ครั้ง	4,000
600	45512	MRI upper abdomen + MRCP	ครั้ง	12,000

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
601	45602	MRI Urography	ครั้ง	4,000
602	45640	MRI prostate gland	ครั้ง	8,000
603	45533	MRI defecography	ครั้ง	12,000
604	45580	MRI fetus	ครั้ง	8,000
605	45118	MRI Perfusion brain	ครั้ง	5,000
606	45258	MRI Perfusion neck	ครั้ง	5,000
607	45328	MRI Perfusion chest	ครั้ง	5,000
608	45338	MRI Perfusion breast	ครั้ง	5,000
609	45418	MRI Perfusion cardiac	ครั้ง	5,000
610	45506	MRI Perfusion upper abdomen	ครั้ง	5,000
611	45608	MRI Perfusion lower abdomen	ครั้ง	5,000
612	45748	MRI Perfusion upper extremities	ครั้ง	5,000
613	45778	MRI Perfusion lower extremities	ครั้ง	5,000
614	45514	MRI Elastography of liver	ครั้ง	4,000
615	45405	MRI for iron assessment (cardiac)	ครั้ง	4,000
616	45905	MRI for navigator	ครั้ง	4,000
617	45901	MR: Using gadolinium contrast media	ครั้ง	2,500
618	45902	Using Ferucarbotran contrast medium	ครั้ง	9,050
619	42512	Angiography, single shot	ครั้ง	4,000
620	42513	Angiography, selective	ครั้ง	17,000
621	42514	Angiography, each following vessel	ครั้ง	5,000
622	42516	Splenoportography (selective)	ครั้ง	18,000
623	72610	Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage (PTBD)	ครั้ง	13,000
624	72941	Digital Subtraction Imaging (DSI)	ครั้ง	5,000
625	72942	Digital Subtraction Angiography (DSA 1 plane)	ครั้ง	12,000
626	72943	Digital Subtraction Angiography (DSA 2 plane)	ครั้ง	18,000
627	51410	E.C.G. (Electrocardiography)	ครั้ง	200
628	51420	Echo-Transthoracic + color + Doppler	ครั้ง	2,000
629	51421	3 D Echocardiography	ครั้ง	3,000
630	51460	Ankle-Brachial index (A.B.I)	ครั้ง	500
631	51461	Toe-Brachial Index (T.B.I)	ครั้ง	700
632	71011	การช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation)	ครั้ง	900
633	71121	การเจาะน้ำไขสันหลัง (Lumbar puncture)	ครั้ง	200

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
634	52110	Intracranial pressure monitoring (ไม่รวมสาย)	วัน	400
635	71241	Nasal packing, anterior	ครั้ง	120
636	71242	Nasal packing, anterior and posterior (รวมยาและวัสดุ packing)	ครั้ง	1,000
637	71250	Nasal endoscope	ครั้ง	800
638	71260	เอาสิ่งแปลกปลอมออกจากคอ	ครั้ง	120
639	71270	Direct Fiberoptic laryngoscopy	ครั้ง	1,000
640	71271	Direct laryngoscopy with remove FB	ครั้ง	1,400
641	71310	การใส่ท่อหลอดลมคอ (Intubation/ไม่รวมท่อ)	ครั้ง	200
642	71321	Rigid bronchoscope with FB removal/ dilatation (ไม่รวมค่าดมยา)	ครั้ง	1,400
643	71332	FOL Bronchoscope with remove FB		2,100
644	71340	เจาะปอด (Thoracocentesis)	ครั้ง	200
645	71341	การระบายเอาน้ำในช่องปอดออก (Chest Drain)	ครั้ง	400
646	52022	การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูงเพื่อรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ	ชั่วโมง	12,000
647	71410	การเปิดหลอดเลือดดำ (Cut down)	ครั้ง	880
648	71411	การเปิดหลอดเลือดแดง	ครั้ง	400
649	71412	การสวนหลอดเลือดที่สายสะดือ	ครั้ง	350
650	71510	เจาะท้องเอาน้ำออก (Abdominal Paracentesis)	ครั้ง	200
651	71511	การดูดหนองจากฝีที่ตับ (Liver Aspiration)	ครั้ง	250
652	71540	การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน (Esophago-gastro-duodeonoscopy)	ครั้ง	1,300
653	71532	การใส่ Zengstaken Intubation	ครั้ง	450
654	71550	การส่องตรวจทวารหนัก (Proctoscopy)	ครั้ง	40
655	71551	การส่องตรวจทวารหนักและ ซิกมอยด์ (Proctosigmoidoscopy fiberoptic)	ครั้ง	1,000
656	71560	Colonoscopy (การส่องตรวจลำไส้ใหญ่)	ครั้ง	2,300
657	71570	การทำ Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography (ERCP)	ครั้ง	6,500
658	71710	เจาะน้ำออกจากข้อ	ครั้ง	150
659	71720	ตัดเฝือก	ครั้ง	100
660	71721	ถอดเหล็กออก	ครั้ง	300
661	71722	Skin traction	ครั้ง	300
662	71723	Skeletal traction	ครั้ง	900
663	71724	ดามนิ้ว (Finger splint)	ครั้ง	100
664	71725	ดามข้อ หรือดามกระดูกภายนอกชั่วคราว	ครั้ง	300

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
665	71730	Short arm AP slab	ครั้ง	250
666	71731	Short arm volar slab	ครั้ง	180
667	71732	Ulnar gutter	ครั้ง	220
668	71733	Radius gutter	ครั้ง	220
669	71734	Long arm AP slab	ครั้ง	380
670	71735	Long arm post. slab	ครั้ง	340
671	71736	U slab	ครั้ง	380
672	71737	Thumb spica slab	ครั้ง	220
673	71738	Short leg AP slab	ครั้ง	500
674	71739	Short leg post. slab	ครั้ง	400
675	71740	Long leg AP slab	ครั้ง	850
676	71741	Long leg post slab	ครั้ง	750
677	71742	Knee AP slab	ครั้ง	650
678	71743	Knee post. slab	ครั้ง	550
679	71750	Short arm cast	ครั้ง	250
680	71751	Long arm cast	ครั้ง	380
681	71752	Thumb spica cast	ครั้ง	250
682	71753	Short leg cast	ครั้ง	420
683	71754	Long leg cast	ครั้ง	800
684	71755	Short leg walking cast	ครั้ง	500
685	71771	Short arm post. slab	ครั้ง	750
686	71773	Thumb spica slab	ครั้ง	420
687	71775	Knee slab	ครั้ง	680
688	71834	Incision and Drainage (การผ่าฝี)	ครั้ง	330
689	70110	บริการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (GA) ชั่วโมงแรก	ต่อชั่วโมง	1,400
690	70111	บริการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (GA) ชั่วโมงถัดไป	ต่อชั่วโมง	1,000
691	70112	บริการระงับความรู้สึกที่ซับซ้อน (GA) ชั่วโมงแรก	ต่อชั่วโมง	2,000
692	70113	บริการระงับความรู้สึกที่ซับซ้อน (GA) ชั่วโมงถัดไป	ต่อชั่วโมง	1,500
693	70130	บริการระงับความรู้สึกเฉพาะแห่ง (RA) ชั่วโมงแรก	ต่อชั่วโมง	1,200
694	70131	บริการระงับความรู้สึกเฉพาะแห่ง (RA) ชั่วโมงถัดไป	ต่อชั่วโมง	900
695	71320	Rigid bronchoscope	ครั้ง	1,200
696	70301	ค่า Carbon dioxide monitoring	ครั้ง	200
697	70310	ค่าใช้เครื่องวัดความเข้มข้นของไอระเหยของยาดมสลบ	ครั้ง	300

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
698	70320	ค่าใช้เครื่อง jet ventilator	ครั้ง	500
699	70201	ค่า Volatile anesthetic agents ต่อชั่วโมง	ต่อชั่วโมง	450
700	55210	การล้างตา/ข้าง (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	ครั้ง	80
701	55310	การช่วยทางเดินหายใจให้โล่ง (Clear air way)	ครั้ง (visit)	100
702	55311	การดูดเสมหะจากท่อหลอดลม	ครั้ง (visit)	60
703	55320	การพ่นยาขยายหลอดลม (เฉพาะผู้ป่วยนอกหรือฉุกเฉิน)	ครั้ง (visit)	60
704	52310	การใช้เครื่องช่วยหายใจ - Pressure control respirator	<8 ชม.	650
705	52311	การใช้เครื่องช่วยหายใจ - Pressure control respirator	วัน	1,000
706	52312	การใช้เครื่องช่วยหายใจ - Volume control respirator	<8 ชม.	1,000
707	52313	การใช้เครื่องช่วยหายใจ - Volume control respirator	วัน	1,900
708	52314	ค่าเครื่องช่วยหายใจ - Bipap (non invasive positive pressure)	วัน	1,000
709	52411	การใช้เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจต่อ 1 วัน	วัน	660
710	52440	การใช้เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจรแบบอิเลคทรอนิกส์ (Non-Invasive Blood Pressure, NIBP)	วัน	160
711	52441	การใช้เครื่อง O2 sat	วัน	100
712	55510	การใส่สายยางกระเพาะอาหาร	ครั้ง	80
713	52510	การใช้เครื่อง Intermittent NG suction	วัน	110
714	55512	การล้างกระเพาะอาหาร	ครั้ง	260
715	55610	การสวนปัสสาวะทิ้ง	ครั้ง	110
716	55611	การสวนปัสสาวะคาสาย	ครั้ง	110
717	55612	การล้างกระเพาะปัสสาวะ	ครั้ง	160
718	55620	การตรวจภายใน	ครั้ง	120
719	55811	การทำแผลเปิด/ติดเชื้อ	แผล	170
720	55812	การทำแผลเปิดขนาดใหญ่ (ทำแผลใช้เวลา>15 นาที แผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกระดับตั้งแต่ Second degree burn)	แผล	320
721	55820	การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	ครั้ง	120
722	52910	การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำพร้อมกับการใช้เครื่องควบคุมการให้สารละลาย (Infusion pump)	วัน	200
723	55822	การฉีดยา IV (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	เข็ม	30
724	55823	การฉีดยา IM (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	เข็ม	30

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
725	55824	การฉีดยาใต้ผิวหนัง (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)	เข็ม	30
726	52011	Infant radiant warmer	วัน	165
727	52621	การใช้เครื่องตรวจสอบภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์แบบ Non stress test, NST หรือ acoustic stimulation test	ครั้ง	220
728	52013	การใช้ Hypo-hyperthemia	ครั้ง	200

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๒๐.๙ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยในโดยมีหลักเกณฑ์ตาม (๒)

(๒) เป็นการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมให้กับบริการที่มีความแตกต่างระหว่างค่ารักษาพยาบาลกับค่าใช้จ่ายที่ได้รับมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดเฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ฉบับที่ ๖ โดยการกำหนดระดับเริ่มต้นของการจ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติถูกกำหนดไว้ ๒ แบบ ดังนี้

(ก) ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบคงที่ (Fixed outlier loss threshold : FOLT) กรณีที่ความสูญเสีย (Loss) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท

(ข) ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบแปรผัน (Variable outlier loss threshold = VOLT) คำนวณจาก ๒๐ เท่าของจำนวนเงินค่าใช้จ่ายต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว กำหนดไม่เกิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท หรือร้อยละ ๑ ของค่าใช้จ่ายในส่วนระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) รวมทั้งปี โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยในของปีงบประมาณก่อนหน้า หรือในรอบปีก่อนหน้า

(๓) จ่ายเพิ่มเติมจากงบค่าบริการผู้ป่วยใน โดยคำนวณงบประมาณเพื่อจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) ค่า Reimburse Ratio ของแต่ละหน่วยบริการคูณกับความสูญเสียหลังการตรวจสอบ (Loss) ในส่วนที่เกินกว่ากึ่งหนึ่งของระดับเริ่มต้นของความสูญเสีย โดย Reimburse ratio คือค่าที่คำนวณได้จากการเอา base rate ผู้ป่วยในที่จ่ายในปีงบประมาณนั้นหารด้วยค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการเรียกเก็บต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว

(ข) สูตรคำนวณ = Reimburse ratio × [Loss - (0.5×OLT)] ทั้งนี้ กำหนดเพดาน Reimburse Ratio ไว้ไม่เกิน ๐.๘

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด โดยกรณีรายการที่เข้าเกณฑ์กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ หน่วยบริการต้องจัดส่งเอกสารหลักฐานเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ

ข้อ ๘ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๗ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการหรือบันทึกหลักฐานการให้บริการของหน่วยบริการในเวชระเบียน ได้แก่

(๑) เอกสารหลักฐานการให้บริการ เวชระเบียนผู้ป่วยใน รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(๒) เอกสารหลักฐานการให้บริการตามรายการที่แสดงในใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายในการให้บริการ เช่น รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายงานผลการตรวจทางรังสี

(๓) ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

ข้อ ๑๐ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

(๑) เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(๒) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบ DRGs With Global Budget

(๓) ตรวจสอบพบระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล (Length of stay-LOS) และจำนวนวันที่ลากลับบ้าน (Leave day) ตามที่หน่วยบริการบันทึกผ่านระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)

(๔) ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการตามรายการที่แสดงในใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

ข้อ ๑๑ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๒ การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤต

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury: AKI) ในระยะวิกฤต เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๒๐.๑๐.๗ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤต

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๕.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤตที่มีข้อบ่งชี้การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง ตามคำแนะนำของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๕.๑.๑ ภาวะสมองบวมหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองบวม เช่น ภาวะตับวายเฉียบพลัน เส้นเลือดในสมองอุดตันเฉียบพลัน สมองขาดออกซิเจน เนื่องจากหัวใจหยุดเต้น

๕.๑.๒ ความผิดปกติทางเมตาบอลิกที่ยังเกิดต่อเนื่อง ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการฟอกเลือดชนิดชั่วคราว ได้แก่ ภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรง ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง

๕.๑.๓ ปริมาณสารน้ำในร่างกายเกิน ที่ไม่สามารถขจัดออกด้วยการใช้ยาหรือวิธีการฟอกเลือดชนิดชั่วคราว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีน้ำส่วนเกินมากกว่าร้อยละ ๑๐ ของน้ำหนักเดิม

๕.๑.๔ มีความจำเป็นที่จะต้องควบคุมปริมาณน้ำและสมดุลกรดด่าง รวมถึงเกลือแร่ในเลือดอย่างต่อเนื่อง

๕.๑.๕ ผู้ที่ยังมีความดันโลหิตต่ำ แม้จะได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตในขนาดสูงและจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต

๕.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤตได้

ข้อ ๖ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการบริการและอัตรา ดังนี้

๖.๑ ประเภทบริการผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพันธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ด้วยอัตราจ่าย ดังนี้

๖.๑.๑ ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำภายในเขตพื้นที่เดียวกันกับหน่วยบริการที่รักษา จ่ายด้วยอัตราจ่ายในเขตพื้นที่

๖.๑.๒ ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำนอกเขตพื้นที่หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพันธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) โดยไม่ปรับลดค่าแรง

๖.๒ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ดังนี้

๖.๒.๑ ค่าบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาทในวันแรก

๖.๒.๒ ค่าบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องในวันต่อไป จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐,๐๐๐ บาทต่อวัน

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๘.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๘.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบของสำนักงานอีกครั้ง

๘.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่กำหนด

ข้อ ๙ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ดังนี้

๙.๑ เวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่มีบันทึกการบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องและแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ใช้แบบมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขหรือตามที่โรงพยาบาลกำหนด

๙.๒ เวชระเบียนผู้ป่วยใน เอกสารหลักฐาน การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมต่าง ๆ ที่มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ และหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัย ที่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ของการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤต ตามข้อ ๕

๙.๓ เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

๙.๔ บันทึกบริการการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง ตามจำนวนวันที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ดังนี้

๑๐.๑ พบเวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่มีการบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องและแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ใช้แบบมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขหรือตามที่โรงพยาบาลกำหนด

๑๐.๒ เกณฑ์ในการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ตรวจสอบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

๑๐.๓ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการ

๑๐.๔ พบเวชระเบียนผู้ป่วยใน เอกสารหลักฐาน การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมต่าง ๆ ที่มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ และหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัย ที่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ของการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง ตามข้อ ๕

๑๐.๕ บันทึกบริการการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องตามจำนวนวันที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๑๑.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๑๑.๒ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๑๐

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อให้ผู้ป่วยในที่บ้านได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและครอบคลุมกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการที่จำเป็นมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๒๐.๑๐.๘ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน” หมายความว่า การให้บริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยในของหน่วยบริการ ณ สถานที่พำนักของผู้รับบริการนอกหน่วยบริการ โดยมีมาตรฐานการดูแลตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

“เขตพื้นที่” หมายความว่า เขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการภาครัฐที่สามารถให้บริการผู้ป่วยใน และผ่านการประเมินศักยภาพการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในกรณีที่เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการดูแลรักษาหลังการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน หรือให้บริการดูแลรักษาหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบผ่าตัดวันเดียวกลับด้วยโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน หน่วยบริการดังกล่าวต้องผ่านการประเมินเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามมาตรฐานกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค หรือกลุ่มอาการตามข้อบ่งชี้ในแนวทางและมาตรฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีรหัสวินิจฉัยโรคในระบบ ICD-10 ตามรหัสโรค (ICD-10) สำหรับกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการที่สามารถเข้ารับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ ในการวินิจฉัยโรคหลักหรือการวินิจฉัยโรคร่วม

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ทั้งในเขตพื้นที่และนอกเขตพื้นที่ตามข้อ ๖ จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในในแต่ละเดือน โดยจะได้รับค่าชดเชยเบื้องต้นด้วยอัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วก่อนมีการปรับลดค่าแรงกรณีวงเงินสำหรับการจ่ายค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอจะลดลงตามส่วน

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบโปรแกรม A-MED Care และระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๙ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามช่องทางที่สำนักงานกำหนด โดยดำเนินการในวันที่เริ่มให้บริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๑ สำนักงานมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ ข้อมูลรายการนั้นจะถูกชะลอการจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อให้มีการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๒ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๔ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีในช่วงเวลาที่เป็นการรักษาแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาล พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(๒) กรณีในช่วงเวลาที่เป็นการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน พบเอกสารหลักฐาน ดังต่อไปนี้

(ก) พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน ที่มีหลักฐานการวินิจฉัยโรค กลุ่มโรค กลุ่มอาการ และเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยตามที่สำนักงานกำหนด

(ข) พบเอกสารหลักฐานการแสดงความยินยอมของผู้รับบริการการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

(ค) พบเอกสารหลักฐานบันทึกการซักประวัติ บันทึกการตรวจร่างกาย บันทึกคำสั่งการรักษา และบันทึกความก้าวหน้าหรือการดำเนินโรค บันทึกในโปรแกรมที่สามารถรายงานข้อมูลสุขภาพประจำวันของผู้รับบริการการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามที่สำนักงานกำหนด

(ง) พบเอกสารหลักฐานบันทึกทางการพยาบาลที่บันทึกในโปรแกรมที่สามารถรายงานข้อมูลสุขภาพประจำวันของผู้รับบริการการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามที่สำนักงานกำหนด

(จ) พบเอกสารหลักฐานบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ บันทึกการทำหัตถการ (ถ้ามี)

(ฉ) พบเอกสารหลักฐานการประเมินผู้รับบริการการดูแลแบบผู้ป่วยในระหว่างอยู่ที่บ้านที่บันทึกในโปรแกรมที่สามารถรายงานข้อมูลสุขภาพประจำวันของผู้รับบริการการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามที่สำนักงานกำหนด ซึ่งอาจเป็นการประเมินทางโทรศัพท์ติดตามอาการหรือการใช้วิดีโอสื่อสารผ่านอินเตอร์เน็ต หรือการตรวจประเมินผู้รับบริการการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

(๓) พบเอกสารหลักฐานสรุปการจำหน่าย (Discharge summary)

(๔) การนับวันนอนแบบต่อเนื่องกัน พิจารณา ดังต่อไปนี้

(ก) กรณีที่ผู้รับบริการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน ณ หน่วยบริการก่อน จะเริ่มนับตั้งแต่วันที่ผู้รับบริการเข้ารับบริการผู้ป่วยใน ณ หน่วยบริการ โดยนับรวมกับวันที่ผู้รับบริการได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ณ สถานที่พำนักของผู้รับบริการนอกหน่วยบริการ จนกระทั่งผู้รับบริการถูกจำหน่ายออกจากบริการผู้ป่วยใน

(ข) กรณีที่ผู้รับบริการเข้ารับการตรวจรักษาที่หน่วยบริการแบบผู้ป่วยนอก จะเริ่มนับตั้งแต่วันที่แพทย์พิจารณารับรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน จนกระทั่งผู้รับบริการถูกจำหน่ายออกจากบริการแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

กรณีที่ไม่พบการบันทึกข้อมูลรายงานสุขภาพประจำวันของผู้รับบริการการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านในระหว่างการรับบริการ สำนักงานจะถือว่าไม่มีการให้บริการในวันดังกล่าว โดยหน่วยบริการจะต้องบันทึกเป็นวันลากลับบ้าน (leave day)

ข้อ ๑๕ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) เป็นผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่และอยู่ระหว่างรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง เว้นแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยดังกล่าวมีอาการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามที่กำหนดในแนวทางและมาตรฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านของกระทรวงสาธารณสุข

(๓) เป็นผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เว้นแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยดังกล่าวมีอาการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามที่กำหนดในแนวทางและมาตรฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านของกระทรวงสาธารณสุข

(๔) ตรวจสอบไม่พบหลักฐานการยืนยันตัวตนผู้รับบริการ

(๕) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๑๔

ข้อ ๑๖ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รหัสโรค (ICD-10) สำหรับกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการที่สามารถเข้ารับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
๑. โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	- E10.0-E10.9 Insulin-dependent diabetes mellitus - E11.0-E11.9 Non-insulin-dependent diabetes mellitus - E12.0-E12.9 Malnutrition-related diabetes mellitus - E13.0-E13.9 Other specified diabetes mellitus - E14.0-E14.9 Unspecified diabetes mellitus	- ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (fasting plasma glucose) > ๓๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร (300 mg/dL) หรือระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (A1C) > ร้อยละ ๑๑ และมีความจำเป็นต้องติดตามระดับน้ำตาลในเลือด อย่างน้อย ๒-๔ ครั้งต่อวัน - ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ diabetic ketoacidosis (DKA), hyperglycemic hyperosmolar state (HHS) ยกเว้นเป็นกรณี step down ภายหลังจากรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันเรียบร้อยแล้ว - ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ hypoglycemic coma
๒. โรคความดันโลหิตสูง (severe hypertension)	- I10 Essential (primary) hypertension	- ผู้ป่วยมี systolic blood pressure > 140 mmHg or diastolic blood pressure > 90 mmHg และมีความจำเป็นต้องติดตามความดันโลหิตอย่างน้อยวันละ ๔ ครั้ง - ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูงรุนแรง เช่น hypertensive emergency, heart failure, severe pre-eclampsia ยกเว้นเป็นกรณี step down ภายหลังจากรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันเรียบร้อยแล้ว - ผู้ป่วยยังมีความดันโลหิตสูงภายหลังภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันดีขึ้นแล้ว เช่น อัมพฤกษ์ หัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปอดอักเสบติดเชื้อ
๓. โรคแผลกดทับและพื้นที่กดทับ (decubitus ulcer and pressure area)	- L89.0 Stage I decubitus ulcer and pressure area - L89.1 Stage II decubitus ulcer and pressure area - L89.2 Stage III decubitus ulcer and pressure area - L89.3 Stage IV decubitus ulcer and pressure area	- ผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือด - มีการทำแผลโดยบุคลากรวิชาชีพหรือญาติที่ผ่านการสอนโดยบุคลากรวิชาชีพ และมีการประเมินโดยบุคลากรวิชาชีพอย่างน้อยวันละ ๑ ครั้ง

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
๔. โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection)	- N10 Acute tubulo-interstitial nephritis - N39.0 Urinary tract infection, site not specified	- ผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือด - ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะชนิดฉีด และมีความจำเป็นต้องได้รับการติดตามสัญญาณชีพอย่างน้อยวันละ ๓ ครั้ง
๕. โรคปอดอักเสบ (pneumonia)	- J10.0 Influenza with pneumonia, other influenza virus identified - J11.0 Influenza with pneumonia, virus not identified - J12.0-J12.9 Viral pneumonia, not elsewhere classified - J13 Pneumonia due to Streptococcus pneumoniae - J14 Pneumonia due to Haemophilus influenzae - J15.0-J15.9 Bacterial pneumonia, not elsewhere classified - J16.0 Chlamydial pneumonia - J16.8 Pneumonia due to other specified infectious organisms - J17* Pneumonia in diseases classified elsewhere - J18.0 Bronchopneumonia, unspecified - J18.1 Lobar pneumonia, unspecified - J18.2 Hypostatic pneumonia, unspecified - J18.8 Other pneumonia, organism unspecified - J18.9 Pneumonia, unspecified	- ผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือด - ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น severe pneumonia ยกเว้นเป็นกรณี step down ภายหลังจากรักษาเฉียบพลันเรียบร้อยแล้ว - ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะชนิดฉีดหรือการรักษาด้วยออกซิเจน และมีความจำเป็นต้องได้รับการติดตามสัญญาณชีพอย่างน้อยวันละ ๓ ครั้ง

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
๖. โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (acute appendicitis) ภายหลังได้รับการผ่าตัด	- K35.8 Acute appendicitis, other and unspecified	- ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัดโดยวิสัญญีแพทย์ตามแนวทางของ American Society of Anesthesiologists (ASA classification) ที่มีระดับ ASA 1-3 - ผู้ป่วยและญาติที่ร่วมดูแลภายหลังการผ่าตัดได้รับคำแนะนำในการดูแลหลังการผ่าตัดตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดโดยทีมพยาบาล (ODS nurse manager) - ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิด (open appendectomy) หรือการผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้อง (laparoscopic appendectomy) ในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามมาตรฐานกรมการแพทย์ - ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด
๗. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	- U07.1 COVID-19, virus identified - U07.2 COVID-19, virus not identified	- ผู้ป่วยโควิด 19 ที่วินิจฉัยใหม่ตามเกณฑ์การวินิจฉัย หรือเป็นผู้ป่วยโควิด 19 ที่ step down หลังเข้ารับการรักษาที่สถานที่รัฐจัดให้หรือในโรงพยาบาลอย่างน้อย ๗ วัน และแพทย์เห็นว่าสามารถดูแลผู้ป่วยในที่บ้านด้วยวิธี home isolation ได้ - ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะปอดอักเสบรุนแรง เช่น หายใจเร็วกว่า ๒๕ ครั้งต่อนาที ในผู้ใหญ่ oxygen saturation น้อยกว่าร้อยละ ๙๔
๘. ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	- F102 Alcohol, Dependence syndrome - F105 Alcohol, Psychotic disorder - F106 Alcohol, Amnesic syndrome - F107 Alcohol, Residual and late-onset psychotic disorder - F108 Alcohol, Other mental and behavioral disorders	- ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ต้องมีการประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์อยู่ในระดับเล็กน้อย (CIWA 0-10 หรือ AWS 0-4) และประเมินอาการทางจิตเวชอยู่ในระดับปานกลางลงมา (CGI-S ≤ 4) - ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตจากการเสพฝิ่นหรืออนุพันธุ์ของฝิ่น มีอาการถอนพิษเล็กน้อย (COWS 0-12)

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
	- F109 Alcohol, Unspecified Mental and behavioral disorder - F112 Opioids, Dependence syndrome - F115 Opioids, Psychotic disorder - F116 Opioids, Amnesic syndrome - F117 Opioids, Residual and late-onset psychotic disorder - F118 Opioids, Other mental and behavioral disorders - F119 Opioids, Unspecified Mental and behavioral disorder - F122 Cannabinoids, Dependence syndrome - F123 Cannabinoids, Withdrawal state - F125 Cannabinoids, Psychotic disorder - F126 Cannabinoids, Amnesic syndrome - F127 Cannabinoids, Residual and late-onset psychotic disorder - F128 Cannabinoids, Other mental and behavioral disorders - F129 Cannabinoids, Unspecified Mental and behavioral disorder - F132 Sedatives or hypnotics, Dependence syndrome	- ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตเวชหลงเหลืออยู่ แต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน - ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงอยู่ในกลุ่ม SMI-V 1-4 - ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยประเมิน burden of care ได้ไม่เกิน ๖๑ คะแนน - ผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะฉุกเฉินทางกาย และอาการโรคเรื้อรังทางกายสามารถควบคุมได้

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
	- F135 Sedatives or hypnotics, Psychotic disorder - F136 Sedatives or hypnotics, Amnesic syndrome - F137 Sedatives or hypnotics, Residual and late-onset psychotic disorder - F138 Sedatives or hypnotics, Other mental and behavioral disorders - F139 Sedatives or hypnotics, Unspecified Mental and behavioral disorder - F142 Cocaine, Dependence syndrome - F145 Cocaine, Psychotic disorder - F146 Cocaine, Amnesic syndrome - F147 Cocaine, Residual and late-onset psychotic disorder - F148 Cocaine, Other mental and behavioral disorders - F149 Cocaine, Unspecified Mental and behavioral disorder - F152 Other stimulants including caffeine, Dependence syndrome - F153 Other stimulants including caffeine, Withdrawal state - F155 Other stimulants including caffeine, Psychotic disorder	

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
	- F156 Other stimulants including caffeine, Amnesic syndrome - F157 Other stimulants including caffeine, Residual and late-onset psychotic disorder - F158 Other stimulants including caffeine, Other mental and behavioral disorders - F159 Other stimulants including caffeine, Unspecified Mental and behavioral disorder - F162 Hallucinogens, Dependence syndrome - F163 Hallucinogens, Withdrawal state - F165 Hallucinogens, Psychotic disorder - F166 Hallucinogens, Amnesic syndrome - F167 Hallucinogens, Residual and late-onset psychotic disorder - F168 Hallucinogens, Other mental and behavioral disorders - F169 Hallucinogens, Unspecified Mental and behavioral disorder - F182 Volatile solvents, Dependence syndrome - F183 Volatile solvents, Withdrawal state	

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
	- F185 Volatile solvents, Psychotic disorder - F186 Volatile solvents, Amnesic syndrome - F187 Volatile solvents, Residual and late-onset psychotic disorder - F188 Volatile solvents, Other mental and behavioral disorders - F189 Volatile solvents, Unspecified Mental and behavioral disorder - F192 Multiple drug use and use of other psychoactive substances, Dependence syndrome - F193 Multiple drug use and use of other psychoactive substances, Withdrawal state - F195 Multiple drug use and use of other psychoactive substances, Psychotic disorder - F196 Multiple drug use and use of other psychoactive substances, Amnesic syndrome - F197 Multiple drug use and use of other psychoactive substances, Residual and late-onset psychotic disorder	

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
	- F198 Multiple drug use and use of other psychoactive substances, Other mental and behavioral disorders - F199 Multiple drug use and use of other psychoactive substances, Unspecified Mental and behavioral disorder	
๙. โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด	- F200 Paranoid schizophrenia - F201 Hebephrenic schizophrenia - F202 Catatonic schizophrenia - F203 Undifferentiated schizophrenia - F204 Schizophrenia, Post-schizophrenic depression - F205 Residual schizophrenia - F206 Simple schizophrenia - F208 Other schizophrenia - F209 Schizophrenia, unspecified - F220 Delusional disorder - F228 Other persistent delusional disorders - F229 Persistent delusional disorder, unspecified - F250 Schizoaffective disorder, manic type - F251 Schizoaffective disorder, depressive type - F252 Schizoaffective disorder, mixed type - F258 Other schizoaffective disorders	- ผู้ป่วยได้รับการประเมิน clinical global impression (CGI-S) มากกว่า ๔ คะแนน และระดับอาการทางจิต (BPRS) อยู่ระดับปานกลาง (๓๗-๘๙ คะแนน) หรือ the positive and negative syndrome scale (PANSS) อยู่ระดับปานกลาง (๗๕-๙๔ คะแนน) หรือ health of the nation outcome (HoNOS) อยู่ระดับปานกลาง - ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยประเมิน burden of care ได้ไม่เกิน ๖๑ คะแนน - ผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะฉุกเฉินทางกาย และอาการโรคเรื้อรังทางกายสามารถควบคุมได้

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
	- F259 Schizoaffective disorder, unspecified - F28 Other nonorganic psychotic disorders - F29 Unspecified nonorganic psychosis	
๑๐. ความผิดปกติทางอารมณ์	- F310 Bipolar affective disorder, Current episode hypomanic - F311 Bipolar affective disorder, Current episode manic without psychotic symptoms - F312 Bipolar affective disorder, Current episode manic with psychotic symptoms - F313 Bipolar affective disorder, Current episode mild or moderate depression - F314 Bipolar affective disorder, Current episode severe depression, Without psychotic symptoms - F315 Bipolar affective disorder, Current episode severe depression, With psychotic symptoms - F316 Bipolar affective disorder, Current episode mixed - F317 Bipolar affective disorder, Currently in remission - F318 Bipolar affective disorder, Other bipolar affective disorders	- ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว หรือผู้ที่มีอาการเมเนีย จะต้องมีผลการประเมิน MARDS ไม่เกิน ๑๒ คะแนน และ YMRS ไม่เกิน ๑๒ คะแนน - ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยหรือปานกลาง (9Q ≤ 18) ไม่เกิน ๑๘ คะแนน และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำ (8Q ≤ 8) - ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยประเมิน burden of care ได้ไม่เกิน ๖๑ คะแนน - ผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะฉุกเฉินทางกายและอาการโรคเรื้อรังทางกายสามารถควบคุมได้

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
	- F319 Bipolar affective disorder, unspecified - F320 Mild depressive episode - F321 Moderate depressive episode - F322 Severe depressive episode without psychotic symptoms - F323 Severe depressive episode with psychotic symptoms - F328 Other depressive episodes - F329 Depressive episode, unspecified - F330 Recurrent depressive disorder, current episode mild - F331 Recurrent depressive disorder, current episode moderate - F332 Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms - F333 Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms - F334 Recurrent depressive disorder, currently in remission - F338 Other recurrent depressive disorders - F339 Recurrent depressive disorder, unspecified - F341 Dysthymia	

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
	- F39 Unspecified mood [affective] disorder	
๑๑. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease)	- J44.1 Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, unspecified	- ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแล้วมีความรุนแรงระดับกลุ่มอาการปานกลาง* และตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้นด้วยยาพ่นขยายหลอดลมแบบออกฤทธิ์สั้น (short-acting β2-agonists และ/หรือ short-acting anticholinergics) และยาต้านการอักเสบสเตียรอยด์ (systemic corticosteroid) จนกระทั่งอาการคงที่ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อย่างน้อย ๒๔ ชั่วโมง *กลุ่มอาการปานกลาง ต้องเข้าเกณฑ์ ๓ ใน ๕ ข้อ ๑. ค่าอาการหายใจลำบาก (Dyspnea visual analogue score; VAS) มากกว่าหรือเท่ากับ ๕ ๒. อัตราการหายใจมากกว่าหรือเท่ากับ ๒๔ ครั้งต่อนาที ๓. อัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจร มากกว่าหรือเท่ากับ ๙๕ ครั้งต่อนาที ๔. ค่าออกซิเจนในเลือด (room air SpO2) น้อยกว่า ๙๒% และ/หรือเปลี่ยนแปลงมากกว่า ๓% ๕. ระดับโปรตีน (C-reactive protein; CRP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ มิลลิกรัมต่อลิตร - มีการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลก่อนอย่างน้อย ๓ วันและส่งกลับไปรักษาที่บ้าน (early discharge/step down) - ผู้ป่วยไม่มีภาวะปอดอักเสบ - ผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคร่วมที่รุนแรง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ - ไม่มีประวัติอาการกำเริบรุนแรงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
		- สามารถรับการรักษาด้วยออกซิเจน ยาขยายหลอดลม และวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้วที่บ้านได้
๑๒. ผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิตที่บ้าน (active dying patients)	- Z51.5 Palliative care	- ผู้ป่วยที่มีอวัยวะสำคัญล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง* จนกระทั่งระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทส่วนกลาง หรือก้านสมองหยุดทำงาน ระยะเวลาหลังจากเริ่มต้นจนถึงเสียชีวิตประมาณ ๑ สัปดาห์ *ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกมากกว่า ๒ อาการขึ้นไป ๑. อาการตัวเขียวบริเวณส่วนปลาย (Peripheral cyanosis) เช่น ผิวลาย (Mottling), เลือดไหลเวียนช้าและมีลายช้ำที่ผิวหนัง (stasis) ๒. การตอบสนองต่อการมองเห็นลดลง (Decreased response to visual stimuli) ๓. ร่องแก้มและมุมปากหย่อนตัว (Drooping of the nasolabial fold) ๔. การเหยียดคอมากกว่าปกติ (Hyperextension of neck) ๕. หายใจเร็วช้าหยุด (Cheyne-Strokes breathing) ๖. ม่านตาไม่ตอบสนอง (Non-reactive pupils) ๗. การตอบสนองด้วยคำพูดน้อยลง (Decreased response to verbal stimuli) ๘. เสียงหายใจครืดคราดในลำคอ (Death rattle) ๙. การหายใจโดยมีการเคลื่อนไหวของกรามล่าง (Respiration with mandibular movement) ๑๐. ปัสสาวะน้อยลง (Decreased urine output) ๑๑. คลำชีพจรที่ข้อมือไม่ได้ (Pulselessness of radial artery) ๑๒. หลับตาไม่ได้ (Inability to close eyelids)

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
		๑๓. การมีเสียงในคอ (Grunting of vocal cords) ๑๔. กลืนไม่ได้ (Unable to take oral fluids) - ผู้ป่วยมีค่าคะแนนแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลประคับประคอง (Palliative Performance Score; PPS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๐
๑๓. ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินประเภทผื่นหนาเฉพาะที่ (Psoriasis Vulgaris)	- L40.0 Psoriasis vulgaris	- ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพในเกณฑ์ปกติ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ผิวหนัง - ผู้ป่วยมีผื่นสะเก็ดเงิน ๑๐-๓๐% ของขนาดพื้นที่ผิวร่างกาย (BSA) และไม่มีผื่นกำเริบที่ใบหน้าหรืออวัยวะเพศ - ผู้ป่วยต้องได้รับการติดตามสัญญาณชีพอย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง - มีโรคร่วมอื่น ๆ ที่สามารถควบคุมได้
๑๔. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบผ่าตัดวันเดียวกลับด้วยโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (One day surgery in breast cancer patients with home recovery program; ODS BHR program)	- C50.0-C50.9 Malignant neoplasm of breast	- ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบไม่ซับซ้อน เช่น การผ่าตัดแบบสงวนเต้า การผ่าตัดเต้านมทั้งหมด ในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามมาตรฐานกรมการแพทย์ - ผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า ๗๐ ปี และมีคะแนน Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) 0-1 - ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัดโดยวิสัญญีแพทย์ตามแนวทางของ American Society of Anesthesiologists (ASA classification) ที่มีระดับ ASA 1-3 และสามารถควบคุมโรคประจำตัวได้ดี - ผู้ป่วยมีดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 35 kg/m^2 - ไม่มีโรคประจำตัวที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต - ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดหรือยาทางจิตเวช - ไม่มีประวัติแพ้ยาที่ใช้ระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
		- มีญาติหรือผู้ดูแลในวันรับการผ่าตัด และหลังผ่าตัด

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อให้การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๒๐.๑๐.๘ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกรหัสโรค (ICD-10) สำหรับกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการที่สามารถเข้ารับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านที่เป็นเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้เอกสารแนบท้ายประกาศนี้แทน

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รหัสโรค (ICD-10) สำหรับกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการที่สามารถเข้ารับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
๑. โรคแผลกดทับและพื้นที่กดทับ (decubitus ulcer and pressure area)	- L89.0 Stage I decubitus ulcer and pressure area - L89.1 Stage II decubitus ulcer and pressure area - L89.2 Stage III decubitus ulcer and pressure area - L89.3 Stage IV decubitus ulcer and pressure area	- ผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือด - มีการทำแผลโดยบุคลากรวิชาชีพหรือญาติที่ผ่านการสอนโดยบุคลากรวิชาชีพ และมีการประเมินโดยบุคลากรวิชาชีพอย่างน้อยวันละ ๑ ครั้ง
๒. โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection)	- N10 Acute tubulo-interstitial nephritis - N39.0 Urinary tract infection, site not specified	- ผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือด - ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะชนิดฉีด และมีความจำเป็นต้องได้รับการติดตามสัญญาณชีพอย่างน้อยวันละ ๓ ครั้ง
๓. โรคปอดอักเสบ (pneumonia)	- J10.0 Influenza with pneumonia, other influenza virus identified - J11.0 Influenza with pneumonia, virus not identified - J12.0-J12.9 Viral pneumonia, not elsewhere classified - J13 Pneumonia due to Streptococcus pneumoniae - J14 Pneumonia due to Haemophilus influenzae - J15.0-J15.9 Bacterial pneumonia, not elsewhere classified - J16.0 Chlamydial pneumonia - J16.8 Pneumonia due to other specified infectious organisms - J17* Pneumonia in diseases classified elsewhere - J18.0 Bronchopneumonia, unspecified	- ผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือด - ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น severe pneumonia ยกเว้นเป็นกรณี step down ภายหลังจากรักษาเฉียบพลันเรียบร้อยแล้ว - ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะชนิดฉีด หรือการรักษาด้วยออกซิเจน และมีความจำเป็นต้องได้รับการติดตามสัญญาณชีพอย่างน้อยวันละ ๓ ครั้ง

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
	- J18.1 Lobar pneumonia, unspecified - J18.2 Hypostatic pneumonia, unspecified - J18.8 Other pneumonia, organism unspecified - J18.9 Pneumonia, unspecified	
๔. โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (acute appendicitis) ภายหลังได้รับการผ่าตัด	- K35.8 Acute appendicitis, other and unspecified	- ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัดโดยวิสัญญีแพทย์ตามแนวทางของ American Society of Anesthesiologists (ASA classification) ที่มีระดับ ASA 1-3 - ผู้ป่วยและญาติที่ร่วมดูแลภายหลังการผ่าตัดได้รับคำแนะนำในการดูแลหลังการผ่าตัดตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดโดยทีมพยาบาล (ODS nurse manager) - ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิด (open appendectomy) หรือการผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้อง (laparoscopic appendectomy) ในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามมาตรฐานกรมการแพทย์ - ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด
๕. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19/COVID-19)	- U07.1 COVID-19, virus identified - U07.2 COVID-19, virus not identified	- ผู้ป่วยโควิด 19 ที่วินิจฉัยใหม่ตามเกณฑ์การวินิจฉัย หรือเป็นผู้ป่วยโควิด 19 ที่ step down หลังเข้ารับการรักษาที่สถานที่รัฐจัดให้หรือในโรงพยาบาลอย่างน้อย ๗ วัน และแพทย์เห็นว่าสามารถดูแลผู้ป่วยในที่บ้านด้วยวิธี home isolation ได้ - ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะปอดอักเสบรุนแรง เช่น หายใจเร็วกว่า ๒๕ ครั้งต่อนาที ในผู้ใหญ่ oxygen saturation น้อยกว่าร้อยละ ๙๔

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
๖. ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	- F102 Alcohol, Dependence syndrome - F105 Alcohol, Psychotic disorder - F106 Alcohol, Amnesic syndrome - F107 Alcohol, Residual and late-onset psychotic disorder - F108 Alcohol, Other mental and behavioral disorders - F109 Alcohol, Unspecified Mental and behavioral disorder - F112 Opioids, Dependence syndrome - F115 Opioids, Psychotic disorder - F116 Opioids, Amnesic syndrome - F117 Opioids, Residual and late-onset psychotic disorder - F118 Opioids, Other mental and behavioral disorders - F119 Opioids, Unspecified Mental and behavioral disorder - F122 Cannabinoids, Dependence syndrome - F123 Cannabinoids, Withdrawal state - F125 Cannabinoids, Psychotic disorder - F126 Cannabinoids, Amnesic syndrome	- ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ต้องมีการประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์อยู่ในระดับเล็กน้อย (CIWA 0-10 หรือ AWS 0-4) และประเมินอาการทางจิตเวชอยู่ในระดับปานกลางลงมา (CGI-S ≤ 4) - ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตจากการเสพฝิ่นหรืออนุพันธุ์ของฝิ่น มีอาการถอนพิษเล็กน้อย (COWS 0-12) - ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตเวชหลงเหลืออยู่แต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน - ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงอยู่ในกลุ่ม SMI-V 1-4 - ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยประเมิน burden of care ได้ไม่เกิน ๖๑ คะแนน - ผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะฉุกเฉินทางกายและอาการโรคเรื้อรังทางกายสามารถควบคุมได้

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
	- F127 Cannabinoids, Residual and late-onset psychotic disorder - F128 Cannabinoids, Other mental and behavioral disorders - F129 Cannabinoids, Unspecified Mental and behavioral disorder - F132 Sedatives or hypnotics, Dependence syndrome - F135 Sedatives or hypnotics, Psychotic disorder - F136 Sedatives or hypnotics, Amnesic syndrome - F137 Sedatives or hypnotics, Residual and late-onset psychotic disorder - F138 Sedatives or hypnotics, Other mental and behavioral disorders - F139 Sedatives or hypnotics, Unspecified Mental and behavioral disorder - F142 Cocaine, Dependence syndrome - F145 Cocaine, Psychotic disorder - F146 Cocaine, Amnesic syndrome - F147 Cocaine, Residual and late-onset psychotic disorder - F148 Cocaine, Other mental and behavioral disorders	

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
	- F149 Cocaine, Unspecified Mental and behavioral disorder - F152 Other stimulants including caffeine, Dependence syndrome - F153 Other stimulants including caffeine, Withdrawal state - F155 Other stimulants including caffeine, Psychotic disorder - F156 Other stimulants including caffeine, Amnesic syndrome - F157 Other stimulants including caffeine, Residual and late-onset psychotic disorder - F158 Other stimulants including caffeine, Other mental and behavioral disorders - F159 Other stimulants including caffeine, Unspecified Mental and behavioral disorder - F162 Hallucinogens, Dependence syndrome - F163 Hallucinogens, Withdrawal state - F165 Hallucinogens, Psychotic disorder - F166 Hallucinogens, Amnesic syndrome	

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
	- F167 Hallucinogens, Residual and late-onset psychotic disorder - F168 Hallucinogens, Other mental and behavioral disorders - F169 Hallucinogens, Unspecified Mental and behavioral disorder - F182 Volatile solvents, Dependence syndrome - F183 Volatile solvents, Withdrawal state - F185 Volatile solvents, Psychotic disorder - F186 Volatile solvents, Amnesic syndrome - F187 Volatile solvents, Residual and late-onset psychotic disorder - F188 Volatile solvents, Other mental and behavioral disorders - F189 Volatile solvents, Unspecified Mental and behavioral disorder - F192 Multiple drug use and use of other psychoactive substances, Dependence syndrome - F193 Multiple drug use and use of other psychoactive substances, Withdrawal state	

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
	- F195 Multiple drug use and use of other psychoactive substances, Psychotic disorder - F196 Multiple drug use and use of other psychoactive substances, Amnesic syndrome - F197 Multiple drug use and use of other psychoactive substances, Residual and late-onset psychotic disorder - F198 Multiple drug use and use of other psychoactive substances, Other mental and behavioral disorders - F199 Multiple drug use and use of other psychoactive substances, Unspecified Mental and behavioral disorder	
๗. โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด	- F200 Paranoid schizophrenia - F201 Hebephrenic schizophrenia - F202 Catatonic schizophrenia - F203 Undifferentiated schizophrenia - F204 Schizophrenia, Post-schizophrenic depression - F205 Residual schizophrenia - F206 Simple schizophrenia - F208 Other schizophrenia - F209 Schizophrenia, unspecified - F220 Delusional disorder	- ผู้ป่วยได้รับการประเมิน clinical global impression (CGI-S) มากกว่า ๔ คะแนน และระดับอาการทางจิต (BPRS) อยู่ระดับปานกลาง (๓๗-๘๙ คะแนน) หรือ the positive and negative syndrome scale (PANSS) อยู่ระดับปานกลาง (๗๕-๙๔ คะแนน) หรือ health of the nation outcome (HoNOS) อยู่ระดับปานกลาง - ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยประเมิน burden of care ได้ไม่เกิน ๖๑ คะแนน - ผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะฉุกเฉินทางกาย และอาการโรคเรื้อรังทางกายสามารถควบคุมได้

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
	- F228 Other persistent delusional disorders - F229 Persistent delusional disorder, unspecified - F250 Schizoaffective disorder, manic type - F251 Schizoaffective disorder, depressive type - F252 Schizoaffective disorder, mixed type - F258 Other schizoaffective disorders - F259 Schizoaffective disorder, unspecified - F28 Other nonorganic psychotic disorders - F29 Unspecified nonorganic psychosis	
๘. ความผิดปกติทางอารมณ์	- F310 Bipolar affective disorder, Current episode hypomanic - F311 Bipolar affective disorder, Current episode manic without psychotic symptoms - F312 Bipolar affective disorder, Current episode manic with psychotic symptoms - F313 Bipolar affective disorder, Current episode mild or moderate depression - F314 Bipolar affective disorder, Current episode severe depression, Without psychotic symptoms	- ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว หรือผู้ที่มีอาการเมเนีย จะต้องมีผลการประเมิน MARDS ไม่เกิน ๑๒ คะแนน และ YMRS ไม่เกิน ๑๒ คะแนน - ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยหรือปานกลาง (9Q ≤ 18) ไม่เกิน ๑๘ คะแนน และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำ (8Q ≤ 8) - ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยประเมิน burden of care ได้ไม่เกิน ๖๑ คะแนน - ผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะฉุกเฉินทางกาย และอาการโรคเรื้อรังทางกายสามารถควบคุมได้

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
	- F315 Bipolar affective disorder, Current episode severe depression, With psychotic symptoms - F316 Bipolar affective disorder, Current episode mixed - F317 Bipolar affective disorder, Currently in remission - F318 Bipolar affective disorder, Other bipolar affective disorders - F319 Bipolar affective disorder, unspecified - F320 Mild depressive episode - F321 Moderate depressive episode - F322 Severe depressive episode without psychotic symptoms - F323 Severe depressive episode with psychotic symptoms - F328 Other depressive episodes - F329 Depressive episode, unspecified - F330 Recurrent depressive disorder, current episode mild - F331 Recurrent depressive disorder, current episode moderate - F332 Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms	

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
	- F333 Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms - F334 Recurrent depressive disorder, currently in remission - F338 Other recurrent depressive disorders - F339 Recurrent depressive disorder, unspecified - F341 Dysthymia - F39 Unspecified mood [affective] disorder	
๙. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease)	- J44.1 Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, unspecified	- ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแล้วมีความรุนแรงระดับกลุ่มอาการปานกลาง* และตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้นด้วยยาพ่นขยายหลอดลมแบบออกฤทธิ์สั้น (short-acting β2-agonists และ/หรือ short-acting anticholinergics) และยาต้านการอักเสบสเตียรอยด์ (systemic corticosteroid) จนกระทั่งอาการคงที่ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างน้อย ๒๔ ชั่วโมง *กลุ่มอาการปานกลาง ต้องเข้าเกณฑ์ ๓ ใน ๕ ข้อ ดังนี้ ๑. ค่าอาการหายใจลำบาก (Dyspnea visual analogue score; VAS) มากกว่าหรือเท่ากับ ๕ ๒. อัตราการหายใจมากกว่าหรือเท่ากับ ๒๔ ครั้งต่อนาที ๓. อัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจรมากกว่าหรือเท่ากับ ๙๕ ครั้งต่อนาที ๔. ค่าออกซิเจนในเลือด (room air SpO2) น้อยกว่า ๙๒% และ/หรือเปลี่ยนแปลงมากกว่า ๓%

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
		๕. ระดับโปรตีน (C-reactive protein; CRP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ มิลลิกรัมต่อลิตร - มีการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลก่อนอย่างน้อย ๓ วันและส่งกลับไปรักษาที่บ้าน (early discharge/step down) - ผู้ป่วยไม่มีภาวะปอดอักเสบ - ผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคร่วมที่รุนแรง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ - ไม่มีประวัติอาการกำเริบรุนแรงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ - สามารถรับการรักษาด้วยออกซิเจน ยาขยายหลอดลม และวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้วที่บ้านได้
๑๐. ผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิตที่บ้าน (active dying patients)	- Z51.5 Palliative care	- ผู้ป่วยที่มีอวัยวะสำคัญล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง* จนกระทั่งระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทส่วนกลาง หรือก้านสมองหยุดทำงาน โดยคาดการณ์ระยะเวลาหลังจากเริ่มต้นจนถึงเสียชีวิตประมาณ ๑ สัปดาห์ *ผู้ป่วยต้องมีอาการทางคลินิกมากกว่า ๒ อาการขึ้นไป ดังนี้ ๑. อาการตัวเขียวบริเวณส่วนปลาย (Peripheral cyanosis) เช่น ผิวลาย (Mottling), เลือดไหลเวียนช้าและมีลายช้ำที่ผิวหนัง (stasis) ๒. การตอบสนองต่อการมองเห็นลดลง (Decreased response to visual stimuli) ๓. ร่องแก้มและมุมปากหย่อนตัว (Drooping of the nasolabial fold) ๔. การเหยียดคอมากกว่าปกติ (Hyperextension of neck) ๕. หายใจเร็วช้าหยุด (Cheyne-Strokes breathing) ๖. ม่านตาไม่ตอบสนอง (Non-reactive pupils) ๗. การตอบสนองด้วยคำพูดน้อยลง (Decreased response to verbal stimuli) ๘. เสียงหายใจครืดคราดในลำคอ (Death rattle)

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
		๙. การหายใจโดยมีการเคลื่อนไหวของกรามล่าง (Respiration with mandibular movement) ๑๐. ปัสสาวะน้อยลง (Decreased urine output) ๑๑. คลำชีพจรที่ข้อมือไม่ได้ (Pulselessness of radial artery) ๑๒. หลับตาไม่ได้ (Inability to close eyelids) ๑๓. การมีเสียงในคอ (Grunting of vocal cords) ๑๔. กลืนไม่ได้ (Unable to take oral fluids) - ผู้ป่วยมีค่าคะแนนแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลประคับประคอง (Palliative Performance Score; PPS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๐
๑๑. ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินประเภทผื่นหนาเฉพาะที่ (Psoriasis Vulgaris)	- L40.0 Psoriasis vulgaris	- ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพในเกณฑ์ปกติและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ผิวหนัง - ผู้ป่วยมีผื่นสะเก็ดเงิน ๑๐-๓๐% ของขนาดพื้นที่ผิวร่างกายทั้งหมด (BSA) และไม่มีผื่นกำเริบที่ใบหน้าหรืออวัยวะเพศ - ผู้ป่วยต้องได้รับการติดตามสัญญาณชีพอย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง - มีโรคร่วมอื่น ๆ ที่สามารถควบคุมได้
๑๒. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบผ่าตัดวันเดียวกลับด้วยโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (One day surgery in breast cancer patients with home recovery program; ODS BHR program)	- C50.0-C50.9 Malignant neoplasm of breast	- ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบไม่ซับซ้อน เช่น การผ่าตัดแบบสงวนเต้า การผ่าตัดเต้านมทั้งหมด ในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามมาตรฐานกรมการแพทย์ - ผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า ๗๐ ปี และมีคะแนน Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) 0-1 - ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัดโดยวิสัญญีแพทย์ตามแนวทางของ American Society of Anesthesiologists (ASA classification) ที่มีระดับ ASA 1-3 และสามารถควบคุมโรคประจำตัวได้ดี

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย
		- ผู้ป่วยมีดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 35 kg/m^2 - ไม่มีโรคประจำตัวที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต - ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดหรือยาทางจิตเวช - ไม่มีประวัติแพ้ยาที่ใช้ระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด - มีญาติหรือผู้ดูแลในวันรับการผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนและกรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง พ.ศ. ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๒๐.๒ ข้อ ๒๐.๔ ข้อ ๒๐.๑๐.๒ และข้อ ๒๐.๑๐.๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนและกรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้ ต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามหมวด ๑

(๒) การให้บริการผ่าตัดแผลเล็กตามหมวด ๒

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
การให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีกลุ่มโรค รหัสโรค (ICD-10) 2016 และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015 ตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

(๓) เป็นการให้บริการที่มีจำนวนวันนอนตั้งแต่ ๒ ชั่วโมง แต่ไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง

(๔) มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการโดยแพทย์อนุญาต (Discharge Type with approval)

ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามข้อ ๗ ให้เป็นไปตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ตามรายการ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย โดยจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต ดังต่อไปนี้

(ก) กรณีในเขตพื้นที่ อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในในแต่ละเดือน โดยจะได้รับค่าชดเชยเบื้องต้นด้วยอัตรา ๘,๓๕๐ บาท ต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ ภายใต้ระบบ DRG with Global budget กรณีวงเงินสำหรับการจ่ายค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอจะลดลงตามส่วน สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

(ข) กรณีนอกเขตพื้นที่ หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) โดยไม่ปรับลดค่าแรง

(๒) กรณีบริการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง Laparoscopic cholecystectomy ที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้ จะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ดังต่อไปนี้

(ก) กลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม ๐๗๑๐๐ (Laparoscopic cholecystectomy, no CC) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)

(ข) กลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม ๐๗๐๙๐ (Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, no CC) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) เอกสารหลักฐานเวชระเบียน หลักฐานการวินิจฉัยโรค กลุ่มโรค กลุ่มอาการ และข้อบ่งชี้การทำหัตถการตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) เอกสารหลักฐานบันทึกการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ตั้งแต่ ๒ ชั่วโมง แต่ไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง ตามที่สำนักงานกำหนด

(๓) เอกสารหลักฐานการแสดงความยินยอมของผู้รับบริการรักษาตามโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

(๔) เอกสารหลักฐานสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการ

ข้อ ๑๓ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีหลักฐานการวินิจฉัยโรค กลุ่มโรค กลุ่มอาการและข้อบ่งชี้การทำหัตถการ ตามที่สำนักงานกำหนด

(๒) พบเอกสารหลักฐานบันทึกการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ตั้งแต่ ๒ ชั่วโมง แต่ไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมงตามที่สำนักงานกำหนด มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

(ก) พบหลักฐานการบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนและหลังผ่าตัด

(ข) พบหลักฐานการบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ

(ค) พบหลักฐานการบันทึกรายละเอียดวิธีการผ่าตัด

(ง) พบเอกสารหลักฐาน การให้รหัสโรค รหัสหัตถการ ตามกลุ่มโรค กลุ่มอาการและหัตถการที่สำนักงานกำหนด

(๓) พบเอกสารหลักฐานสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการโดยแพทย์อนุญาต (Discharge Type with approval) และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวดนี้

(๒) ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๑๓

ข้อ ๑๕ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๒
การให้บริการผ่าตัดแผลเล็ก

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๖ การให้บริการผ่าตัดแผลเล็ก ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ

(๓) กรณีบริการภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ หน่วยบริการต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ ตามคุณสมบัติของผู้รับบริการ ทั้งนี้ข้อบ่งชี้ในการรักษาเป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการผ่าตัดแผลเล็ก ให้เป็นไปตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ของบริการที่กำหนด ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้ และจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตพื้นที่ ดังต่อไปนี้

(ก) กรณีในเขตพื้นที่ อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในในแต่ละเดือน โดยจะได้รับค่าชดเชยเบื้องต้นด้วยอัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว ภายใต้ระบบ DRG with Global budget กรณีวงเงินสำหรับการจ่ายค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอจะลดลงตามส่วน สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

(ข) กรณีนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายด้วยอัตรา ๙,๖๐๐ บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) โดยไม่ปรับลดค่าแรง

(๒) การจ่ายสำหรับหน่วยบริการที่ไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้จ่ายตามอัตราบริการผู้ป่วยในทั่วไป

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๘ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๙ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๐ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๑ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) เอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีหลักฐานการวินิจฉัยโรค กลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือหัตถการ และข้อบ่งชี้การทำหัตถการ ค่าดัชนีมวลกาย ตามเอกสารหมายเลข ๖ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) เอกสารหลักฐานบันทึกการผ่าตัดแผลเล็ก

(๓) เอกสารหลักฐานสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

(๔) เอกสารหลักฐานการให้รหัสโรค รหัสหัตถการ ตามรายการบริการที่สำนักงานกำหนด

(๕) กรณีผู้รับบริการมีภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ มีเอกสารหลักฐานดังต่อไปนี้

(ก) เอกสารหลักฐานการขออนุมัติก่อนผ่าตัดที่มีข้อบ่งชี้

(ข) เอกสารหลักฐานทีมแพทย์ผู้ดูแล ประกอบด้วยอายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อและโภชนาการ ศัลยแพทย์ผ่านการอบรมหลักสูตรผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วน

ข้อ ๒๒ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน ที่มีหลักฐานการวินิจฉัยโรค กลุ่มโรค กลุ่มอาการและข้อบ่งชี้การผ่าตัดแผลเล็ก ค่าดัชนีมวลกาย ตามที่สำนักงานกำหนด

(๒) พบเอกสารหลักฐานบันทึกผ่าตัดแผลเล็ก มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

(ก) พบหลักฐานการบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนและหลังผ่าตัด

(ข) พบหลักฐานการบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ

(ค) พบหลักฐานการบันทึกรายละเอียดวิธีการผ่าตัด

(๓) พบเอกสารหลักฐานการให้รหัสโรค รหัสหัตถการ ตามรายการบริการที่สำนักงานกำหนด

(๔) พบเอกสารหลักฐานสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยแพทย์อนุญาต (Discharge Type with approval) และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

(๕) กรณีผู้รับบริการมีภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ พบเอกสารหลักฐานดังต่อไปนี้

(ก) เอกสารหลักฐานการขออนุมัติก่อนผ่าตัดที่มีข้อบ่งชี้ตามที่สำนักงานกำหนด

(ข) คำสั่งอนุมัติก่อนบริการผ่าตัดโดยคณะกรรมการตามที่สำนักงานกำหนด

(ค) แพทย์เฉพาะด้านอายุรกรรมต่อมไร้ท่อและโภชนาการ ศัลยแพทย์ผ่านการอบรมหลักสูตรการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อ ๒๓ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวดนี้

(๒) ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๒๒

ข้อ ๒๔ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๒๕ การให้บริการสาธารณสุข กรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับหรือการผ่าตัดแผลเล็กที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับหรือให้บริการผ่าตัดแผลเล็ก ต้องผ่านการประเมินศักยภาพ ดังต่อไปนี้

๑. ผ่านการประเมินศักยภาพจากคณะกรรมการที่กระทรวงสาธารณสุข หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด

๒. การประเมินศักยภาพหน่วยบริการตาม ๑. ให้หน่วยบริการแจ้งความประสงค์ พร้อมแบบประเมินตนเองไปยังกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้คณะกรรมการตรวจเยี่ยมและประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ในโรงพยาบาล ประเมินศักยภาพของหน่วยบริการและแจ้งผลการพิจารณามาที่สำนักงาน

กรณีไม่อาจดำเนินการตามวรรคหนึ่งได้ ให้หน่วยบริการแจ้งความประสงค์พร้อมแบบประเมินตนเองมายังสำนักงานหรือสำนักงานเขต เพื่อให้คณะกรรมการที่สำนักงานกำหนดประเมินศักยภาพของหน่วยบริการ

๓. หน่วยบริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดในประกาศนี้ เมื่อได้รับการอนุมัติการเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพจากคณะกรรมการตรวจเยี่ยมและประเมินโครงการฯ

กลุ่มโรค รหัสโรค (ICD-10) 2016 และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015 กรณีการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) ดังต่อไปนี้

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
1. โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia)	**ICD10 –** **ICD9 :** 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis 53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified 53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy 53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy
2. โรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele)	**ICD10 –** **ICD9 :** 61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)
3. โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid)	**ICD10 –** **ICD9 :** 49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy 49.45 Ligation of hemorrhoids 49.46 Excision of hemorrhoids 49.49 Other procedures on hemorrhoids

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
4. ภาวะเลือดออกผิดปกติจากมดลูก (abnormal uterine bleeding)	**ICD10 –** **ICD9 :** 68.16 Closed biopsy of uterus 68.21 Division of endometrial synechiae 68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus 68.23 Endometrial ablation 68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus
5. หลอดเลือดดำในหลอดอาหารและกระเพาะอาหารโป่งพอง (Esophageal varices, Gastric varices)	**ICD10 :** I85.0 Oesophageal varices with bleeding I85.9 Oesophageal varices without bleeding I86.4 Gastric varices I98.1* Cardiovascular disorders in other infectious and parasitic diseases classified elsewhere Cardiovascular: · involvement NEC, in Chagas' disease (chronic) (B57.2†) · lesions of pinta [carate] (A67.2†) I98.2* Oesophageal varices without bleeding in diseases classified elsewhere Oesophageal varices in: · liver disorders (K70-K71† , K74.-†) · schistosomiasis (B65.-†) **ICD9 :** 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus 43.41 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of stomach 44.43 Endoscopic control of gastric or duodenal bleeding
6. ภาวะหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture)	**ICD10 –** **ICD9 :** 42.92 Dilation of esophagus 44.22 Endoscopic dilation of pylorus
7. โรคมะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามที่อุดตัน (Obstructive esophageal cancer/tumor)	ICD10 : C15.0 Malignant neoplasm of Cervical part of oesophagus C15.1 Malignant neoplasm of Thoracic part of oesophagus C15.2 Malignant neoplasm of Abdominal part of oesophagus C15.3 Malignant neoplasm of Upper third of oesophagus C15.4 Malignant neoplasm of Middle third of oesophagus C15.5 Malignant neoplasm of Lower third of oesophagus C15.8 Malignant neoplasm of Overlapping lesion of oesophagus C15.9 Malignant neoplasm of Osophagus, unspecified

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	C16.1 Malignant neoplasm of Fundus of stomach C16.2 Malignant neoplasm of Body of stomach C16.3 Malignant neoplasm of Pyloric antrum C16.4 Malignant neoplasm of Pylorus C16.5 Malignant neoplasm of Lesser curvature of stomach, unspecified C16.6 Malignant neoplasm of Greater curvature of stomach, unspecified C16.8 Malignant neoplasm of Overlapping lesion of stomach C16.9 Malignant neoplasm of Stomach, unspecified **ICD9 :** 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus 42.81 Insertion of permanent tube into esophagus
8. ติ่งเนื้องอกลำไส้ใหญ่ (Colorectal polyp)	**ICD 10 :** D12.6 Benign neoplasm of Colon, unspecified Polyposis (hereditary) of colon K62.0 Other diseases of Anal polyp K62.1 Other diseases of Rectal polyp K63.5 Other diseases of Polyp of colon **ICD9 :** 45.42 Endoscopic polypectomy of large intestine 45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine 48.36 Endoscopic] polypectomy of rectum
9. นิ่วในท่อน้ำดี (Bile duct stone)	**ICD10 :** K80.0 Calculus of gallbladder with acute cholecystitis K80.1 Calculus of gallbladder with other cholecystitis K80.2 Calculus of gallbladder without cholecystitis K80.3 Calculus of bile duct with cholangitis K80.4 Calculus of bile duct with cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis **ICD9 :** 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct 51.88 Endoscopic removal of stone(s) from biliary tract
10. นิ่วในท่อตับอ่อน (Pancreatic duct stone)	**ICD10 :** K86.8 Other specified diseases of pancreas : Calculus **ICD9 :** 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.94 Endoscopic removal of stone(s) from pancreatic duct

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
11. ภาวะท่อน้ำดีตีบ (Bile duct stricture)	**ICD10 :** C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma : Cholangiocarcinoma C23 Malignant neoplasm of gallbladder C24 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract C25 Malignant neoplasm of pancreas K82.0 Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic duct or gallbladder without calculus K82.8 Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of cystic duct or gallbladder without calculus K83.1 Obstruction of bile duct:Stricture of without bile duct calculus K83.8 Other specified diseases of biliary tract: Adhesions of bile duct K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture **ICD9 :** 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct
12. ภาวะท่อตับอ่อนตีบ (Pancreatic duct stricture)	**ICD10 :** C25 Malignant neoplasm of pancreas K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis K86.1 Other chronic pancreatitis K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture **ICD9 :** 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.97 Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube 52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct
13. สิ่งแปลกปลอมในทางเดินอาหารส่วนต้น (Foreign body of upper Gastrointestinal Tract)	**ICD10 :** T18.1 Foreign body in oesophagus T18.2 Foreign body in stomach **ICD9 :** 98.02 Removal of intraluminal foreign body from esophagus without incision 98.03 Removal of intraluminal foreign body from stomach and small intestine without incision
14. การผ่าตัดต้อเนื้อ (Pterygium Excision with graft)	**ICD10 :** H11.0 Pterygium **ICD9 :** 11.31 Transposition of pterygium 11.32 Excision of pterygium with corneal graft 11.39 Other excision of pterygium + 10.44 Other free graft to conjunctiva

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
15. การทำหมันหญิง (Female sterilization)	**ICD10 :** Z30.2 Sterilization **ICD9 :** 66.29 Other bilateral endoscopic destruction or occlusion of fallopian tubes 66.31 Other bilateral ligation and crushing of fallopian tubes 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes Pomeroy operation 66.39 Other bilateral destruction or occlusion of fallopian tubes
16. การจัดกระดูกหักให้เข้าที่โดยการผ่าตัดผ่านผิวหนังด้วยแผลขนาดเล็ก (Percutaneous fracture fixation)	**ICD10 :** S42.1 Fracture of scapula S42.2 Fracture of upper end of humerus S42.3 Fracture of shaft of humerus S42.4 Fracture of lower end of humerus S42.7 Multiple fractures of clavicle, scapula and humerus S42.8 Fracture of other parts of shoulder and upper arm S42.9 Fracture of shoulder girdle, part unspecified S52.0 Fracture of upper end of ulna S52.1 Fracture of upper end of radius S52.2 Fracture of shaft of ulna S52.3 Fracture of shaft of radius S52.4 Fracture of shafts of both ulna and radius S52.5 Fracture of lower end of radius S52.6 Fracture of lower end of both ulna and radius S52.7 Multiple fractures of forearm S52.8 Fracture of other parts of forearm S52.9 Fracture of forearm, part unspecified S62.0 Fracture of navicular [scaphoid] bone of hand S62.1 Fracture of other carpal bone(s) S62.4 Multiple fractures of metacarpal bones S62.7 Multiple fractures of fingers S82.0 Fracture of patella S82.1 Fracture of upper end of tibia S82.2 Fracture of shaft of tibia S82.3 Fracture of lower end of tibia S82.4 Fracture of fibula alone S82.5 Fracture of medial malleolus S82.6 Fracture of lateral malleolus S82.7 Multiple fractures of lower leg S82.8 Fractures of other parts of lower leg S82.9 Fracture of lower leg, part unspecified

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	S92.0 Fracture of calcaneus S92.1 Fracture of talus Astragalus S92.2 Fracture of other tarsal bone(s) S92.7 Multiple fractures of foot **ICD9 :** 78.10 Application of external fixator device, unspecified site 78.11 Application of external fixator device, scapula, clavicle, and thorax [ribs and sternum] 78.12 Application of external fixator device, humerus 78.13 Application of external fixator device, radius and ulna 78.14 Application of external fixator device, carpals and metacarpals 78.15 Application of external fixator device, femur 78.16 Application of external fixator device, patella 78.17 Application of external fixator device, tibia and fibula 78.18 Application of external fixator device, tarsals and metatarsals 78.19 Application of external fixator device, Pelvic bones, Phalanges (of foot) (of hand) 78.50 Internal fixation of bone without fracture reduction of unspecified site 78.51 Internal fixation of bone without fracture reduction of scapula, clavicle, and thorax [ribs and sternum] 78.52 Internal fixation of bone without fracture reduction of humerus 78.53 Internal fixation of bone without fracture reduction of radius and ulna 78.54 Internal fixation of bone without fracture reduction of carpals and metacarpals 78.55 Internal fixation of bone without fracture reduction of femur 78.56 Internal fixation of bone without fracture reduction of patella 78.57 Internal fixation of bone without fracture reduction of tibia and fibula 78.58 Internal fixation of bone without fracture reduction of tarsals and metatarsals 78.59 Internal fixation of bone without fracture reduction of other : Pelvic bones, Phalanges (of foot) (of hand), Vertebrae 79.10 Closed reduction of fracture with internal fixation of unspecified site 79.11 Closed reduction of fracture with internal fixation of humerus 79.12 Closed reduction of fracture with internal fixation of radius and ulna 79.13 Closed reduction of fracture with internal fixation of carpals and metacarpals 79.14 Closed reduction of fracture with internal fixation of phalanges of hand 79.15 Closed reduction of fracture with internal fixation of femur 79.16 Closed reduction of fracture with internal fixation of tibia and fibula

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	79.17 Closed reduction of fracture with internal fixation of tarsals and metatarsals 79.18 Closed reduction of fracture with internal fixation of phalanges of foot 79.19 Closed reduction of fracture with internal fixation of other specified bone
17. ฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano)	**ICD10 :** K60.3 Anal fistula **ICD9 :** 49.11 Anal fistulotomy 49.12 Anal fistulectomy
18. ฝีรอบไส้ตรง ทวารหนัก (Perirectal, Perianal abscess)	**ICD10 :** K61.0 Anal abscess K61.1 Rectal abscess K61.2 Anorectal abscess K61.3 Ischiorectal abscess K61.4 Intrasphincteric abscess **ICD9 :** 49.01 Incision of perianal abscess 49.02 Other incision of perianal tissue
19. ฝีเต้านม (Breast abscess)	**ICD10 :** N61 Inflammatory disorders of breast O91.1 Abscess of breast associated with childbirth **ICD9 :** 85.0 Mastotomy
20. นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesicle stone)	**ICD10 :** N21.0 Calculus in bladder **ICD9 :** 57.0 Transurethral clearance of bladder
21. นิ่วในท่อไต (Ureteric stone)	**ICD10 :** N20.1 Calculus of ureter **ICD9 :** 56.0 Transurethral removal of obstruction from ureter and renal pelvis
22. นิ่วในท่อปัสสาวะ (Urethral stone)	**ICD10 :** N20.2 Calculus of kidney with calculus of ureter N21.1 Calculus in urethra **ICD9 :** 58.0 Urethrotomy 58.1 Urethral meatotomy
23. ท่อปัสสาวะตีบ (Urethral stricture)	**ICD10 :** N35.0 Post-traumatic urethral stricture

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	N35.1 Post infective urethral stricture, not elsewhere classified N35.8 Other urethral stricture N35.9 Urethral stricture, unspecified **ICD9 :** 58.5 Release of urethral stricture
24. แผลฉีก หรือแผลปริที่ขอบทวาร (Anal fissure)	**ICD10 :** K60.0 Fissure and fistula of Acute anal fissure K60.1 Fissure and fistula of Chronic anal fissure K60.2 Fissure and fistula of Anal fissure, unspecified **ICD9 :** 49.51 Left lateral anal sphincterotomy 49.52 Posterior anal sphincterotomy 49.59 Other anal sphincterotomy
25. ความผิดปกติของอัณฑะที่ได้รับการตัดลูกอัณฑะ (Orchidectomy)	**ICD10 :** C61 Malignant neoplasm of prostate D29.2 Benign neoplasm of Testis N44 Torsion of testis N45.0 Orchitis, epididymitis and epididymo-orchitis with abscess N45.9 Orchitis, epididymitis and epididymo-orchitis without abscess N50.0 Other disorders of Atrophy of testis N50.1 Other disorders of Vascular disorders of male genital organs N50.8 Other specified disorders of male genital organs N50.9 Disorder of male genital organs, unspecified Q53.1 Undescended testicle, unilateral Q53.2 Undescended testicle, bilateral Q55.2 Other congenital malformations of testis and scrotum **ICD9 :** 62.3 Unilateral orchiectomy 62.41 Removal of both testes at same operative episode 62.42 Removal of remaining testis
26. การส่องกล้องตรวจโพรงมดลูก และการผ่าตัด (Hysteroscopy) เพื่อรักษาความผิดปกติของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน	**ICD10 :** D07.0 Carcinoma in situ of Endometrium D25.0 Submucous leiomyoma of uterus D25.2 Subserosal leiomyoma of uterus D26.0 Other benign neoplasms of Cervix uteri D26.1 Other benign neoplasms of Corpus uteri D26.7 Other benign neoplasms of Other parts of uterus D26.9 Other benign neoplasms of Uterus, unspecified D39.0 Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Uterus

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	N71.0 Acute inflammatory disease of uterus N80.0 Endometriosis of uterus N80.1 Endometriosis of ovary N80.9 Endometriosis, unspecified N84.0 Polyp of corpus uteri N84.1 Polyp of cervix uteri N84.2 Polyp of vagina N84.3 Polyp of vulva N84.8 Polyp of other parts of female genital tract N84.9 Polyp of female genital tract, unspecified N85 Other noninflammatory disorders of uterus, except cervix N85.0 Endometrial glandular hyperplasia N85.1 Endometrial adenomatous hyperplasia N85.2 Hypertrophy of uterus N85.3 Subinvolution of uterus N85.4 Malposition of uterus N85.5 Inversion of uterus N85.6 Intrauterine synechiae N85.7 Haematometra N85.8 Other specified noninflammatory disorders of uterus N85.9 Noninflammatory disorder of uterus, unspecified N91.0 Primary amenorrhoea N91.1 Secondary amenorrhoea N91.2 Amenorrhoea, unspecified N91.3 Primary oligomenorrhoea N91.4 Secondary oligomenorrhoea N91.5 Oligomenorrhoea, unspecified N92.0 Excessive and frequent menstruation with regular cycle N92.1 Excessive and frequent menstruation with irregular cycle N92.2 Excessive menstruation at puberty N92.3 Ovulation bleeding N92.4 Excessive bleeding in the premenopausal period N92.5 Other specified irregular menstruation N92.6 Irregular menstruation, unspecified N93.0 Postcoital and contact bleeding N93.8 Other specified abnormal uterine and vaginal bleeding N93.9 Abnormal uterine and vaginal bleeding, unspecified N94.0 Mittelschmerz N94.1 Dyspareunia N94.2 Vaginismus

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	N94.3 Premenstrual tension syndrome N94.4 Primary dysmenorrhoea N94.5 Secondary dysmenorrhoea N94.6 Dysmenorrhoea, unspecified N94.8 Other specified conditions associated with female genital organs and menstrual cycle N94.9 Unspecified condition associated with female genital organs and menstrual cycle N95.0 Postmenopausal bleeding N95.1 Menopausal and female climacteric states N95.2 Postmenopausal atrophic vaginitis N95.3 States associated with artificial menopause N95.8 Other specified menopausal and perimenopausal disorders N95.9 Menopausal and perimenopausal disorder, unspecified N96 Habitual aborter N97.0 Female infertility associated with anovulation N97.1 Female infertility of tubal origin N97.2 Female infertility of uterine origin N97.3 Female infertility of cervical origin N97.4 Female infertility associated with male factors N97.8 Female infertility of other origin N97.9 Female infertility, unspecified N98.0 Infection associated with artificial insemination N98.1 Hyperstimulation of ovaries N98.2 Complications of attempted introduction of fertilized ovum following in vitro fertilization N98.3 Complications of attempted introduction of embryo in embryo transfer N98.8 Other complications associated with artificial fertilization N98.9 Complication associated with artificial fertilization, unspecified **ICD9 :** 68.12Hysteroscopy
27. การตัดนิ้วมือ (Amputation Finger)	**ICD10 :** C43.6 Malignant melanoma of upper limb, including shoulder E10.5 Insulin-dependent diabetes mellitus With peripheral circulatory complications E10.7 Insulin-dependent diabetes mellitus With multiple complications E11.5 Non-insulin-dependent diabetes mellitus With peripheral circulatory complications E11.7 Non-insulin-dependent diabetes mellitus With multiple complications

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	E13.5 Other specified diabetes mellitus With peripheral circulatory complications E13.7 Other specified diabetes mellitus With multiple complications E14.5 Unspecified diabetes mellitus With peripheral circulatory complications E14.7 Unspecified diabetes mellitus With multiple complications E12.5 Malnutrition-related diabetes mellitus With peripheral circulatory complications E12.7 Malnutrition-related diabetes mellitus With multiple complications I79.2* Peripheral angiopathy in diseases classified elsewhere Diabetic peripheral angiopathy (E10-E14† with common fourth character .5) M86.44 Chronic osteomyelitis with draining sinus: Hand, carpus, fingers, metacarpus, joints between these bones M72.6 Necrotizing fasciitis R02 Gangrene, not elsewhere classified S61.1 Open wound of finger(s) with damage to nail S62.61 Fracture of other finger : Open S62.71 Multiple fractures of fingers : Open S62.81 Fracture of other and unspecified parts of wrist and hand : Open S68.0 Traumatic amputation of thumb (complete) (partial) S68.1 Traumatic amputation of other single finger (complete) (partial) S68.2 Traumatic amputation of two or more fingers alone (complete)(partial) T23.3 Burn of third degree of wrist and hand T79.3 Post-traumatic wound infection, not elsewhere classified T84.6 Infection and inflammatory reaction due to internal fixation device [any site] **ICD9 :** 84.01 Amputation and disarticulation of finger
28. การผ่าตัดก้อนโรคที่เต้านม (Wide Excision Breast mass)	**ICD10 :** C50.0 Malignant neoplasm of Nipple and areola C50.1 Malignant neoplasm of Central portion of breast C50.2 Malignant neoplasm of Upper-inner quadrant of breast C50.3 Malignant neoplasm of Lower-inner quadrant of breast C50.4 Malignant neoplasm of Upper-outer quadrant of breast C50.5 Malignant neoplasm of Lower-outer quadrant of breast C50.6 Malignant neoplasm of Axillary tail of breast C50.8 Malignant neoplasm of Overlapping lesion of breast C50.9 Malignant neoplasm of Breast, unspecified D05 Carcinoma in situ of breast D05.0 Lobular carcinoma in situ

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	D05.1 Intraductal carcinoma in situ D05.7 Other carcinoma in situ of breast D05.9 Carcinoma in situ of breast, unspecified D48.6 Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of other and unspecified sites **ICD9 :** 85.21 Local excision of lesion of breast
29. ความผิดปกติของเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Simple Mastectomy)	**ICD10 :** C50.0 Malignant neoplasm of Nipple and areola C50.1 Malignant neoplasm of Central portion of breast C50.2 Malignant neoplasm of Upper-inner quadrant of breast C50.3 Malignant neoplasm of Lower-inner quadrant of breast C50.4 Malignant neoplasm of Upper-outer quadrant of breast C50.5 Malignant neoplasm of Lower-outer quadrant of breast C50.6 Malignant neoplasm of Axillary tail of breast C50.8 Malignant neoplasm of Overlapping lesion of breast C50.9 Malignant neoplasm of Breast, unspecified D05 Carcinoma in situ of breast D05.0 Lobular carcinoma in situ D05.1 Intraductal carcinoma in situ D05.7 Other carcinoma in situ of breast D05.9 Carcinoma in situ of breast, unspecified D24 Benign neoplasm of breast N60.1 Diffuse cystic mastopathy N60.3 Fibrosclerosis of breast N62 Hypertrophy of breast Q83.1 Accessory breast **ICD9 :** 85.41 Unilateral simple mastectomy
30. การรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัดแบบสงวนเต้า (Breast Conservative Surgery)	**ICD10 :** C50.0 Malignant neoplasm of Nipple and areola C50.1 Malignant neoplasm of Central portion of breast C50.2 Malignant neoplasm of Upper-inner quadrant of breast C50.3 Malignant neoplasm of Lower-inner quadrant of breast C50.4 Malignant neoplasm of Upper-outer quadrant of breast C50.5 Malignant neoplasm of Lower-outer quadrant of breast C50.6 Malignant neoplasm of Axillary tail of breast C50.8 Malignant neoplasm of Overlapping lesion of breast C50.9 Malignant neoplasm of Breast, unspecified D05 Carcinoma in situ of breast

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	D05.0 Lobular carcinoma in situ D05.1 Intraductal carcinoma in situ D05.7 Other carcinoma in situ of breast D05.9 Carcinoma in situ of breast, unspecified **ICD9 :** 85.22 Resection of quadrant of breast 85.23 Subtotal mastectomy
31. ภาวะลิ้นติด (Tongue tie Release) ข้อบ่งชี้หลัก ภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วไป (General Anesthesia)	**ICD10 :** Q38.1 Ankyloglossia **ICD9 :** 25.91 Lingual frenotomy 25.92 Lingual frenectomy 27.91 Labial frenectomy
32. การตัดนิ้วเท้าในแผลเบาหวานและเนื้อตายที่เท้า (Diabetic foot with gangrene)	**ICD10 :** กลุ่มที่ 1 **Pdx :** E10.4 Insulin-dependent diabetes mellitus with neurological complications หรือ E11.4 Non-insulin-dependent diabetes mellitus with neurological complications หรือ E12.4 Malnutrition-related diabetes mellitus with neurological complications หรือ E13.4 Other specified diabetes mellitus with neurological complications หรือ E14.4 Unspecified diabetes mellitus with neurological complications หรือ E10.7 Insulin-dependent diabetes mellitus With multiple complications หรือ E11.7 Non-insulin-dependent diabetes mellitus With multiple complications หรือ E13.7 Other specified diabetes mellitus With multiple complications หรือ E14.7 Unspecified diabetes mellitus With multiple complications และ Sdx : G63.2* Diabetic polyneuropathy (E10-E14† with common fourth character .4) กลุ่มที่ 2 **Pdx :** E10.5 Insulin-dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ E11.5 Non-insulin-dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ E12.5 Malnutrition-related diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	E13.5 Other specified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ E14.5 Unspecified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ E10.7 Insulin-dependent diabetes mellitus With multiple complications หรือ E11.7 Non-insulin-dependent diabetes mellitus With multiple complications หรือ E13.7 Other specified diabetes mellitus With multiple complications หรือ E14.7 Unspecified diabetes mellitus With multiple complications และ **Sdx :** I79.2* Peripheral angiopathy in diseases classified elsewhere Diabetic peripheral angiopathy (E10-E14† with common fourth character .5) กลุ่มที่ 3 **Pdx :** I74.3 Embolism and thrombosis of arteries of lower extremities L02.4 Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle of limb หรือ L03.0 Cellulitis of finger and toe หรือ L03.1 Cellulitis of other parts of limb หรือ T79.3 Post-traumatic wound infection, not elsewhere classified หรือ M72.6 Necrotizing fasciitis หรือ R02 Gangrene, not elsewhere classified หรือ M86.47 Chronic osteomyelitis with draining sinus of toe และ **Sdx :** E10.9 Insulin-dependent diabetes mellitus Without complications หรือ E11.9 Non-insulin-dependent diabetes mellitus Without complications หรือ E12.9 Malnutrition-related diabetes mellitus Without complications หรือ E13.9 Other specified diabetes mellitus Without complications หรือ E14.9 Unspecified diabetes mellitus Without complications หรือ E10.0 Insulin-dependent diabetes mellitus With coma หรือ E10.1 Insulin-dependent diabetes mellitus With ketoacidosis หรือ E10.2† Insulin-dependent diabetes mellitus With With renal complications หรือ E10.3† Insulin-dependent diabetes mellitus With ophthalmic complications หรือ E10.4† Insulin-dependent diabetes mellitus With neurological complications หรือ E10.5 Insulin-dependent diabetes mellitus With peripheral circulatory complications หรือ E10.6 Insulin-dependent diabetes mellitus With other specified complications หรือ

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	E10.7 Insulin-dependent diabetes mellitus With multiple complications หรือ E10.8 Insulin-dependent diabetes mellitus With unspecified complications หรือ E10.9 Insulin-dependent diabetes mellitus Without complications หรือ E11.0 Non-Insulin-dependent diabetes mellitus With comaหรือ E11.1 Non-Insulin-dependent diabetes mellitus With ketoacidosis หรือ E11.2† Non-Insulin-dependent diabetes mellitus With With renal complications หรือ E11.3† Non-Insulin-dependent diabetes mellitus With ophthalmic complications หรือ E11.4† Non-Insulin-dependent diabetes mellitus With neurological complications หรือ E11.5 Non-Insulin-dependent diabetes mellitus With peripheral circulatory complications หรือ E11.6 Non-Insulin-dependent diabetes mellitus With other specified complications หรือ E11.7 Non-Insulin-dependent diabetes mellitus With multiple complications หรือ E11.8 Non-Insulin-dependent diabetes mellitus With unspecified complications หรือ E11.9 Non- Insulin-dependent diabetes mellitus Without complications หรือ E12.1 Malnutrition-related diabetes mellitus With ketoacidosis หรือ E12.2† Malnutrition-related diabetes mellitus With With renal complications หรือ E12.3† Malnutrition-related diabetes mellitus With ophthalmic complications หรือ E12.4† Malnutrition-related diabetes mellitus With neurological complications หรือ E12.5 Malnutrition-related diabetes mellitus With peripheral circulatory complications หรือ E12.6 Malnutrition-related diabetes mellitus With other specified complications หรือ E12.7 Malnutrition-related diabetes mellitus With multiple complications หรือ E12.8 Malnutrition-related diabetes mellitus With unspecified complications หรือ E12.9 Malnutrition-related diabetes mellitus Without complications หรือ E13.0 Other specified diabetes mellitus With coma หรือ E13.1 Other specified diabetes mellitus With ketoacidosis หรือ E13.2† Other specified diabetes mellitus With With renal complications หรือ E13.3† Other specified diabetes mellitus With ophthalmic complications หรือ

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	E13.4†Other specified diabetes mellitus With neurological complications หรือ E13.5 Other specified diabetes mellitus With peripheral circulatory complications หรือ E13.6 Other specified diabetes mellitus With other specified complications หรือ E13.7 Other specified diabetes mellitus With multiple complications หรือ E13.8 Other specified diabetes mellitus With unspecified complications หรือ E13.9 Other specified diabetes mellitus Without complications หรือ E14.0 Unspecified diabetes mellitus With coma หรือ E14.1 Unspecified diabetes mellitus With ketoacidosis หรือ E14.2†Unspecified diabetes mellitus With With renal complications หรือ E14.3† Unspecified diabetes mellitus With ophthalmic complications หรือ E14.4† Unspecified diabetes mellitus With neurological complications หรือ E14.5 Unspecified diabetes mellitus With peripheral circulatory complications หรือ E14.6 Unspecified diabetes mellitus With other specified complications หรือ E14.7 Unspecified diabetes mellitus With multiple complications หรือ E14.8 Unspecified diabetes mellitus With unspecified complications หรือ E14.9 Unspecified diabetes mellitus Without complications **ICD9 :** 84.11Amputation of toe
33. การปลูกถ่ายผิวหนัง ใน Granulation Wound	**ICD10 :** M79.8 Other specified soft tissue disorders **ICD9 :** 86.60 Free skin graft, not otherwise specified 86.66 Homograft to skin 86.69 Other skin graft to other sites
34. การทำผ่าตัดเส้นเลือดขอด (Varicose vein)	**ICD10 :** I83.0 Varicose veins of lower extremities with ulcer I83.1 Varicose veins of lower extremities with inflammation I83.2 Varicose veins of lower extremities with both ulcer and inflammation I83.9 Varicose veins of lower extremities without ulcer or inflammation **ICD9 :** 38.59 Ligation and stripping of varicose veins LOWER LIMB 38.89 Other surgical occlusion of vessels

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
35. การขลิบผิวหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย (Phimosis, Paraphimosis) ข้อบ่งชี้หลัก ภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วไป (General Anesthesia)	**ICD10 :** N47 Redundant prepuce, phimosis and paraphimosis **ICD9 :** 64.0 Circumcision
36. การผ่าตัดนิ่วและการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ (Obstructive uropathy)	**ICD10 :** N13.0 Hydronephrosis with ureteropelvic junction obstruction N13.1 Hydronephrosis with ureteral stricture, not elsewhere classified N13.2 Hydronephrosis with renal and ureteral calculous obstruction N13.3 Other and unspecified hydronephrosis N13.4 Hydroureter N13.5 Kinking and stricture of ureter without hydronephrosis N13.6 Pyonephrosis N13.7 Vesicoureteral-reflux-associated uropathy N13.8 Other obstructive and reflux uropathy N13.9 Obstructive and reflux uropathy, unspecified N11.1 Chronic obstructive pyelonephritis **ICD9 :** 55.03 Percutaneous nephrostomy without fragmentation 55.04 Percutaneous nephrostomy with fragmentation
37. การผ่าตัดเส้นเลือดขอดบริเวณถุงอัณฑะ (Varicocele)	**ICD10 :** I86.1 Scrotal varices **ICD9 :** 63.1Excision of varicocele and hydrocele of spermatic cord
38. การผ่าตัดปะแก้วหูเพื่อรักษาหูชั้นกลาง (Chronic otitis media, Perforated tympanic membrane, atelectatic otitis media, adhesive otitis media)	**ICD10 :** H65.2 Chronic serous otitis media H65.3 Chronic mucoid otitis media H65.4 Other chronic nonsuppurative otitis media H66.9 Otitis media, unspecified H72.0 Central perforation of tympanic membrane H72.1 Attic perforation of tympanic membrane H72.2 Other marginal perforations of tympanic membrane H72.8 Other perforations of tympanic membrane H72.9 Perforation of tympanic membrane, unspecified H73.8 Other specified disorders of tympanic membrane H73.9 Disorder of tympanic membrane, unspecified H74.1 Adhesive middle ear disease

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	ICD9 : 19.4 Myringoplasty Tympanoplasty (type I) 19.52 Type II tympanoplasty 19.53 Type III tympanoplasty 19.54 Type IV tympanoplasty 19.55 Type V tympanoplasty 19.6 Revision of tympanoplasty
39. การผ่าตัดเพื่อรักษาเนื้องอกที่กล่องเสียง (Laryngotracheal stenosis, tumor/cyst at larynx hypopharynx base of tongue)	**ICD10 :** D14.1 Benign neoplasm of Larynx D14.2 Benign neoplasm of Trachea D37.0 Neoplasm of uncertain or unknown behavior of Lip, oral cavity, and pharynx D38.0 Neoplasm of uncertain or unknown behavior of Larynx D38.1 Neoplasm of uncertain or unknown behavior of Trachea, bronchus, and lung J38.1 Diseases of vocal cords and larynx, not elsewhere classified ; Polyp of vocal cord and larynx J38.6 Diseases of vocal cords and larynx, not elsewhere Classified; Stenosis of larynx J38.7 Diseases of vocal cords and larynx, not elsewhere classified ; Other diseases of larynx J39.2 Other diseases of pharynx Q31.8 Other congenital malformations of larynx Q31.9 Congenital malformation of larynx, unspecified Q34.8 Other specified congenital malformations of respiratory system **ICD9 :** 30.09 Other excision or destruction of lesion or tissue of larynx 31.42 Laryngoscopy and other tracheoscopy 31.92 Lysis of adhesions of trachea or larynx
40. การผ่าตัดเพื่อการรักษาโรคจมูกอักเสบเรื้อรัง (Hypertrophy of turbinate)	**ICD10 :** J34.3 Hypertrophy of nasal turbinates **ICD9 :** 21.87 Other rhinoplasty
41. การผ่าตัดรักษาโรคเกี่ยวกับต่อมบาร์โธลิน (Cyst/abscess of Bartholin’s gland) (ถุงน้ำบาร์โธลิน หรือถุงหนองต่อมบาร์โธลิน)	**ICD10 :** N75.0 Cyst of Bartholin's gland N75.1 Abscess of Bartholin's gland **ICD9 :** 71.21 Percutaneous aspiration of Bartholin's gland (cyst) 71.22 Incision of Bartholin's gland (cyst) 71.23 Marsupialization of Bartholin's gland (cyst)

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	71.24 Excision or other destruction of Bartholin's gland (cyst) 71.29 Other operations on Bartholin's gland
42. การตัดติ่งเนื้อหรือเนื้องอกในโพรงมดลูก (Submucous myoma uteri, polyp of corpus uteri) (เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกในโพรงมดลูกและติ่งเนื้อเยื่อบุโพรงมดลูก)	**ICD10 :** D25.0 Submucous leiomyoma of uterus D25.1 Intramural leiomyoma of uterus D25.2 Subserosa leiomyoma of uterus D25.9 Leiomyoma of uterus, unspecified N84.0 Polyp of corpus uteri **ICD9 :** 68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus
43. การส่องกล้องใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: PEG)	**ICD10 :** R63.3 Feeding difficulties and mismanagement (เป็นโรคร่วม) **ICD9 :** 43.11 Percutaneous endoscopic gastrostomy
44. การส่องกล้องใช้เข็มเจาะดูดชิ้นเนื้อบริเวณตับอ่อนนำทางด้วยกล้องคลื่นเสียงความถี่สูง [EUS-FNB (endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy) pancreas]	**ICD10 :** C25.9 Malignant neoplasm of pancreas K86.9 Disease of pancreas, unspecified (Mass of pancreas) **ICD9 :** 52.11 closed biopsy of pancreas
45. การส่องกล้องใช้เข็มเจาะดูดชิ้นเนื้อบริเวณตับนำทางด้วยกล้องคลื่นเสียงความถี่สูง [EUS-FNB (endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy) liver]	**ICD10 :** C22.0 Malignant neoplasm of Liver cell carcinoma C22.1 Malignant neoplasm of Intrahepatic bile duct carcinoma C22.2 Malignant neoplasm of Hepatoblastoma C22.7 Malignant neoplasm of Other specified carcinomas of liver C22.9 Malignant neoplasm of Liver, unspecified C78.7 Secondary malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile duct D13.4 benign neoplasm of liver **ICD9 :** 50.11 closed biopsy of liver
46. การฉีดสารฟิลเลอร์ที่เส้นเสียง (Injection laryngoplasty)	**ICD10 :** J38.0 Paralysis of vocal cords and larynx J38.3 Other diseases of vocal cords **ICD9 :** 31.0 Injection of larynx

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
47. การผ่าตัดส่องกล้องเพื่อตรวจรักษาพยาธิสภาพที่กล่องเสียงและโคนลิ้น (Endoscopic laryngeal and Base of Tongue Surgery) ข้อบ่งชี้หลัก ภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วไป (General Anesthesia)	**ICD10 :** D14.1 Benign neoplasm of Larynx D14.2 Benign neoplasm of Trachea D14.3 Benign neoplasm of Bronchus and lung J38.1 Polyp of vocal cord and larynx J38.2 Nodules of vocal cords J38.3 Other diseases of vocal cords J38.6 Stenosis of larynx J38.7 Other diseases of larynx J95.5 Postprocedural subglottic stenosis J95.8 Other postprocedural respiratory disorders J95.9 Postprocedural respiratory disorder, unspecified C01 Malignant neoplasm of base of tongue C02.0 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of Dorsal surface of tongue C02.1 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of Border of tongue C02.2 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of Ventral surface of tongue C02.3 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of Anterior two-thirds of tongue, part unspecified C02.4 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of Lingual tonsil C02.8 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of Overlapping lesion of tongue C02.9 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of Tongue, unspecified C03.0 Malignant neoplasm of Upper gum C03.1 Malignant neoplasm of Lower gum C03.9 Malignant neoplasm of Gum, unspecified C04.0 Malignant neoplasm of floor of Anterior floor of mouth C04.1 Malignant neoplasm of floor of Lateral floor of mouth C04.8 Malignant neoplasm of floor of Overlapping lesion of floor of mouth C04.9 Malignant neoplasm of floor of Floor of mouth, unspecified C05.0 Malignant neoplasm of Hard palate C05.1 Malignant neoplasm of Soft palate C05.2 Malignant neoplasm of Uvula C05.8 Malignant neoplasm of Overlapping lesion of palate C05.9 Malignant neoplasm of Palate, unspecified C06.0 Malignant neoplasm of Cheek mucosa C06.1 Malignant neoplasm of Vestibule of mouth C06.2 Malignant neoplasm of Retromolar area

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	C06.8 Malignant neoplasm of Overlapping lesion of other and unspecified parts of mouth C09.0 Malignant neoplasm of Tonsillar fossa C09.1 Malignant neoplasm of Tonsillar pillar (anterior) (posterior) C09.8 Malignant neoplasm of Overlapping lesion of tonsil C09.9 Malignant neoplasm of Tonsil, unspecified C10.0 Malignant neoplasm of Vallecula C10.1 Malignant neoplasm of Anterior surface of epiglottis C10.2 Malignant neoplasm of Lateral wall of oropharynx C10.3 Malignant neoplasm of Posterior wall of oropharynx C10.8 Malignant neoplasm of Overlapping lesion of oropharynx C10.9 Malignant neoplasm of Oropharynx, unspecified C12 Malignant neoplasm of piriform sinus C13.0 Malignant neoplasm of Postcricoid region C13.1 Malignant neoplasm of Aryepiglottic fold, hypopharyngeal aspect C13.2 Malignant neoplasm of Posterior wall of hypopharynx C13.8 Malignant neoplasm of Overlapping lesion of hypopharynx C13.9 Malignant neoplasm of Hypopharynx, unspecified C14.0 Malignant neoplasm of Pharynx, unspecified C14.2 Malignant neoplasm of Waldeyer's ring C14.8 Malignant neoplasm of Overlapping lesion of lip, oral cavity and pharynx C77.0 Secondary and unspecified malignant neoplasm of Lymph nodes of head, face and neck + C80.0 Malignant neoplasm, primary site unknown, so stated **ICD9 :** 30.09 Other excision or destruction of lesion or tissue of larynx 31.42 Laryngoscopy and other tracheoscopy 31.43 Closed [endoscopic] biopsy of larynx 31.92 Lysis of adhesions of trachea or larynx 31.93 Replacement of laryngeal or tracheal stent 31.98 Other operations on larynx 42.23 Other esophagoscopy 42.24 Closed [endoscopic] biopsy of esophagus
48. การผ่าตัดปะเยื่อแก้วหู (Tympanoplasty)	**ICD10 :** H65.4 Other chronic nonsuppurative otitis media H66.9 Otitis media, unspecified H72.0 Central perforation of tympanic membrane H72.2 Other marginal perforations of tympanic membrane H72.8 Other perforations of tympanic membrane

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	H72.9 Perforation of tympanic membrane, unspecified H73.8 Other specified disorders of tympanic membrane H73.9 Disorder of tympanic membrane, unspecified **ICD9 :** 19.4 Myringoplasty Tympanoplasty (type I) 19.52 Type II tympanoplasty 19.6 Revision of tympanoplasty
49. การวางสายเพื่อการล้างไตในช่องท้อง (Tenckhoff catheter)	**ICD10 :** N18.5 Chronic kidney disease, stage 5 **ICD9 :** 54.93 Creation of cutaneoperitoneal fistula
50. การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในกลุ่มความเสี่ยงสูง	**ICD10 :** D50.0 Iron deficiency anaemia secondary to blood loss (chronic) D50.1 Sideropenic dysphagia D50.8 Other iron deficiency anaemias D50.9 Iron deficiency anaemia, unspecified D64.9 Anaemia, unspecified K52.9 Noninfective gastroenteritis and colitis, unspecified K59.0 Constipation K59.1 Functional diarrhoea R19.4 Change in bowel habit R19.5 Other faecal abnormalities Z80.9 Family history of malignant neoplasm, unspecified Z86.0 Personal history of other neoplasms R63.0 Anorexia R64 Cachexia R93.3 Abnormal findings on diagnostic imaging of other parts of digestive tract Z12.1 Special screening examination for neoplasm of intestinal tract **ICD9 :** 45.23 Colonoscopy
51. การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (Loop Electrosurgical Excision procedure)	**ICD10 :** N87.1 Moderate cervical dysplasia N87.2 Severe cervical dysplasia, notelsewhere classified N87.9 Dysplasia of cervix uteri,unspecified D06.1 Carcinoma in situ of Exocervix D06.7 Carcinoma in situ of Other parts of cervix D06.9 Carcinoma in situ of Cervix, unspecified **ICD9 :** 67.32 Destruction of lesion of cervix by cauterizatio

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
52. การผ่าตัดโรคจอตาและวุ้นตา (Vitreoretinal surgery)	**ICD10 :** H31.3 Choroidal haemorrhage and rupture H31.4 Choroidal detachment H33.0 Retinal detachment with retinal break H33.2 Serous retinal detachment H33.3 Retinal breaks without detachment H33.4 Traction detachment of retina H35.1 Retinopathy of prematurity H35.2 Other proliferative retinopathy H35.3 Degeneration of macula and posterior pole H36.02 Proliferative diabetic retinopathy H43.0 Vitreous prolapse H43.1 Vitreous haemorrhage H43.2 Crystalline deposits in vitreous body H43.3 Other vitreous opacities H43.8 Other disorders of vitreous body H44.0 Purulent endophthalmitis H44.1 Other endophthalmitis H44.2 Degenerative myopia H44.4 Hypotony of eye H44.6 Retained (old) intraocular foreign body, magnetic H44.7 Retained (old) intraocular foreign body, nonmagnetic H45.0 Vitreous haemorrhage in diseases classified elsewhere H45.1 Endophthalmitis in diseases classified elsewhere H27.1 Dislocation of lens Y77.2 Ophthalmic prosthetic and implants associated with adverse incidents **ICD9 :** 13.42 Mechanical phacofragmentation and aspiration of cataract by posterior route 13.64 Discission of secondary membrane [after cataract] 13.65 Excision of secondary membrane [after cataract] 13.72 Secondary insertion of intraocular lens prosthesis 13.8 Removal of implanted lens 14.00 Removal of foreign body from posterior segment of eye, not otherwise specified 14.01 Removal of foreign body from posterior segment of eye with use of magnet 14.02 Removal of foreign body from posterior segment of eye without use of magnet 14.11 Diagnostic aspiration of vitreous + 14.74 Other mechanical vitrectomy

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	14.19 Other diagnostic procedures on retina, choroids, vitreous, and posterior chamber + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.21 Destruction of chorioretinal lesion by diathermy 14.22 Destruction of chorioretinal lesion by cryotherapy 14.24 Destruction of chorioretinal lesion by laser photocoagulation (ต้องมี ICD10 เป็น H35.1) 14.24 Destruction of chorioretinal lesion by laser photocoagulation + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.25 Destruction of chorioretinal lesion by photocoagulation of unspecified type + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.26 Destruction of chorioretinal lesion by radiation therapy 14.27 Destruction of chorioretinal lesion by implantation of radiation source 14.29 Other destruction of chorioretinal lesion 14.31 Repair of retina tear by diathermy 14.32 Repair of retina tear by cryotherapy 14.34 Repair of retina tear by laser photocoagulation + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.35 Repair of retina tear by photocoagulation of unspecified type + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.39 Other repair of retinal tear + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.41 Scleral buckling with implant 14.49 Other scleral buckling 14.51 Repair of retinal detachment with diathermy 14.52 Repair of retinal detachment with cryotherapy 14.54 Repair of retinal detachment with laser photocoagulation 14.55 Repair of retinal detachment with photocoagulation of unspecified type 14.6 Removal of surgically implanted material from posterior segment ofeye 14.72 Other removal of vitreous 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.75 Injection of vitreous substitute + 14.74 Other mechanical vitrectomy 14.79 Other operations on vitreous (กรณีฉีดยา Anti AVGF เข้าวุ้นตา ต้องมี 99.25 หรือ 99.28 ร่วมกับ 14.74 Other mechanical vitrectomy) 14.9 Other operations on retina, choroids, and posterior chamber
53. การผ่าตัดเพื่อเปิดทางระบายน้ำจากช่องหน้าลูกตาไปใต้เยื่อบุตา (Trabeculectomy)	**ICD10 :** H40.1 Primary open-angle glaucoma H40.2 Primary angle-closure glaucoma H40.3 Glaucoma secondary to eye trauma H40.4 Glaucoma secondary to eye inflammation H40.5 Glaucoma secondary to other eye disorders H40.6 Glaucoma secondary to drugs

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	H40.8 Other glaucoma H42.0* Glaucoma in endocrine, nutritional and metabolic diseases (E85.-†, E72.0†) H42.8* Glaucoma in other diseases classified (B73†) **ICD9 :** 12.64 Trabeculectomy ab externo
54. การผ่าตัดเพื่อใส่ท่อระบายน้ำจากช่องหน้าม่านตาไปใต้เยื่อบุตา (Tube shunt surgery)	**ICD10 :** H40.1 Primary open-angle glaucoma H40.2 Primary angle-closure glaucoma H40.3 Glaucoma secondary to eye trauma H40.4 Glaucoma secondary to eye inflammation H40.5 Glaucoma secondary to other eye disorders H40.6 Glaucoma secondary to drugs H40.8 Other glaucoma H42.0* Glaucoma in endocrine, nutritional and metabolic diseases (E85.-†, E72.0†) H42.8* Glaucoma in other diseases classified (B73†) **ICD9 :** 12.69 Other fistulizing procedure (ถ้า ICD9CM 2015 ใช้ 12.67 Insertion of aqueous drainage device)
55. การผ่าตัดเบ้าตา (Orbital surgery)	**ICD10 :** H05.1 Chronic inflammatory disorders of orbit IOI (idiopathic orbital inflammation) H44.1 Other endophthalmitis Non-infectious H44.5 Degenerated conditions of globe C69.0 Malignant neoplasm of choroid C69.4 Malignant neoplasm of ciliary body C69.6 Malignant neoplasm of orbit C69.9 Malignant neoplasm of eye, unspecified D31.5 Benign neoplasm of orbit, unspecified **ICD9 :** 16.22 Diagnostic aspiration of orbit 16.23 Biopsy of eyeball and orbit 16.31 Removal of ocular contents with synchronous implant into scleral shell 16.39 Other evisceration of eyeball 16.41 Enucleation of eyeball with synchronous implant into Tenon’s capsule with attachment of muscles 16.42 Enucleation of eyeball with other synchronous implant 16.49 Other enucleation of eyeball 16.92 Excision of lesion of orbit

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
56. การผ่าตัดเปลือกตา (Eyelid surgery) (เพื่อการรักษาเท่านั้น)	**ICD10 :** H02.0 Entropion and trichiasis of eyelid H02.1 Ectropion of eyelid H02.4 Ptosis of eyelid H02.5 Other disorders affecting eyelid function C43.1 Malignant melanoma of eyelid, including canthus C44.1 Other malignant neoplasms of skin of eyelid, including canthus C69.8 Malignant neoplasm of overlapping lesion of eye and adnexa D03.1 Melanoma in situ of eyelid, including canthus D04.1 Carcinoma in situ of skin of eyelid, including canthus D21.0 Benign neoplasm of connective and other soft tissue of head, face and neck **ICD9 :** 08.23 Excision of major lesion of eyelid, partial-thickness + 08.6 Reconstruction of eyelid with flaps or grafts หรือ + 08.7 Other reconstruction of eyelid 08.24 Excision of major lesion of eyelid, full-thickness + 08.6 Reconstruction of eyelid with flaps or grafts หรือ + 08.7 Other reconstruction of eyelid 08.31 Repair of blepharoptosis by frontalis muscle technique with suture 08.32 Repair of blepharoptosis by frontalis muscle technique with fascial sling 08.33 Repair of blepharoptosis by resection or advancement of levator muscle or aponeurosis 08.34 Repair of blepharoptosis by other levator muscle techniques 08.35 Repair of blepharoptosis by tarsal technique 08.36 Repair of blepharoptosis by other techniques 08.37 Reduction of overcorrection of ptosis 08.38 Correction of lid retraction 08.42 Repair of entropion or ectropion by suture technique epiblepharon correction 08.43 Repair of entropion or ectropion with wedge resection 08.44 Repair of entropion or ectropion with lid reconstruction Hughes procedure 08.49 Other repair of entropion or ectropion 08.61 Reconstruction of eyelid with skin flap or graft 08.62 Reconstruction of eyelid with mucous membrane flap or graft 08.63 Reconstruction of eyelid with hair follicle graft 08.64 Reconstruction of eyelid with tarsoconjunctival flapTransfer of tarsoconjunctival flap from opposing lid

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	08.69 Other reconstruction of eyelid with flaps or grafts 08.70 Reconstruction of eyelid, not otherwise specified 08.71 Reconstruction of eyelid involving lid margin, partial-thickness 08.72 Other reconstruction of eyelid, partial-thickness 08.73 Reconstruction of eyelid involving lid margin, full-thickness correction-lid-coloboma 08.74 Other reconstruction of eyelid, full-thickness 08.81 Linear repair of laceration of eyelid or eyebrow 08.82 Repair of laceration involving lid margin, partial-thickness 08.83 Other repair of laceration of eyelid, partial-thickness 08.84 Repair of laceration involving lid margin,full-thickness 08.85Other repair of laceration of eyelid, full-thickness
57. การผ่าตัดระบบน้ำตา (Lacrimal surgery)	**ICD10 :** H04.0 Dacryoadenitis H04.4 Chronic inflammation of lacrimal passages H04.5 Stenosis and insufficiency of lacrimal passages NLDO H04.6 Other changes in lacrimal passages Lacrimal fistula Q10.5 Congenital stenosis and stricture of lacrimal duct S01.1 Open wound of eyelid and periocular area with or without involvement of lacrimal passages C69.5 Malignant neoplasm of lacrimal gland and duct D31.5 Benign neoplasm of lacrimal gland and duct **ICD9 :** 09.11 Biopsy of lacrimal gland 09.12 Biopsy of lacrimal sac 09.43 Probing of nasolacrimal duct 09.44 Intubation of nasolacrimal duct 09.6 Excision of lacrimal sac and passage fistulectomy sac 09.73 Repair of canaliculus 09.81 Dacryocystorhinostomy [DCR] 09.82 Conjunctivocystorhinostomy 09.83Conjunctivorhinostomy with insertion of tube or stent
58. การผ่าตัดแก้ไขหนังตาหย่อน (Rhytidectomy/ Blepharoplasty) (เฉพาะกรณีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อการรักษาเท่านั้น)	**ICD10 :** H02.3 Blepharochalasis/ Dermatochalasis **ICD9 :** 08.87 Upper eyelid rhytidectomy 08.70 Reconstruction of eyelid, NOS Eyebrow lift

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
59. การผ่าตัดโดยวิธีการฉายแสงเพื่อเสริมความแข็งแรงของกระจกตา (Corneal Collagen Cross Linking)	**ICD10 :** H18.6 Keratoconus H18.7 Other corneal deformities H19.8* Other disorders of sclera and cornea in diseases classified Elsewhere (Q90.-†) **ICD9 :** 11.99 Other operations on cornea
60. การยิงเลเซอร์ทำลายซิลิอารีบอดี (Cyclophotocoagulation)	**ICD10 :** H40.1 Primary open-angle glaucoma H40.2 Primary angle-closure glaucoma H40.3 Glaucoma secondary to eye trauma H40.4 Glaucoma secondary to eye inflammation H40.5 Glaucoma secondary to other eye disorders H40.6 Glaucoma secondary to drugs H40.8 Other glaucoma H42.0* Glaucoma in endocrine, nutritional and metabolic diseases (E85.-†, E72.0†) H42.8* Glaucoma in other diseases classified (B73†) **ICD9 :** 12.73 Cyclophotocoagulation
61. ผ่าตัดทำลายเยื่อบุตาและผ่าตัดตัดแต่งเยื่อบุตา (Excision or destruction of lesion or tissue of conjunctiva)	**ICD10 :** H10.1 Acute atopic conjunctivitis H10.4 Chronic conjunctivitis H11.1 Conjunctival degenerations and deposits H11.2 Conjunctival scars H11.4 Other conjunctival vascular disorders and cysts H11.8 Other specified disorders of conjunctiva H11.9 Disorder of conjunctiva, unspecified H13.0* Filarial infection of conjunctiva (B74.-†) H13.1* Conjunctivitis in infectious and parasitic diseases classified Elsewhere H13.2* Conjunctivitis in other diseases classified elsewhere H13.3* Ocular pemphigoid (L12.-†) H13.8* Other disorders of conjunctiva in diseases classified Elsewhere H15.0 Scleritis H15.1 Episcleritis H15.8 Other disorders of sclera H15.9 Disorder of sclera, unspecified H16.0 Corneal ulcer H16.2 Keratoconjunctivitis H17.0 Adherent leukoma

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	H17.1 Other central corneal opacity H17.8 Other corneal scars and opacities H17.9 Corneal scar and opacity, unspecified H18.1 Bullous keratopathy H18.2 Other corneal oedema H18.4 Corneal degeneration H18.5 Hereditary corneal dystrophies H19.3* Keratitis and keratoconjunctivitis in other diseases classified elsewhere (M35.0†) **ICD9 :** 10.31 Excision of lesion or tissue of conjunctiva 10.32 Destruction of lesion of conjunctiva 10.33 Other destructive procedures on conjunctiva 10.41 Repair of symblepharon with free graft 10.42 Reconstruction of conjunctival cul-de-sac with free graft 10.43 Other reconstruction of conjunctival cul-de-sac 10.44 Other free graft to conjunctiva 10.49 Other conjunctivoplasty
62. การผ่าตัดส่องกล้องโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ (Laparoscopic Cholecystectomy)	**ICD10 :** K80.0 Calculus of gallbladder with acute cholecystitis K80.1 Calculus of gallbladder with other cholecystitis K80.2 Calculus of gallbladder without cholecystitis K80.3 Calculus of bile duct with cholangitis K80.4 Calculus of bile duct with cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis K80.8 Other cholelithiasis K81.0 Acute cholecystitis K81.1 Chronic cholecystitis K81.8 Other cholecystitis K81.9 Cholecystitis, unspecified **ICD9 : -** **DRGs.** 07090 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, no CC 07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC
63. การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (Sentinel lymph node biopsy: SLNB)	**ICD10 :** C50.0 Malignant neoplasm of Nipple and areola C50.1 Malignant neoplasm of Central portion of breast C50.2 Malignant neoplasm of Upper-inner quadrant of breast C50.3 Malignant neoplasm of Lower-inner quadrant of breast C50.4 Malignant neoplasm of Upper-outer quadrant of breast

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	C50.5 Malignant neoplasm of Lower-outer quadrant of breast C50.6 Malignant neoplasm of Axillary tail of breast C50.8 Malignant neoplasm of Overlapping lesion of breast C50.9 Malignant neoplasm of Breast, unspecified D05 Carcinoma in situ of breast D05.0 Lobular carcinoma in situ D05.1 Intraductal carcinoma in situ D05.7 Other carcinoma in situ of breast D05.9 Carcinoma in situ of breast, unspecified **ICD9 :** 40.23 Excission of axillary lymph node 40.3 Regional lymph node excision Extended regional lymph node excision Regional lymph node excision with excision of lymphatic drainage area including skin, subcutaneous tissue, and fat 40.51 Radical excision of axillary lymph nodes
64. การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (Axillary lymph node dissection: ALND2)	**ICD10 :** C50.0 Malignant neoplasm of Nipple and areola C50.1 Malignant neoplasm of Central portion of breast C50.2 Malignant neoplasm of Upper-inner quadrant of breast C50.3 Malignant neoplasm of Lower-inner quadrant of breast C50.4 Malignant neoplasm of Upper-outer quadrant of breast C50.5 Malignant neoplasm of Lower-outer quadrant of breast C50.6 Malignant neoplasm of Axillary tail of breast C50.8 Malignant neoplasm of Overlapping lesion of breast C50.9 Malignant neoplasm of Breast, unspecified D05 Carcinoma in situ of breast D05.0 Lobular carcinoma in situ D05.1 Intraductal carcinoma in situ D05.7 Other carcinoma in situ of breast D05.9 Carcinoma in situ of breast, unspecified **ICD9 :** 40.23 Excission of axillary lymph node 40.3 Regional lymph node excision Extended regional lymph node excision Regional lymph node excision with excision of lymphatic drainage area including skin, subcutaneous tissue, and fat 40.51 Radical excision of axillary lymph nodes

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
65. การตรวจวินิจฉัยช่องท้องโดยการส่องกล้อง ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อ และหรือการเก็บน้ำในช่องท้องส่งตรวจ (Diagnostic laparoscopy with peritoneal lavage for cytology and /or with biopsy)	**ICD10 –** **ICD9 :** 54.24 Closed [percutaneous] [needle] biopsy of intra-abdominal mass 54.25 Peritoneal lavage Diagnostic peritoneal lavage
66. การทำผ่าตัด Vascular access for hemodialysis ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	**ICD10** N18.5 Chronic kidney disease, stage 5 **ICD9 :** 38.95 Venous catheterization for renal dialysis 39.27 Arteriovenostomy for renal dialysis 39.93 Insertion of vessel-to-vessel cannula หมายเหตุ : 1) จ่ายจากเงินกองทุนไตวายเรื้อรัง 2) กรณี Tunnel cuffed catheter (รหัสหัตถการ 38.95 Venous catheterization for renal dialysis) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) กำหนดอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายรวมค่าอุปกรณ์ รหัส 4905 สายสวนสองช่องแบบกึ่งถาวรสำหรับฟอกเลือดล้างไต (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter) อัตราเหมาจ่าย 11,000 บาท/ครั้ง
67. บริการ Appendectomy	หมายเหตุ : ใช้ Platform ODS เพื่อความปลอดภัยและเพิ่มการติดตามดูแลต่อเนื่องแบบ Home ward โดยจ่ายค่าใช้จ่ายแบบบริการ Home Ward ตั้งแต่ผ่าตัดต่อเนื่องไปจนถึงการดูแลต่อที่บ้าน
68. สาขากระดูกและข้อ <u>ข้อบ่งชี้หลัก</u> ภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วไป (General Anesthesia) หรือการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional Anesthesia)	
68.1 Open Reduction and Internal Fixation of Fracture	**ICD10 :** S42.1 Fracture of scapula S42.2 Fracture of upper end of humerus S42.3 Fracture of shaft of humerus S42.4 Fracture of lower end of humerus S42.7 Multiple fractures of clavicle, scapula and humerus S42.8 Fracture of other parts of shoulder and upper arm S52.0 Fracture of upper end of ulna S52.1 Fracture of upper end of radius S52.2 Fracture of shaft of ulna

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	S52.3 Fracture of shaft of radius S52.4 Fracture of shafts of both ulna and radius S52.5 Fracture of lower end of radius S52.6 Fracture of lower end of both ulna and radius S52.7 Multiple fractures of forearm S52.8 Fracture of other parts of forearm S52.9 Fracture of forearm, part unspecified S62.0 Fracture of navicular [scaphoid] bone of hand S62.1 Fracture of other carpal bone(s) S62.4 Multiple fractures of metacarpal bones S62.7 Multiple fractures of fingers S82.0 Fracture of patella S82.1 Fracture of upper end of tibia S82.2 Fracture of shaft of tibia S82.3 Fracture of lower end of tibia S82.4 Fracture of fibula alone S82.5 Fracture of medial malleolus S82.6 Fracture of lateral malleolus S82.7 Multiple fractures of lower leg S82.8 Fractures of other parts of lower leg S92.0 Fracture of calcaneus S92.1 Fracture of talus Astragalus S92.2 Fracture of other tarsal bone(s) S92.7 Multiple fractures of foot **ICD9 :** 79.31 Open reduction of fracture with internal fixation of humerus 79.32 Open reduction of fracture with internal fixation of radius and ulna 79.33 Open reduction of fracture with internal fixation of carpals and metacarpals 79.34 Open reduction of fracture with internal fixation of phalanges of hand 79.35 Open reduction of fracture with internal fixation of femur 79.36 Open reduction of fracture with internal fixation of tibia and fibula 79.37 Open reduction of fracture with internal fixation of tarsals and metatarsals 79.38 Open reduction of fracture with internal fixation of phalanges of foot 79.39 Open reduction of fracture with internal fixation of other specified bone

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
68.2 Peripheral nerve decompression (สำหรับ Cubital tunnel syndrome, PIN or radial nerve compression)	ICD10 : G56.1 Mononeuropathies of Other lesions of median nerve G56.2 Mononeuropathies of Lesion of ulnar nerve G56.3 Mononeuropathies of Lesion of radial nerve ICD9 : 04.49 Other peripheral nerve or ganglion decompression or lysis of adhesions
68.3 Excision of soft tissue mass	ICD10 : R22.3 Localized swelling, mass and lump, upper limb R22.4 Localized swelling, mass and lump, lower limb R22.7 Localized swelling, mass and lump, multiple sites ICD9 : 83.31 Excision of lesion of tendon sheath 83.32 Excision of lesion of muscle 83.39 Excision of lesion of other soft tissue 86.3 Other local excision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue
68.4 Treatment of benign bone tumor/bone cyst	ICD10 : D16.0 Benign neoplasm of Scapula and long bones of upper limb D16.1 Benign neoplasm of Short bones of upper limb D16.2 Benign neoplasm of Long bones of lower limb D16.3 Benign neoplasm of Short bones of lower limb D16.8 Benign neoplasm of Pelvic bones, sacrum and coccyx D48.0 Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Bone and articular cartilage M85.4 Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Solitary bone cyst M85.6 Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Other cyst of bone ICD9 : 77.61 Local excision of lesion or tissue of scapula, clavicle, and thorax [ribs and sternum] 77.62 Local excision of lesion or tissue of humerus 77.63 Local excision of lesion or tissue of radius and ulna 77.64 Local excision of lesion or tissue of carpals and metacarpals 77.65 Local excision of lesion or tissue of femur 77.66 Local excision of lesion or tissue of patella 77.67 Local excision of lesion or tissue of tibia and fibula 77.68 Local excision of lesion or tissue of tarsals and metatarsals 77.69 Local excision of lesion or tissue of other; Pelvic bones, Phalanges

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
68.5 Treatment of joint contracture	ICD10 : M24.5 Contracture of joint ICD9 : 80.41 Division of joint capsule, ligament, or cartilage of shoulder 80.42 Division of joint capsule, ligament, or cartilage of elbow 80.43 Division of joint capsule, ligament, or cartilage of wrist 80.44 Division of joint capsule, ligament, or cartilage of hand and finger 80.45 Division of joint capsule, ligament, or cartilage of hip 80.46 Division of joint capsule, ligament, or cartilage of knee 80.47 Division of joint capsule, ligament, or cartilage of ankle 80.48 Division of joint capsule, ligament, or cartilage of foot and toe 80.49 Division of joint capsule, ligament, or cartilage of other specified sites Spine 82.91 Lysis of adhesions of hand 86.84 Relaxation of scar or web contracture of skin 86.85 Correction of syndactyly 86.89 Other repair and reconstruction of skin and subcutaneous tissue
68.6 Treatment of soft tissue condition	ICD10 : S41.0 Open wound of shoulder S41.1 Open wound of upper arm S41.7 Multiple open wounds of shoulder and upper arm S41.8 Open wound of other and unspecified parts of shoulder girdle S51.0 Open wound of elbow S51.7 Multiple open wounds of forearm S51.8 Open wound of other parts of forearm S51.9 Open wound of forearm, part unspecified S61.0 Open wound of finger(s) without damage to nail S61.1 Open wound of finger(s) with damage to nail S61.7 Multiple open wounds of wrist and hand S61.8 Open wound of other parts of wrist and hand S61.9 Open wound of wrist and hand part, part unspecified S71.0 Open wound of hip S71.1 Open wound of thigh S71.7 Multiple open wounds of hip and thigh S71.8 Open wound of other and unspecified parts of pelvic girdle S81.0 Open wound of knee S81.7 Multiple open wounds of lower leg S81.8 Open wound of other parts of lower leg S81.9 Open wound of lower leg, part unspecified S91.0 Open wound of ankle

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	S91.1 Open wound of toe(s) without damage to nail S91.2 Open wound of toe(s) with damage to nail S91.3 Open wound of other parts of foot S91.7 Multiple open wounds of ankle and foot ICD9 : 82.61 Pollicization operation carrying over nerves and blood supply 82.69 Other reconstruction of thumb 86.70 Pedicle or flap graft, not otherwise specified 86.71 Cutting and preparation of pedicle grafts or flaps 86.72 Advancement of pedicle graft 86.73 Attachment of pedicle or flap graft to hand 86.74 Attachment of pedicle or flap graft to other sites 86.75 Revision of pedicle or flap graft 86.84 Relaxation of scar or web contracture of skin 86.85 Correction of syndactyly 86.89 ther repair and reconstruction of skin and subcutaneous tissue
69. สาขาศัลยกรรมเด็ก ข้อบ่งชี้หลัก ภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วไป (General Anesthesia)	
69.1 การขยายรูทวาร	ICD10 : K62.4 Stenosis of anus and rectum Q42.3 Congenital absence, atresia and stenosis of anus without fistula ICD9 : 96.23 Dilation of anal sphincter
69.2 การผ่าตัดถุงน้ำ ข้างลำคอแต่กำเนิด	ICD10 : Q18.0 Sinus, fistula and cyst of branchial cleft ICD9 : 29.2 Excision of branchial cleft cyst or vestige
69.3 การผ่าตัดถุงน้ำ ของทางเดินต่อมไทรอยด์ ที่ผิดปกติ	ICD10 : Q89.2 Congenital malformations of other endocrine glands ICD9 : 06.7 Excision of thyroglossal duct or tract
69.4 การผ่าตัดท่อ ทางเชื่อมผิดปกติที่หน้าหู	ICD10 : Q18.1 Preauricular sinus and cyst ICD9 : 18.21 Excision of preauricular sinus

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
69.5 การฉีดยาเข้าก้อนเนื้องอกเส้นเลือดที่ผิดปกติ/ การฉีดยาเข้าก้อนเนื้องอกของท่อน้ำเหลือง	ICD10 : D18.1 Lymphangioma, any site Q27.9 Congenital malformation of peripheral vascular system, Unspecified ICD9 : 99.29njection or infusion of other therapeutic or prophylactic substance
70. สาขาหู คอ จมูก ข้อบ่งชี้หลัก ภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วไป (General Anesthesia)	
70.1 การผ่าตัดมะเร็งริมฝีปากหรือร่วมกับการซ่อมแซมบูรณะด้วยเนื้อเยื่อข้างเคียง (Wide excision of lip cancer with/without flap reconstruction)	ICD10 : C00.0 Malignant neoplasm of External upper lip C00.1 Malignant neoplasm of External lower lip C00.2 Malignant neoplasm of External lip, unspecified C00.3 Malignant neoplasm of Upper lip, inner aspect C00.4 Malignant neoplasm of Lower lip, inner aspect C00.5 Malignant neoplasm of Lip, unspecified, inner aspect C00.6 Malignant neoplasm of Commissure of lip C00.8 Malignant neoplasm of Overlapping lesion of lip C00.9 Malignant neoplasm of Lip, unspecified ICD9 : 27.42 Wide excision of lesion of lip 27.43 Other excision of lesion or tissue of lip 27.49 Other excision of mouth 27.55 Full-thickness skin graft to lip and mouth 27.56 Other skin graft to lip and mouth 27.57 Attachment of pedicle or flap graft to lip and mouth
70.2 การผ่าตัดมะเร็งผิวหนังบริเวณศีรษะและคอ หรือร่วมกับการซ่อมแซมบูรณะด้วยเนื้อเยื่อข้างเคียง (Wide excision of skin cancer at head neck area with/without flap reconstruction)	ICD10 : C43.0 Malignant melanoma of lip C43.1 Malignant melanoma of eyelid, including canthus C43.2 Malignant melanoma of ear and external auricular canal C43.3 Malignant melanoma of other and unspecified parts of face C43.4 Malignant melanoma of scalp and neck C43.8 Overlapping malignant melanoma of skin C44.0 Other malignant neoplasms of lip C44.1 Other malignant neoplasms of eyelid, including canthus C44.2 Other malignant neoplasms of ear and external auricular canal C44.3 Other malignant neoplasms of other and unspecified parts of face C44.4 Other malignant neoplasms of scalp and neck C44.8 Other malignant neoplasms of Overlapping lesion of skin

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	ICD9 : 86.3 Other local excision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue 86.4 Radical excision of skin lesion 86.70 Pedicle or flap graft, not otherwise specified 86.72 Advancement of pedicle graft 86.74 Attachment of pedicle or flap graft to other sites

กลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือหัตถการ และข้อบ่งชี้กรณีบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) มีดังต่อไปนี้

๑. โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia)
๒. โรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele)
๓. โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid)
๔. ภาวะเลือดออกผิดปกติจากมดลูก (abnormal uterine bleeding)
๕. หลอดเลือดดำในหลอดอาหาร และกระเพาะอาหารโป่งพอง (Esophageal varices, Gastric varices)
๖. ภาวะหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture)
๗. มะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามที่อุดตัน (Obstructive esophageal cancer/tumor)
๘. ติ่งเนื้องอกลำไส้ใหญ่ (Colorectal polyp)
๙. นิ่วในท่อน้ำดี (Bile duct stone)
๑๐. นิ่วในท่อตับอ่อน (Pancreatic duct stone)
๑๑. ภาวะท่อน้ำดีตีบ (Bile duct stricture)
๑๒. ภาวะท่อตับอ่อนตีบ (Pancreatic duct stricture)
๑๓. สิ่งแปลกปลอมในทางเดินอาหารส่วนต้น (Foreign body of upper Gastrointestinal Tract)
๑๔. การผ่าตัดต้อเนื้อ (Pterygium Excision with graft)
๑๕. การทำหมันหญิง (Female sterilization)
๑๖. การจัดกระดูกหักให้เข้าที่ โดยการผ่าตัดผ่านผิวหนังด้วยแผลขนาดเล็ก (Percutaneous fracture fixation)
๑๗. ฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano)
๑๘. ฝีรอบไส้ตรง ทวารหนัก (Perirectal, Perianal abscess)
๑๙. ฝีเต้านม (Breast abscess)
๒๐. นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesicle stone)
๒๑. นิ่วในท่อไต (Ureteric stone)
๒๒. นิ่วในท่อปัสสาวะ (Urethral stone)
๒๓. ท่อปัสสาวะตีบ (Urethral stricture)
๒๔. แผลฉีก หรือแผลปริที่ขอบทวาร (Anal fissure)
๒๕. ความผิดปกติของอัณฑะที่ได้รับการตัดลูกอัณฑะ (Orchidectomy)
๒๖. การส่องกล้องตรวจโพรงมดลูก และการผ่าตัด (Hysteroscopy) เพื่อรักษาความผิดปกติของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน
๒๗. การตัดนิ้วมือ (Amputation Finger)
๒๘. การผ่าตัดก้อนโรคที่เต้านม (Wide Excision Breast mass)
๒๙. ความผิดปกติของเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Simple Mastectomy)
๓๐. การรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัดแบบสงวนเต้า (Breast Conservative Surgery)
๓๑. ภาวะลิ้นติด (Tongue tie Release)
๓๒. การตัดนิ้วเท้าในแผลเบาหวานและเนื้อตายที่เท้า (Diabetic foot With gangrene)

๓๓. การปลูกถ่ายผิวหนังใน Granulation Wound
๓๔. การทำผ่าตัดเส้นเลือดขอด (Varicose vein)
๓๕. การขลิบผิวหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย (Phimosis, Paraphimosis)
๓๖. การผ่าตัดนิ่วและการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ (Obstructive uropathy)
๓๗. การผ่าตัดเส้นเลือดขอดบริเวณถุงอัณฑะ (Varicocele)
๓๘. การผ่าตัดปะแก้วหูเพื่อรักษาหูชั้นกลาง (Chronic otitis media, Perforated tympanic membrane, atelectatic otitis media, adhesive otitis media)
๓๙. การผ่าตัดเพื่อรักษาเนื้องอกที่กล่องเสียง (Laryngotracheal stenosis, tumor/cyst at larynx hypopharynx base of tongue)
๔๐. การผ่าตัดเพื่อการรักษาโรคจมูกอักเสบเรื้อรัง (Hypertrophy of turbinate)
๔๑. การผ่าตัดรักษาโรคเกี่ยวกับต่อมบาร์โธลิน (Cyst/abscess of Bartholin's gland) (ถุงน้ำบาร์โธลิน หรือถุงหนองต่อมบาร์โธลิน)
๔๒. การตัดติ่งเนื้อหรือเนื้องอกในโพรงมดลูก (Submucous myoma uteri, polyp of corpus uteri) (เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกในโพรงมดลูก และติ่งเนื้อเยื่อบุโพรงมดลูก)
๔๓. การส่องกล้องใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy : PEG)
๔๔. การส่องกล้องใช้เข็มเจาะดูดชิ้นเนื้อบริเวณตับอ่อนนำทางด้วยกล้องคลื่นเสียงความถี่สูง [EUS-FNB (endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy) pancreas]
๔๕. การส่องกล้องใช้เข็มเจาะดูดชิ้นเนื้อบริเวณตับนำทางด้วยกล้องคลื่นเสียงความถี่สูง [EUS-FNB (endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy) liver]
๔๖. การฉีดสารฟิลเลอร์ที่เส้นเสียง (Injection laryngoplasty)
๔๗. การผ่าตัดส่องกล้องเพื่อตรวจรักษาพยาธิสภาพที่กล่องเสียงและโคนลิ้น (Endoscopic laryngeal and Base of Tongue Surgery)
๔๘. การผ่าตัดปะเยื่อแก้วหู (Tympanoplasty)
๔๙. การวางสายเพื่อการล้างไตในช่องท้อง (Tenckhoff catheter)
๕๐. การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในกลุ่มความเสี่ยงสูง
๕๑. การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (Loop Electrosurgical Excision procedure)
๕๒. การผ่าตัดโรคจอตาและวุ้นตา (Vitreoretinal surgery)
๕๓. การผ่าตัดเพื่อเปิดทางระบายน้ำจากช่องหน้าลูกตาไปใต้เยื่อบุตา (Trabeculectomy)
๕๔. การผ่าตัดเพื่อใส่ท่อระบายน้ำจากช่องหน้าม่านตาไปใต้เยื่อบุตา (Tube shunt surgery)
๕๕. การผ่าตัดเบ้าตา (Orbital surgery)
๕๖. การผ่าตัดเปลือกตา (Eyelid surgery) เพื่อการรักษาเท่านั้น
๕๗. การผ่าตัดระบบน้ำตา (Lacrimal surgery)
๕๘. การผ่าตัดแก้ไขหนังตาหย่อน (Rhytidectomy/Blepharoplasty) เฉพาะกรณีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เพื่อการรักษา
๕๙. การผ่าตัดโดยวิธีการฉายแสงเพื่อเสริมความแข็งแรงของกระจกตา (Corneal Collagen Cross Linking)

๖๐. การยิงเลเซอร์ทำลายซิลิอารีบอดี (Cyclophotocoagulation)

๖๑. การผ่าตัดทำลายเยื่อบุตาและผ่าตัดตัดแต่งเยื่อบุตา (Excision or destruction of lesion or tissue of conjunctiva)

๖๒. การผ่าตัดส่องกล้องโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ (Laparoscopic Cholecystectomy)

๖๓. การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (Sentinel lymph node biopsy: SLNB)

๖๔. การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (Axillary lymph node dissection: ALND2)

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

๖๖. การทำผ่าตัด Vascular access for hemodialysis ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย :

๖๖.๑ จ่ายจากเงินกองทุนไตวายเรื้อรัง

๖๖.๒ กรณี Tunnel cuffed catheter (รหัสหัตถการ ๓๘.๙๕ Venous catheterization for renal dialysis) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) กำหนดอัตราจ่ายแบบเหมาจ่ายรวมค่าอุปกรณ์รหัส ๔๙๐๕ สายสวนสองช่องแบบกึ่งถาวรสำหรับฟอกเลือดล้างไต (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter) ในอัตราเหมาจ่าย ๑๑,๐๐๐ บาท/ครั้ง

๖๗. บริการ Appendectomy: ใช้ Platform ODS แต่เพื่อความปลอดภัยเพิ่มการติดตามดูแลต่อเนื่องแบบ Home ward โดยจ่ายแบบบริการ Home Ward ตั้งแต่ผ่าตัดต่อเนื่องไปจนถึงการดูแลต่อที่บ้าน

๖๘. สาขากระดูกและข้อ

๖๘.๑ Open Reduction and Internal Fixation of Fracture

๖๘.๒ Peripheral nerve decompression (สำหรับ Cubital tunnel syndrome, PIN or radial nerve compression)

๖๘.๓ Excision of soft tissue mass

๖๘.๔ Treatment of benign bone tumor/bone cyst

๖๘.๕ Treatment of joint contracture

๖๘.๖ Treatment of soft tissue condition

๖๙. สาขาศัลยกรรมเด็ก

๖๙.๑ การขยายรูทวาร

๖๙.๒ การผ่าตัดถุงน้ำข้างลำคอแต่กำเนิด

๖๙.๓ การผ่าตัดถุงน้ำของทางเดินต่อมไทรอยด์ที่ผิดปกติ

๖๙.๔ การผ่าตัดท่อทางเชื่อมผิดปกติที่หน้าหู

๖๙.๕ การฉีดยาเข้าก้อนเนื้องอกเส้นเลือดที่ผิดปกติ/ การฉีดยาเข้าก้อนเนื้องอกของท่อน้ำเหลือง

๗๐. สาขา หู คอ จมูก

๗๐.๑ การผ่าตัดมะเร็งริมฝีปาก หรือร่วมกับการซ่อมแซมบูรณะด้วยเนื้อเยื่อข้างเคียง (Wide excision of lip cancer with/without flap reconstruction)

๗๐.๒ การผ่าตัดมะเร็งผิวหนังบริเวณศีรษะและคอ หรือร่วมกับการซ่อมแซมบูรณะด้วยเนื้อเยื่อข้างเคียง (Wide excision of skin cancer at head neck area with/without flap reconstruction)

กรณีบริการข้อ ๕๐ บริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในกลุ่มความเสี่ยงสูง กำหนดข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการให้บริการ ดังต่อไปนี้

๑. ข้อบ่งชี้ในการให้บริการ พบข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑.๑ มีผลการตรวจ Fit test positive

๑.๒ มีประวัติญาติสายตรงเป็น colorectal CA

๑.๓ มีอาการหรืออาการแสดง (Signs or Symptoms) ที่ผิดปกติ อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

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

๑.๓.๒ มีอาการถ่ายเหลวผิดปกติเรื้อรัง (Chronic diarrhea)

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

๒. ข้อห้ามในการให้บริการ ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๒.๑ ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)

๒.๒ ผู้ป่วยที่มีอาการที่สงสัยหรือมีหลักฐานยืนยันว่ามีภาวะลำไส้แตกทะลุ (Colonic perforation)

๒.๓ ผู้ป่วยที่มีอาการที่สงสัยหรือมีหลักฐานยืนยันที่เข้าได้กับภาวะ Severe toxic megacolon and fulminant colitis

๒.๔ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงเข้าได้กับภาวะหน้าท้องอักเสบ (Peritonism)

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

การขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid obesity) (Pre-authorized: PA) มีหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้รับบริการ และข้อบ่งชี้ในการรักษา

๑.๑ ผู้รับบริการต้องมีอายุ ๑๘ – ๖๕ ปี

๑.๒ มีข้อบ่งชี้อย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังต่อไปนี้

๑.๑.๑ มีดัชนีมวลกาย (BMI) ๓๗.๕ กก./ตร.ม. ขึ้นไปที่ไม่มีโรคร่วม

๑.๑.๒ มีดัชนีมวลกาย (BMI) ๓๒.๕ กก./ตร.ม. ขึ้นไปที่มีโรคร่วม โดยเป็นผู้ป่วยโรคอ้วนที่เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ หรือภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic Syndrome) มีอาการข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

(๑) ความดันโลหิตสูง

(๒) ภาวะไขมันในเลือดสูง

(๓) ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (OSA)

(๔) ภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ (Polycystic Ovary Syndrome: PCOS)

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

(๖) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases)

(๗) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure)

(๘) ภาวะหลอดเลือดดำบกพร่องเรื้อรัง (Chronic Venous Insufficiency – CVI)

(๙) โรคหลอดเลือดสมอง (CVD)

(๑๐) น้ำหนักผิดปกติจากผลของฮอร์โมน

(๑๑) น้ำหนักผิดปกติที่เกิดจากโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

(๑๒) ผู้ที่ควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ และมีค่าดัชนีมวลกาย ๓๐.๐ กก./ตร.ม. ขึ้นไป

โดยทั้งสองกรณีผู้รับบริการได้พยายามควบคุมอย่างเต็มที่แล้วโดยทีมแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมต่อไร้ท่อ และโภชนาการ แต่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย

๑.๑.๓ ผู้ที่ควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ และมีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง ๒๗.๕ ถึง ๓๐.๐๐ กก./ตร.ม. ขึ้นไปที่ต้องดูแลโดยแพทย์อย่างเคร่งครัด โดยได้รับความยินยอมจากผู้รับบริการและต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการของหน่วยบริการที่ให้การดูแลโรคอ้วน ก่อนการให้บริการ เป็นไปตามแนวทางที่ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์กำหนด

๒. คุณสมบัติหน่วยบริการที่สามารถให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid obesity)

๒.๑ ผ่านการตรวจประเมินให้เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรค/โรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid obesity) โดยการรับรองจากราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง หรือคณะกรรมการที่กระทรวงสาธารณสุข หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด

๒.๒ มีแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (Care Map) ในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด โดยทีมแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมต่อมไร้ท่อและโภชนาการ

๒.๓ มีความพร้อมของห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดและหอผู้ป่วยวิกฤตที่สามารถรองรับผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายสูงได้ภายหลังการผ่าตัด

๒.๔ มีความพร้อมของบุคลากร

๒.๔.๑ แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด

๒.๔.๒ ผ่านการอบรมหลักสูตรการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วน (Bariatric Surgery) ที่รับรองโดยสมาคมศัลยแพทย์โรคทั่วไปแห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย หรือมีประกาศนียบัตรรับรองจากต่างประเทศ

๒.๔.๓ สามารถให้บริการศัลยกรรมลดความอ้วนที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน

๒.๔.๔ มีความสามารถในการบูรณาการการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

๒.๕ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย

๒.๕.๑ อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่ออย่างน้อยหนึ่งคน

๒.๕.๒ นักโภชนาการหรือนักโภชนาการบำบัดอย่างน้อยหนึ่งคน

๓. แนวทางการกำกับคุณภาพการบริการ

๓.๑ หน่วยบริการต้องมีหลักฐานการประเมิน โดยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การประเมินดังกล่าวต้องแสดงเจตจำนง และมีหลักฐานประกอบ ดังต่อไปนี้

๓.๑.๑ ผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักลง ๕-๑๐% จากน้ำหนักเดิม ก่อนได้รับการผ่าตัด

๓.๑.๒ ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดหมายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย ๘๐% ก่อนการผ่าตัด

๓.๑.๓ ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดและวิธีการดูแลตัวเองหลังการผ่าตัด

๓.๒ หน่วยบริการมีระบบการจัดเก็บและรายงานสถิติผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

๔. การขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid obesity) (Pre-authorized : PA) ดังต่อไปนี้

๔.๑ หน่วยบริการขอประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐานที่กำหนดก่อนการให้บริการมาในระบบ Bariatric Surgery PA

๔.๒ ระยะเวลาในการพิจารณาอนุมัติ

สำนักงานจะพิจารณาเอกสาร/หลักฐาน เดือนละ ๑ ครั้ง โดยพิจารณาในสัปดาห์สุดท้ายของเดือน และแจ้งผลการพิจารณาให้หน่วยบริการทราบภายในสัปดาห์แรกของเดือนถัดไป

กลุ่มโรค รหัสโรค (ICD-10) 2016 และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015 กลุ่ม DRGs กรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ดังต่อไปนี้

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
1	โรคนิ่วในถุงน้ำดี และหรือถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/ Cholecystitis)	ICD-10 K80.0 Calculus of gallbladder with acute cholecystitis K80.1 Calculus of gallbladder with other cholecystitis K80.2 Calculus of gallbladder without cholecystitis K80.3 Calculus of bile duct with cholangitis K80.4 Calculus of bile duct with cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis K80.8 Other cholelithiasis K81.0 Acute cholecystitis K81.1 Chronic cholecystitis K81.8 Other cholecystitis K81.9 Cholecystitis, unspecified ICD-9 -
2	โรคเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก และรังไข่ (Myoma uteri and Ovarian tumor)	ICD-10 D25.0 Submucous leiomyoma of uterus D25.1 Intramural leiomyoma of uterus D25.2 Subserosal leiomyoma of uterus D25.9 Leiomyoma of uterus, unspecified D26.0 Cervix uteri D26.1 Corpus uteri D26.7 Other parts of uterus D26.9 Uterus, unspecified D27 Benign neoplasm of ovary N80.0 Endometriosis of uterus N80.1 Endometriosis of ovary N80.2 Endometriosis of fallopian tube N83.0 Follicular cyst of ovary N83.1 Corpus luteum cyst N83.2 Other and unspecified ovarian cysts N83.3 Acquired atrophy of ovary and fallopian tube N83.4 Prolapse and hernia of ovary and fallopian tube N83.5 Torsion of ovary, ovarian pedicle and fallopian tube N83.6 Haematosalpinx N83.7 Haematoma of broad ligament N83.8 Other noninflammatory disorders of ovary, fallopian tube and broad ligament

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
		N83.9 Noninflammatory disorder of ovary, fallopian tube and broad ligament, unspecified ICD-9 -
3	โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer)	ICD-10 C180 Malignant neoplasm of colon, caecum C181 Malignant neoplasm of colon, appendix C182 Malignant neoplasm of colon, ascending colon C183 Malignant neoplasm of colon, hepatic flexure C184 Malignant neoplasm of colon, transverse colon C185 Malignant neoplasm of colon, splenic flexure C186 Malignant neoplasm of colon, descending colon C187 Malignant neoplasm of colon, sigmoid colon C188 Malignant neoplasm of colon, overlapping lesion of colon C189 Malignant neoplasm of colon, unspecified C19 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction C20 Malignant neoplasm of rectum ICD-9 17.35 Laparoscopic left hemicolectomy 17.36 Laparoscopic sigmoidectomy 17.33 Laparoscopic right hemicolectomy
4	ภาวะเนื้องอก ภาวะเลือดออกและภาวะติดเชื้อในช่องอก (Tumor, Hemothorax and Emphysema thoracis)	ICD-10 C34 Malignant neoplasm of bronchus and lung C34.0 Main bronchus C34.1 Upper lobe, bronchus or lung C34.2 Middle lobe, bronchus or lung C34.3 Lower lobe, bronchus or lung C34.8 Overlapping lesion of bronchus and lung C34.9 Bronchus or lung, unspecified D38 Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of middle ear and respiratory and intrathoracic organs D38.1 Trachea, bronchus and lung D38.2 Pleura D38.3 Mediastinum J85.0 Gangrene and necrosis of lung J85.1 Abscess of lung with pneumonia J85.2 Abscess of lung without pneumonia J86.0 Pyothorax with fistula J86.9 Pyothorax without fistula J94.2 Haemothorax S27.1 Traumatic haemothorax

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
		S27.2 Traumatic haemopneumothorax S27.3 Other injuries of lung ICD-9 32.30 Thoracoscopic segmental resection of lung 32.41 Thoracoscopic lobectomy of lung 32.50 Thoracoscopic pneumonectomy of lung 34.06 Thoracoscopic drainage of pleural cavity 34.52 Thoracoscopic decortication of lung
5	ภาวะเอ็นไขว้หน้าขาด และการบาดเจ็บ ของหมอนรองกระดูก (ACL & Meniscal injury)	ICD-10 M23.2 Derangement of meniscus due to old tear or injury M23.5 Chronic instability of knee M23.9 Internal derangement of knee, unspecified S83.27 torn medial meniscus S83.28 torn lateral meniscus S83.51 Sprain of anterior cruciate ligament of knee M23.3 Other meniscus derangements M24.4 Recurrent dislocation and subluxation of joint S83.1 Dislocation of knee S83.7 Injury to multiple structures of knee (Injury to (lateral) (medial) meniscus in combination with (collateral) (cruciate) ligaments) ICD-9 80.26 Arthroscopy, knee ร่วมกับรหัสต่อไปนี้ 80.6 Excision of semilunar cartilage of knee หรือ 80.76 Synovectomy, knee หรือ 81.45 Other repair of the cruciate ligaments หรือ 81.47 Other repair of knee หรือ 81.42 Five-in-one repair of knee หรือ 81.43 Triad knee repair
6	การบิดของรังไข่หรือเนื้องอก ที่รังไข่ โรคเยื่อบุโพรงมดลูก เจริญผิดที่ที่รังไข่ (Benign neoplasm of ovary, torsion of ovary , endometriosis of ovary)	ICD-10 D27 Benign neoplasm of ovary N80.1 Endometriosis of ovary N83.5 Torsion of ovary, ovarian pedicle and fallopian tube ICD-9 65.01 Laparoscopic oophorotomy 65.24 Laparoscopic wedge resection of ovary 65.25 other laparoscopiclocal excision or destruction of ovary 65.31 Laparoscopic unilateral oophorectomy 65.41 Laparoscopic unilateral salpingo-oophorectomy 65.76 Laparoscopic salpingo-oophoroplasty

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
7	โรคไส้เลื่อนขาหนีบที่เป็นสองข้าง และโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่กลับเป็นซ้ำ (Bilateral inguinal hernia, recurrence inguinal hernia)	ICD-10 K40.2 Bilateral inguinal hernia, without obstruction or gangrene Bilateral inguinal hernia NOS ICD-9 17.11 Laparoscopic repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 17.12 Laparoscopic repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 17.13 Laparoscopic repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise specified 17.21 Laparoscopic bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 17.22 Laparoscopic bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 17.23 Laparoscopic bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis 17.24 Laparoscopic bilateral repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise specified
8	ภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid obesity)	ICD-10 E66.8 Other obesity Morbid obesity ICD-9 44.68 Laparoscopic gastroplasty 44.95 Laparoscopic gastric restrictive procedure 44.96 Laparoscopic revision of gastric restrictive procedure 44.97 Laparoscopic removal of gastric restrictive device(s)
9	การผ่าตัดไตผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Nephrectomy)	ICD-10 C64 Malignant neoplasm of kidney, except renal pelvis C65 Malignant neoplasm of renal pelvis C66 Malignant neoplasm of ureter C79.0 Secondary malignant neoplasm of kidney and renal pelvis D30.0 Benign neoplasm of Kidney D30.1 Benign neoplasm of renal pelvis D41.0 Neoplasm of uncertain or unknown behavior of kidney D41.1 Neoplasm of uncertain or unknown behavior of renal pelvis ICD-9 55.51 Nephroureterectomy 55.52 Nephrectomy of remaining kidney 55.53 Removal of transplanted or rejected kidney 55.54 Bilateral nephrectomy

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
10	การส่องกล้องระบายน้ำดีสู่ระบบทางเดินอาหารด้วยกล้องส่องอัลตราซาวนด์ (Endoscopic ultrasound guided biliary drainage)	ICD-10 C22.0 Malignant neoplasm of liver cell carcinoma C22.1 Malignant neoplasm of bile duct carcinoma C22.2 Malignant neoplasm of hepatoblastoma C22.3 Malignant neoplasm of angiosarcoma of liver C22.4 Malignant neoplasm other sarcomas of liver C22.7 Malignant neoplasm Other specified carcinomas of liver C22.9 Malignant neoplasm of Liver, unspecified C23 Malignant neoplasm of gallbladder C24.0 Malignant neoplasm of Extrahepatic bile duct C24.1 Malignant neoplasm of Ampulla of Vater C24.8 Malignant neoplasm Overlapping lesion of biliary tract C24.9 Malignant neoplasm of Biliary tract, unspecified C25.0 Malignant neoplasm of Head of pancreas C25.3 Malignant neoplasm of Pancreatic duct C25.4 Malignant neoplasm of Endocrine pancreas C25.7 Malignant neoplasm of Other parts of pancreas C25.8 Malignant neoplasm, Overlapping lesion of pancreas C25.9 Malignant neoplasm of Pancreas, unspecified C78.7 Secondary malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile duct D37.6 Neoplasm of uncertain or unknown behavior of Liver, gallbladder and bile ducts ICD-9 51.34 Anastomosis of gallbladder to stomach 51.36 Choledochoenterostomy 51.37 Anastomosis of hepatic duct to gastrointestinal tract 51.39 Other bile duct anastomosis
11	การผ่าตัดผ่านกล้องการวินิจฉัยและตัดชิ้นเนื้อในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่หรือมะเร็งทางนรีเวช (Laparoscopic diagnosis and biopsy in CA ovary, CA peritoneum)	ICD-10 C53.0 Malignant neoplasm of Endocervix C53.1 Malignant neoplasm of Exocervix C53.8 Malignant neoplasm, Overlapping lesion of cervix uteri C53.9 Malignant neoplasm of Cervix uteri, unspecified C54.0 Malignant neoplasm of Isthmus uteri C54.1 Malignant neoplasm of Endometrium C54.2 Malignant neoplasm of Myometrium C54.3 Malignant neoplasm of Fundus uteri C54.8 Malignant neoplasm, Overlapping lesion of corpus uteri C54.9 Malignant neoplasm of Corpus uteri, unspecified C55 Malignant neoplasm of uterus, part unspecified C57.7 Malignant neoplasm of Other specified female genital organs

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
		C57.8 Malignant neoplasm, Overlapping lesion of female genital organs C57.9 Malignant neoplasm of Female genital organ, unspecified C58 Malignant neoplasm of placenta C76.3 Malignant neoplasm of Pelvis ICD-9 65.11 Aspiration biopsy of ovary 65.12 Other biopsy of ovary 65.19 Other diagnostic procedures on ovaries 65.21 Marsupialization of ovarian cyst 65.22 Wedge resection of ovary 65.29 Other local excision or destruction of ovary 66.11 Biopsy of fallopian tube 66.19 Other diagnostic procedures on fallopian tubes
12	การผ่าตัดโพรงจมูกและไซนัสด้วยกล้องเอ็นโดสโคป (Endoscopic sinus surgery using microdebrider)	ICD-10 J01.0 Acute maxillary sinusitis J01.1 Acute frontal sinusitis J01.2 Acute ethmoidal sinusitis J01.3 Acute sphenoidal sinusitis J01.4 Acute pansinusitis J01.8 Other acute sinusitis J01.9 Acute sinusitis, unspecified J32.0 Chronic maxillary sinusitis J32.1 Chronic frontal sinusitis J32.2 Chronic ethmoidal sinusitis J32.3 Chronic sphenoidal sinusitis J32.4 Chronic pansinusitis J32.8 Other chronic sinusitis J32.9 Chronic sinusitis, unspecified J33.0 Polyp of nasal cavity J33.1 Polypoid sinus degeneration J33.8 Other polyp of sinus J33.9 Nasal polyp, unspecified J34.1 Cyst and mucocele of nose and nasal sinus J34.3 Hypertrophy of nasal turbinates Q30.0 Congenital malformations of Choanal atresia ICD-9 22.41 Frontal sinusotomy 22.42 Frontal sinusectomy 22.50 Sinusotomy, not otherwise specified 22.51 Ethmoidotomy

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
		22.52 Sphenoidotomy 22.53 Incision of multiple nasal sinuses 22.60 Sinusectomy, not otherwise specified 22.62 Excision of lesion of maxillary sinus with other approach 22.63 Ethmoidectomy 22.64 Sphenoidectomy 21.30 Excision or destruction of lesion of nose, not otherwise specified 21.31 Local excision or destruction of intranasal lesion 21.32 Local excision or destruction of other lesion of nose 21.5 Submucous resection of nasal septum 21.69 Other turbinectomy
13	การผ่าตัดต่อมหมวกไต ผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Adrenalectomy)	ICD-10 E24.0 Pituitary-dependent Cushing's disease E24.1 Nelson's syndrome E24.2 Drug-induced Cushing's syndrome E24.3 Ectopic ACTH syndrome E24.4 Alcohol-induced pseudo-Cushing's syndrome E24.8 Other Cushing's syndrome E24.9 Cushing's syndrome, unspecified E26.0 Primary hyperaldosteronism Conn's syndrome C74.1 Malignant neoplasm of Medulla of adrenal gland ICD-9 07.3 Bilateral adrenalectomy 07.22 Unilateral adrenalectomy
14	การผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Appendectomy) (เฉพาะในผู้ป่วย BMI.> 35 และ Uncertain Dx. In Female)	ICD-10 K35.2 Acute appendicitis with generalized peritonitis K35.3 Acute appendicitis with localized peritonitis K35.8 Acute appendicitis, other and unspecified ICD-9 47.01 Laparoscopic appendectomy
15	การผ่าตัดลำไส้ตรงผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic low anterior resection) หรือผ่าตัดลำไส้ตรงและทวารหนักออกผ่านกล้องทางหน้าท้อง	ICD-10 C18.0 Malignant neoplasm of colon, caecum C18.1 Malignant neoplasm of colon, appendix C18.2 Malignant neoplasm of colon, ascending colon C18.3 Malignant neoplasm of colon, hepatic flexure C18.4 Malignant neoplasm of colon, transverse colon C18.5 Malignant neoplasm of colon, splenic flexure

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	(Laparoscopic abdomino-perineal resection (APR)) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ (Colorectal CA)	C18.6 Malignant neoplasm of colon, descending colon C18.7 Malignant neoplasm of colon, sigmoid colon C18.8 Malignant neoplasm of colon, overlapping lesion of colon C18.9 Malignant neoplasm of colon, unspecified C19 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction C20 Malignant neoplasm of rectum ICD-9 48.51 Laparoscopic abdominoperineal resection of the rectum
16	การผ่าตัดส่องกล้องเย็บซ่อมเอ็นหมุนไหล่และตัดกระดูก (Arthroscopic rotator cuff surgery and acromioplasty)	ICD-10 M75.1 Rotator cuff syndrome Rotator cuff or supraspinatus tear or rupture ICD-9 83.63 Rotator cuff repair ร่วมกับ 80.21 Arthroscopy, shoulder
17	การผ่าตัดส่องกล้องเย็บซ่อมเยื่อหุ้มข้อไหล่และหมอนรองเบ้าข้อไหล่ (Arthroscopic Bankart surgery and labral repair)	ICD-10 M25.3 Other instability of joint ICD-9 83.63 Rotator cuff repair ร่วมกับ 80.21 Arthroscopy, shoulder
18	การผ่าตัดมดลูกแบบกว้างหรือผ่าตัดแบบถอดรากโคน (Radical hysterectomy)	ICD-10 C56 Malignant neoplasm of ovary ICD-9 68.61 Laparoscopic radical abdominal hysterectomy
		ICD-10 C54.1 Malignant neoplasm of corpus uteri : Endometrium ICD-9 68.61 Laparoscopic radical abdominal hysterectomy
19	Laparoscopic Prostatectomy and Robotic prostatectomy	ICD-10 C61 Malignant neoplasm of prostate ICD-9 60.5 Radical prostatectomy หรือ 17.42 Laparoscopic robotic assisted procedure
20	Sentinel lymph node mapping (Cervix)	ICD-10 C53.0 Malignant neoplasm of Endocervix C53.1 Malignant neoplasm of Exocervix C53.8 Malignant neoplasm, Overlapping lesion of cervix uteri C53.9 Malignant neoplasm of Cervix uteri, unspecified ICD-9 40.3 Regional lymph node excision

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
21	การผ่าตัดเนื้องงอกและมะเร็งหลอดอาหาร (Esophagus) แบบส่องกล้อง 21.1 Minimal invasive esophagectomy 21.2 Minimal invasive transthoracic esophagectomy 21.3 Minimal invasive trans hiatal esophagectomy	ICD-10 C15.0 Malignant neoplasm of Cervical part of oesophagus C15.1 Malignant neoplasm of Thoracic part of oesophagus C15.2 Malignant neoplasm of Abdominal part of oesophagus C15.3 Malignant neoplasm of Upper third of oesophagus C15.4 Malignant neoplasm of Middle third of oesophagus C15.5 Malignant neoplasm of Lower third of oesophagus C15.8 Malignant neoplasm of Overlapping lesion of oesophagus D37.7 Neoplasm of uncertain or unknown behaviour Other digestive organs ICD-9 42.41 Excision of Partial esophagectomy 42.42 Excision of Total esophagectomy 43.99 Other total gastrectomy
22	การผ่าตัดเนื้องอกและมะเร็งกระเพาะอาหาร (Gastric/ Stomach) แบบส่องกล้อง 22.1 Minimal invasive gastrectomy 22.2 Laparoscopic total gastrectomy 22.3 Laparoscopic distal gastrectomy	ICD-10 C16.1 Malignant neoplasm of Fundus of stomach C16.2 Malignant neoplasm of Body of stomach C16.3 Malignant neoplasm of Pyloric antrum C16.4 Malignant neoplasm of Pylorus C16.5 Malignant neoplasm of Lesser curvature of stomach, unspecified C16.6 Malignant neoplasm of Greater curvature of stomach, unspecified C16.8 Malignant neoplasm of Overlapping lesion of stomach C16.9 Malignant neoplasm of Stomach, unspecified D37.1 Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of Stomach ICD-9 43.5 Partial gastrectomy with anastomosis to esophagus 43.6 Partial gastrectomy with anastomosis to duodenum 43.7 Partial gastrectomy with anastomosis to jejunum 43.81 Partial gastrectomy with jejunal transposition 43.89 Other partial gastrectomy 43.91 Total gastrectomy with intestinal interposition 43.99 Other total gastrectomy
23	การตรวจหรือการผ่าตัดเนื้องอกและมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีแบบส่องกล้อง 23.1 Diagnostic laparoscopy with biopsy 23.2 Laparoscopic intraoperative Ultrasonography	ICD-10 C22.0 Malignant neoplasm of Hepatocellular carcinoma, C22.1 Malignant neoplasm of Intrahepatic bile duct CCA, C78.7 Secondary malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile duct D13.4 Benign neoplasm of Liver ICD-9 50.14 Laparoscopic liver biopsy 50.19 Other diagnostic procedures on liver

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10) 2016 และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 2015
	23.3 Laparoscopic wedge resection of the liver 23.4 Laparoscopic local tumor ablation ในผู้ป่วยที่ทำ Radio-Frequency	ICD-10 C22.0 Malignant neoplasm of Hepatocellular carcinoma, C22.1 Malignant neoplasm of Intrahepatic bile duct CCA, C78.7 Secondary malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile duct D13.4 Benign neoplasm of Liver ICD-9 50.22 Partial hepatectomy 50.25 Laparoscopic ablation of liver lesion or tissue

กลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือหัตถการ และมีการให้บริการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ดังต่อไปนี้

๑. โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/ Cholecystitis)

๒. โรคเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกและรังไข่ (Myoma uteri and Ovarian tumor)

๓. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer)

๔. ภาวะเนื้องอก ภาวะเลือดออก และภาวะติดเชื้อในช่องอก (Tumor, Hemothorax and Emphysema thoracis)

๕. ภาวะเอ็นไขว้หน้าขาดและการบาดเจ็บของหมอนรองกระดูก (ACL & Meniscal injury)

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

๗. โรคไส้เลื่อนขาหนีบที่เป็นสองข้าง และโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่กลับเป็นซ้ำ (Bilateral inguinal hernia, recurrence inguinal hernia)

๘. ภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid obesity)

๙. การผ่าตัดไตผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Nephrectomy)

๑๐. การส่องกล้องระบายน้ำดีสู่ระบบทางเดินอาหารด้วยกล้องส่องอัลตร้าซาวน์ (Endoscopic ultrasound guided biliary drainage)

๑๑. การผ่าตัดผ่านกล้องการวินิจฉัยและตัดชิ้นเนื้อในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ หรือมะเร็งทางนรีเวช (Laparoscopic diagnosis and biopsy in CA ovary, CA peritoneum)

๑๒. การผ่าตัดโพรงจมูกและไซนัสด้วยกล้องเอ็นโดสโคป (Endoscopic sinus surgery using microdebrider)

๑๓. การผ่าตัดต่อมหมวกไตผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Adrenalectomy)

๑๔. การผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Appendectomy) (เฉพาะในผู้ป่วย BMI.> ๓๕ และ Uncertain Dx. In Female)

๑๕. การผ่าตัดลำไส้ตรงผ่านกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic low anterior resection) หรือการผ่าตัดลำไส้ตรงและทวารหนักออกผ่านกล้องทางหน้าท้อง [Laparoscopic abdomino-perineal resection (APR)] สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ (Colorectal CA)

๑๖. การผ่าตัดส่องกล้องเย็บซ่อมเอ็นหมุนไหล่และตัดกระดูก (Arthroscopic rotator cuff surgery and acromioplasty)

๑๗. การผ่าตัดส่องกล้องเย็บซ่อมเยื่อหุ้มข้อไหล่และหมอนรองเบ้าข้อไหล่ (Arthroscopic Bankart surgery and labral repair)

๑๘. การผ่าตัดมดลูกแบบกว้างหรือผ่าตัดแบบถอดรากโคน (radical hysterectomy)

๑๙. Laparoscopic Prostatectomy and Robotic prostatectomy

๒๐. Sentinel lymph node mapping (Cervix)

๒๑. การผ่าตัดเนื้องอกและมะเร็งหลอดอาหาร (Esophagus) แบบส่องกล้อง

๒๑.๑ Minimal invasive esophagectomy

๒๑.๒ Minimal invasive transthoracic esophagectomy

๒๑.๓ Minimal invasive trans hiatal esophagectomy

๒๒. การผ่าตัดเนื้องอกและมะเร็งกระเพาะอาหาร (Gastric/ Stomach) แบบส่องกล้อง

๒๒.๑ Minimal invasive gastrectomy

๒๒.๒ Laparoscopic total gastrectomy

๒๒.๓ Laparoscopic distal gastrectomy

๒๓. การตรวจหรือการผ่าตัดเนื้องอกและมะเร็งตับและทางเดินน้ำดี แบบส่องกล้อง

๒๓.๑ Diagnostic laparoscopy with biopsy

๒๓.๒ Laparoscopic intraoperative Ultrasonography

๒๓.๓ Laparoscopic wedge resection of the liver

๒๓.๔ Laparoscopic local tumor ablati

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๒๐.๔ และข้อ ๒๐.๑๐.๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๗ และให้ใช้เอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศนี้แทน

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid obesity) (Pre-authorized: PA) มีหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้รับบริการ และข้อบ่งชี้ในการรักษา

๑.๑ ผู้รับบริการต้องมีอายุ ๑๘ – ๖๕ ปี

๑.๒ มีข้อบ่งชี้อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๑.๒.๑ มีดัชนีมวลกาย (BMI) ๓๗.๕ กก./ตร.ม. ขึ้นไปที่ไม่มีโรคร่วม และผู้รับบริการได้พยายามควบคุมอย่างเต็มที่โดยคำแนะนำของทีมแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมต่อไร้ท่อและนักโภชนาการไม่น้อยกว่า ๖ เดือน แต่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย

๑.๒.๒ มีดัชนีมวลกาย (BMI) ๓๒.๕ กก./ตร.ม. ขึ้นไปที่มีโรคร่วม และผู้รับบริการได้พยายามควบคุมอย่างเต็มที่โดยคำแนะนำของทีมแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมต่อไร้ท่อและนักโภชนาการไม่น้อยกว่า ๖ เดือน แต่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย และเป็นผู้ป่วยโรคอ้วนที่เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ หรือภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic Syndrome) ที่มีโรคหรือภาวะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) ความดันโลหิตสูง

(๒) ภาวะไขมันในเลือดสูง

(๓) ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (OSA)

(๔) ภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ (Polycystic Ovary Syndrome : PCOS)

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

(๖) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases)

(๗) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure)

(๘) ภาวะหลอดเลือดดำบกพร่องเรื้อรัง (Chronic Venous Insufficiency – CVI)

(๙) โรคหลอดเลือดสมอง (CVD)

(๑๐) น้ำหนักผิดปกติจากผลของฮอร์โมน

(๑๑) น้ำหนักผิดปกติที่เกิดจากโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

(๑๒) ผู้ที่ควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ และมีค่าดัชนีมวลกาย ๓๐.๐ กก./ตร.ม. ขึ้นไป

๑.๒.๓ ผู้ที่ควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ และมีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง ๒๗.๕ ถึง ๓๐.๐๐ กก./ตร.ม. ขึ้นไปที่ต้องดูแลโดยแพทย์อย่างเคร่งครัด โดยได้รับความยินยอมจากผู้รับบริการและต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการของหน่วยบริการที่ให้การดูแลโรคอ้วนก่อนการให้บริการ ทั้งนี้ ตามแนวทางที่ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์กำหนด

๒. คุณสมบัติหน่วยบริการที่สามารถให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid obesity)

๒.๑ ผ่านการตรวจประเมินให้เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid obesity) โดยการรับรองจากราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง หรือคณะกรรมการที่กระทรวงสาธารณสุข หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด

๒.๒ มีแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (Care Map) ในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด โดยทีมแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมต่อมไร้ท่อและโภชนาการ

๒.๓ มีความพร้อมของห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดและหอผู้ป่วยวิกฤตที่สามารถรองรับผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายสูงได้ภายหลังการผ่าตัด

๒.๔ มีความพร้อมของบุคลากร

๒.๔.๑ แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด

๒.๔.๒ ผ่านการอบรมหลักสูตรการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วน (Bariatric Surgery) ที่รับรองโดยสมาคมศัลยแพทย์โรคทั่วไปแห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย หรือมีประกาศนียบัตรรับรองจากต่างประเทศ

๒.๔.๓ สามารถให้บริการศัลยกรรมลดความอ้วนที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน

๒.๔.๔ มีความสามารถในการบูรณาการการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

๒.๕ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย

๒.๕.๑ อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่ออย่างน้อยหนึ่งคน

๒.๕.๒ นักโภชนาการหรือนักโภชนาการบำบัดอย่างน้อยหนึ่งคน

๓. แนวทางการกำกับคุณภาพการบริการ

๓.๑ หน่วยบริการต้องมีหลักฐานการประเมิน โดยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การประเมินดังกล่าวต้องแสดงเจตจำนง และมีหลักฐานประกอบ ดังต่อไปนี้

๓.๑.๑ ผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักลงร้อยละ ๕-๑๐ จากน้ำหนักเดิมก่อนได้รับการผ่าตัดภายใน ๓ เดือน

๓.๑.๒ ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดหมายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยร้อยละ ๘๐ ก่อนการผ่าตัดในระยะเวลา ๖ เดือน ที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการอย่างครบวงจร

๓.๑.๓ ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดและวิธีการดูแลตัวเองหลังการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

๓.๒ หน่วยบริการมีระบบการจัดเก็บและรายงานสถิติผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

๔. การขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid obesity) (Pre-authorized : PA) ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

๔.๑ หน่วยบริการขอประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐานที่กำหนดก่อนการให้บริการมาในระบบ Bariatric Surgery PA

๔.๒ สำนักงานจะพิจารณาเอกสารหลักฐานเดือนละ ๑ ครั้ง โดยพิจารณาในสัปดาห์สุดท้ายของเดือนและแจ้งผลการพิจารณาอนุมัติให้หน่วยบริการทราบภายในสัปดาห์แรกของเดือนถัดไป

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 เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

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 ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ต้องเป็นการให้บริการ 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 มีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอลน้อยกว่า ๑๕ หรือตั้งแต่ ๑๕ ร่วมกับมีความบกพร่องที่ส่งผลต่อการลดลงหรือการสูญเสียโครงสร้างหรือการทำงานของร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติอื่น ซึ่งส่งผลให้สมรรถนะในการทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ ลดลง ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านระบบขับถ่าย ด้านระบบปัสสาวะ ด้านการสื่อความหมาย ด้านการกลืน หรือด้านการรับรู้ อย่างน้อยหนึ่งด้าน ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

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

ข้อ ๙ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอกตามข้อ ๖ (๒) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอกตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(๒) เป็นการให้บริการในหน่วยบริการเฉพาะแบบผู้ป่วยนอก หรือนอกหน่วยบริการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง หรือผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง หรือผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง ตามคู่มือหรือแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

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

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

ข้อ ๑๐ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอกตามข้อ ๙ ให้เป็นไปตามรายการบริการและอัตราการจ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) บริการกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด หรือการแก้ไขการพูด โดยผู้ประกอบโรคศิลปะในแต่ละสาขาที่ตรงกับกิจกรรมบริการ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๔๕๐ บาทต่อครั้ง

(๒) ค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมจาก (๑) สำหรับการให้บริการที่บ้านหรือที่พักอาศัยของผู้ป่วยระยะกลาง ในกรณีผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

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

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือโปรแกรม Disability Portal หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงานหรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๑ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๓ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ยกเว้นการให้บริการประเภทผู้ป่วยใน ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

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 หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๗ สำนักงานจะตรวจสอบข้อมูลภายหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ตรวจพบเอกสารหลักฐานดังต่อไปนี้

(ก) ตรวจพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ให้บริการในกลุ่มโรคตามข้อ ๗

(ข) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการวินิจฉัย หลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยกลุ่มโรคตามข้อ ๗ และประเมินเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู

(ค) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(ง) ตรวจพบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการกรณีที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)

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

(ฉ) ตรวจพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีบันทึกการบริการฟื้นฟู

(๒) กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก ตรวจพบเอกสารหลักฐาน ดังต่อไปนี้

(ก) ตรวจพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ให้บริการในกลุ่มโรคตามข้อ ๙

(ข) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการวินิจฉัย หลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยกลุ่มโรคตามข้อ ๙ และประเมินเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู

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

(ง) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามกิจกรรมที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หลักฐานการให้บริการดังกล่าวมีบันทึกสถานที่ของการให้บริการ รายละเอียดของกิจกรรม ระยะเวลาของการให้บริการในแต่ละครั้ง และลงลายมือชื่อของบุคลากรที่มีคุณสมบัติตามที่สำนักงานกำหนดในการให้บริการ ทั้งนี้ จำนวนครั้งของการให้บริการและช่วงเวลาที่ให้บริการเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๘ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

(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 แนวทางการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแนวทางการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๗ ของเอกสารแนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่สถานบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ให้เป็นไปตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขกรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ ให้สถานบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย โดยให้สถานบริการบันทึกรายละเอียดการขอรับค่าใช้จ่ายตามแบบที่กำหนดและบันทึกข้อมูลผ่าน Web online (UCEP) (Non UCEP) พร้อมทั้งแนบเอกสารเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่าน Web online (UCEP) (Non UCEP) ด้วย หรือกรณีที่ไม่สามารถบันทึกและส่งข้อมูลผ่าน Web online (UCEP) (Non UCEP) ได้ ให้บันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเป็นเอกสาร ทั้งนี้ การส่งข้อมูลและการบันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๗ การบันทึกและส่งข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ที่สถานพยาบาลรับรักษาไว้ค้างคืนภายในระยะเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมง สำหรับผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ สำนักงานจะตรวจสอบความถูกต้องในการจ่ายค่าใช้จ่ายและสรุปค่าใช้จ่าย พร้อมทั้งแจ้งให้กองทุนของผู้มีสิทธิทราบ เพื่อจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการในอัตราค่าใช้จ่ายตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล โดยให้นำความตามข้อ ๖ และตามหมวด ๓ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้สถานบริการแนบเอกสารที่จำเป็นเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาผ่านโปรแกรม UCEP และ Non UCEP หรือตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๙ สำนักงานจะดำเนินการพิจารณา และจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่สถานบริการทุกวันที่ ๑ และวันที่ ๑๖ ของเดือน

ข้อ ๑๑ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการหากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลการเบิกจ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามเอกสารหมายเลข ๑ และกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนหรือผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๑๒.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๑๒.๒ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๑๑

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการตรวจสอบและเกณฑ์การตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP)

๑. สำนักงานจะตรวจสอบจากเอกสารหลักฐานเวชระเบียน หรือหลักฐานการให้บริการที่บันทึกในแพลตฟอร์ม (Platform) อื่น ๆ ตามที่สำนักงานกำหนด ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

๑.๑ เอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบครั้งนั้น

๑.๒ เอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบครั้งนั้น

๑.๒.๑ แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary)

๑.๒.๒ เอกสารหลักฐานบันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกายของแพทย์ (history, physical examination, admission note) และหรือ เอกสารการประเมินต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น ใบประเมินระบบประสาท NIHSS, Barthel’s Index, MRS เป็นต้น

๑.๒.๓ เอกสารหลักฐานบันทึกความก้าวหน้า (Progress Note) ของแพทย์

๑.๒.๔ เอกสารหลักฐานบันทึกการสั่งการรักษา (Doctor’s order)

๑.๒.๕ เอกสารหลักฐานบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (Consultation record) (ถ้ามี)

๑.๒.๖ เอกสารบันทึกวิสัญญี (Anesthetic record) (ถ้ามี)

๑.๒.๗ เอกสารหลักฐานบันทึกการผ่าตัด (operative note) หรือ procedure note กรณีผู้ป่วยที่มีการทำหัตถการ

๑.๒.๘ เอกสารหลักฐานบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด (Labour record) (ถ้ามี)

๑.๒.๙ เอกสารหลักฐานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ ทั้งนี้ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ผลการตรวจด้วยเครื่องมือเฉพาะ ควรมีรายงานผลการตรวจวินิจฉัยโดยรังสีแพทย์หรือแพทย์เฉพาะทาง ตามข้อกำหนดสถานพยาบาลหรือราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

๑.๒.๑๐ เอกสารหลักฐานหลักฐานการให้บริการ เช่น การฉีดยา การทำแผล การให้เลือด การให้สารน้ำ เป็นต้น โดยพบผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพลงนามกำกับ

๑.๒.๑๑ เอกสารหลักฐานบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation record) (ถ้ามี)

๑.๒.๑๒ เอกสารหลักฐานบันทึกของบุคคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการ เช่นบันทึกของเภสัชกร เป็นต้น

๑.๒.๑๓ เอกสารหลักฐานบันทึกทางการพยาบาล (Nurses 's note)

๑.๒.๑๔ เอกสารหลักฐานบันทึกสัญญาณชีพหรือฟอร์มปรอท (Graphic sheet)

๑.๒.๑๕ เอกสารหลักฐานบันทึกการให้ยา (Medication sheet) การให้สารน้ำและการให้เลือด Intake-Output sheet

๑.๒.๑๖ เอกสารหลักฐานการใช้อุปกรณ์อวัยวะเทียม เช่น sticker หรือ serial number เป็นต้น ในกรณีที่เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ภายนอกร่างกาย ควรมีหลักฐานการรับ-จ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียม ได้แก่ ใบสั่งยา และบันทึกการรับอุปกรณ์รายบุคคล เป็นต้น

๑.๒.๑๗ เอกสารหลักฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย (ถ้ามี) เช่น ใบส่งต่อ ผลการตรวจจากหน่วยบริการอื่น เอกสารการใช้รถส่งต่อ เป็นต้น

๑.๓ เอกสารหลักฐานใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายรายวัน ข้อมูลที่ต้องปรากฏ ได้แก่

๑.๓.๑ ชื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ วันที่ให้บริการ

๑.๓.๒ ข้อมูลชื่อ - สกุลผู้รับบริการ และหรือ HN จำนวนเงินที่ขอเบิก และควรมีเลขประจำตัวประชาชน เพื่อให้สามารถตรวจสอบความถูกต้องของผู้รับบริการ

๑.๓.๓ รายการในแต่ละรายการที่ขอเบิก ระบุจำนวนของแต่ละรายการ และราคา

๑.๔ Invoice ใบแจ้งหนี้

๑.๕ ใบ Refer (กรณีรับ Refer จากโรงพยาบาลอื่น)

๑.๖ เอกสารหลักฐานการประเมินความฉุกเฉินจาก สพฉ.

๑.๗ เอกสารหลักฐานการแจ้งเข้ารับบริการให้สำนักงานทราบ เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นพิจารณารับย้ายผู้ป่วย

๒. สำนักงานจะกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด ดังนี้

๒.๑ เป็นการให้บริการผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขกรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

๒.๒ หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงเวลา ๗๒ ชั่วโมง พิจารณาเอกสารหลักฐานการให้บริการเพื่อประกอบการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวดรายการ ดังนี้

๒.๒.๑ หมวดที่ ๑ ค่าห้องและค่าอาหาร หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ ดังนี้

(๑) พบคำสั่งแพทย์ให้นอนโรงพยาบาล และคำสั่งแพทย์ในการให้พักรักษาในห้องประเภทใด เช่น ห้องสามัญ ห้องผู้ป่วยหนัก

(๒) พบหลักฐานการเข้าพักรักษาในห้องแต่ละประเภท เช่น บันทึกทางการพยาบาล เป็นต้น

๒.๒.๒ หมวดที่ ๒ ...

๒.๒.๒ หมวดที่ ๒ ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ค่าใช้จ่ายตามรายการค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ซึ่งสอดคล้องกับการรักษาและเป็นไปตามลักษณะรายการอุปกรณ์ตามประกาศ หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

(๑) พบบันทึกการสั่งอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ในเวชระเบียนที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์และหัตถการ

(๒) พบหลักฐานการเบิกจ่ายอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

(๓) กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่ใช้ภายในร่างกาย ต้องมีหลักฐานการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว ได้แก่ บันทึกการสั่ง บันทึกการทำหัตถการและหลักฐานการใช้อุปกรณ์ในเวชระเบียน ลักษณะรายการอุปกรณ์ตรงตามประกาศ

๒.๒.๓ หมวดที่ ๓ ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

(๑) พบบันทึกการสั่งยาในเวชระเบียน

(๒) บันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา (และหรือขนาด) วิธีใช้

(๓) กรณีมีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

๒.๒.๔ หมวดที่ ๕ ค่าเวชภัณฑ์มิใช่ยา ค่าเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา หมายถึง ค่าวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ พบหลักฐานบันทึกการสั่งจ่ายเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา หรือการที่ผู้มีสิทธิ์ได้รับเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๒.๒.๕ หมวดที่ ๖ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ค่าจัดการบริการการให้โลหิตหรือส่วนประกอบของโลหิต เช่น โลหิต (whole blood) เม็ดโลหิตแดง (packed red cell) พลาสมาสด (fresh plasma หรือ fresh frozen plasma) เกล็ดโลหิต (platelet concentrate) พลาสมา (plasma) โดยให้รวมค่าอุปกรณ์บรรจุน้ำยาที่ใช้ในการเตรียมการตรวจทางเทคนิคตลอดจนค่าบริการในการให้ด้วย หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

(๑) พบบันทึกคำสั่งแพทย์ หรือกรณีมีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

(๒) พบหลักฐานบันทึกการให้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิตและใบคล้องเลือด หลักฐานการให้บริการต้องตรงกับประเภทของโลหิตและส่วนประกอบของโลหิตตามที่ขอเบิกชดเชย

(๓) จ่ายชดเชยให้ตามจำนวนที่จองและใช้จริงเท่านั้น ยกเว้นผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีบันทึกเหตุผลทางการแพทย์ และได้เบิกจากธนาคารเลือดแล้ว

๒.๒.๖ หมวดที่ ๗ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคทางการแพทย์และพยาธิวิทยา ค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าตรวจน้ำตาลในเลือด ค่าตรวจปัสสาวะ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ เป็นต้น หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

(๑) พบบันทึกคำสั่งแพทย์

(๒) พบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือพบบันทึกผลอ่านของแพทย์ในเวชระเบียน

(๓) กรณีส่งตรวจนอกโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีบริการตรวจของโรงพยาบาลให้มีสำเนาใบส่งตรวจนอกหน่วยบริการเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียน และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและหรือมีหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยตรวจ

๒.๒.๗ หมวดที่ ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสี หมายถึง ค่าบริการทางรังสีวิทยาทั้งในการตรวจวินิจฉัยและ การรักษา เช่น การทำ X-ray, CT scan, ultrasonography, MRI, radionuclide scan และรังสีรักษาต่าง ๆ เป็นต้น หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบมีดังนี้

(๑) พบบันทึกคำสั่งแพทย์ในการส่งตรวจครบถ้วนทุกรายการ หรือกรณีมีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

(๒) พบผลการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา หรือพบบันทึกผลอ่านของแพทย์ในเวชระเบียน (ต้องพบผล official report ในกรณี CT, MRI, bone density, radionuclide) หรือพบผลการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

(๓) กรณีส่งตรวจนอกโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีบริการตรวจของโรงพยาบาลให้มีสำเนาใบส่งตรวจนอกหน่วยบริการ เก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียน และผลการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา และหรือมีหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยที่ตรวจ

(๔) ในกรณีที่มีการทำ intervention ต้องมีการบันทึกวิธีหรือขั้นตอนการทำหัตถการและรายงานผลของการทำหัตถการนั้น

๒.๒.๘ หมวดที่ ๙ ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีอื่นนอกเหนือจาก การตรวจทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาและรังสีวิทยา เช่น EKG, echocardiography เป็นต้น หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

(๑) พบบันทึกคำสั่งแพทย์

(๒) พบผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ หรือพบบันทึกผลอ่านของแพทย์ในเวชระเบียน หรือพบผลการตรวจวินิจฉัย

(๓) กรณีส่งตรวจนอกโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีบริการตรวจของโรงพยาบาลให้มีสำเนาใบส่งตรวจ

๒.๒.๙ หมวดที่ ๑๐ ค่าทำหัตถการหมายถึง ค่าบริการตามรายการหัตถการต่าง ๆ ที่เป็นการทำหัตถการ หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

(๑) พบบันทึกคำสั่งแพทย์ และหลักฐานการทำหัตถการ ในเวชระเบียนหรือใบบันทึกการทำหัตถการ

(๒) พบหลักฐานบันทึกรายละเอียดการทำหัตถการ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพกำหนด

๒.๒.๑๐ หมวดที่ ๑๑ ค่าบริการวิสัญญี หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ พบหลักฐานบันทึกรายละเอียดการบริการทางวิสัญญี

๒.๒.๑๑ หมวดที่ ๑๒ ค่าบริการวิชาชีพ (แพทย์/เภสัชกร/พยาบาล/อื่น ๆ) ค่าบริการของบุคคลากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษา ทำหัตถการหรือให้คำปรึกษา หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

(๑) พบหลักฐานการดูแลรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น progress note, nurse note เป็นต้น

(๒) พบหลักฐานบันทึกรายละเอียดการทำหัตถการ การให้บริการตามรายการที่ขอเบิกชดเชย

(๓) ค่าบริการทางการพยาบาล หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ พบบันทึกทางการพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย และพบการลงนามของพยาบาลกำกับ

๒.๒.๑๒ หมวดที่ ๑๖ ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง ซึ่งตามประกาศหมายถึงค่าบริการ Ambulance ALS รับ-ส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล และค่าน้ำมันเชื้อเพลิงรถ Ambulance ALS ตามระยะทาง รวมไป-กลับ หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ คือพบหลักฐานบันทึกการใช้พาหนะส่งต่อ เช่น ใบขออนุญาตหรืออนุมัติใช้ยานพาหนะของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ที่ระบุจุดหมายปลายทางที่นำส่ง

๒.๓ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังเวลา ๗๒ ชั่วโมงนับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต กรณีที่ไม่สามารถย้ายกลับเข้าหน่วยบริการได้ มีเกณฑ์ในการตรวจสอบดังนี้

๒.๓.๑ พบหลักฐานบันทึกของแพทย์ผู้รักษาในการประเมินและมีหลักฐานสนับสนุนที่แสดงว่าผู้ป่วยว่ายังไม่พ้นภาวะวิกฤต หรือหลักฐานที่หน่วยบริการเข้ารับบริการให้สำนักงานประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นพิจารณารับย้ายผู้ป่วย แต่ไม่มีเตียงรับย้าย

๒.๓.๒ เกณฑ์ในการตรวจสอบค่าใช้จ่ายตามรายการ

(๑) กรณีที่เป็นรายการที่อยู่ในหมวดรายการตามข้อ ๒.๒ เกณฑ์การตรวจสอบในแต่ละรายการ จะพิจารณาตามเกณฑ์ในข้อ ๒.๒

(๒) กรณีที่ไม่ได้เป็นรายการที่อยู่ในหมวดรายการตามข้อ ๒.๒ เกณฑ์ในการตรวจสอบในแต่ละรายการจะพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้ ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู หมายถึง ค่าบริการโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ค่าอาชีวบำบัด ค่ากิจกรรมบำบัด และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟู หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ พบบันทึกรายละเอียดการบริการแก่ผู้ป่วยในเวชระเบียน ครบถ้วนทุกรายการ โดยผู้ประกอบวิชาชีพตรงตามสาขาการให้บริการ

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการตรวจสอบและเกณฑ์การตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง

๑. สำนักงานจะตรวจสอบจากเอกสารหลักฐานเวชระเบียน หรือหลักฐานการให้บริการที่บันทึกในแพลตฟอร์ม (Platform) อื่น ๆ ตามที่สำนักงานกำหนด ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

๑.๑ เอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบครั้งนั้น

๑.๒ เอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบครั้งนั้น

๑.๒.๑ แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary)

๑.๒.๒ เอกสารหลักฐานบันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกายของแพทย์ (history, physical examination, admission note) และหรือ เอกสารการประเมินต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น ใบประเมินระบบประสาท NIHSS, Barthel’s Index, MRS เป็นต้น

๑.๒.๓ เอกสารหลักฐานบันทึกความก้าวหน้า (Progress Note) ของแพทย์

๑.๒.๔ เอกสารหลักฐานบันทึกการสั่งการรักษา (Doctor’s order)

๑.๒.๕ เอกสารหลักฐานบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (Consultation record) (ถ้ามี)

๑.๒.๖ เอกสารบันทึกวิสัญญี (Anesthetic record) (ถ้ามี)

๑.๒.๗ เอกสารหลักฐานบันทึกการผ่าตัด (operative note) หรือ procedure note กรณีผู้ป่วยที่มีการทำหัตถการ

๑.๒.๘ เอกสารหลักฐานบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด (Labour record) (ถ้ามี)

๑.๒.๙ เอกสารหลักฐานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ ทั้งนี้ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ผลการตรวจด้วยเครื่องมือเฉพาะ ควรมีรายงานผลการตรวจวินิจฉัยโดยรังสีแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะทาง ตามข้อกำหนดสถานพยาบาลหรือราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

๑.๒.๑๐ เอกสารหลักฐานหลักฐานการให้บริการ เช่น การฉีดยา การทำแผล การให้เลือด การให้สารน้ำ เป็นต้น โดยพบผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพลงนามกำกับ

๑.๒.๑๑ เอกสารหลักฐานบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation record) (ถ้ามี)

๑.๒.๑๒ เอกสารหลักฐานบันทึกของบุคคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการ เช่น บันทึกของเภสัชกร เป็นต้น

๑.๒.๑๒ เอกสาร...

๑.๒.๑๓ เอกสารหลักฐานบันทึกทางการพยาบาล (Nurses ’s note)

๑.๒.๑๔ เอกสารหลักฐานบันทึกสัญญาณชีพหรือฟอร์มปรอท (Graphic sheet)

๑.๒.๑๕ เอกสารหลักฐานบันทึกการให้ยา (Medication sheet) การให้สารน้ำและการให้เลือด Intake-Output sheet

๑.๒.๑๖ เอกสารหลักฐานการใช้อุปกรณ์อวัยวะเทียม เช่น sticker หรือ serial number เป็นต้น ในกรณีที่เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ภายนอกร่างกาย ควรมีหลักฐานการรับ-จ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียม ได้แก่ ใบสั่งยา และบันทึกการรับอุปกรณ์รายบุคคล เป็นต้น

๑.๒.๑๗ เอกสารหลักฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย (ถ้ามี) เช่น ใบส่งต่อผลการตรวจจากหน่วยบริการอื่น เป็นต้น

๑.๓ เอกสารหลักฐานใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายรายวัน ข้อมูลที่ต้องปรากฏ ได้แก่

๑.๓.๑ ชื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ วันที่ให้บริการ

๑.๓.๒ ข้อมูลชื่อ - สกุลผู้รับบริการ และหรือ HN จำนวนเงินที่ขอเบิก และควรมีเลขประจำตัวประชาชน เพื่อให้สามารถตรวจสอบความถูกต้องของผู้รับบริการ

๑.๓.๓ ชื่อรายการในแต่ละรายการที่ขอเบิก ระบุจำนวนของแต่ละรายการ และราคา

๑.๔ Invoice / ใบแจ้งหนี้

๑.๕ ใบ Refer (กรณีรับ Refer จากโรงพยาบาลอื่น)

๑.๖ เอกสารหลักฐานการประเมินความฉุกเฉินจาก สพฉ.

๑.๗ เอกสารหลักฐานการแจ้งเข้ารับบริการให้สำนักงานทราบ เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นพิจารณารับย้ายผู้ป่วย

๒. สำนักงานจะกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบสอบหลักฐานการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด ดังนี้

๒.๑ เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน หรือผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขกรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

๒.๒ หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบค่าใช้จ่ายก่อนแจ้ง ๒๔ ชั่วโมง

๒.๒.๑ กรณีผู้ป่วยนอก หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบดังนี้

(๑) พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มีบันทึกการบริการ non UCEP ใน visit ที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๒) พบหลักฐานการให้บริการตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ซึ่งมีแนวทางในการพิจารณาตรวจสอบในแต่ละรายการรายการ ตามข้อ ๒.๔

๒.๒.๒ กรณี...

๒.๒.๒ กรณีผู้ป่วยใน หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบดังนี้

(๑) พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีบันทึกการบริการ non UCEP ใน admission ที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๒) พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ซึ่งมีแนวทางในการพิจารณาตรวจสอบในแต่ละรายการรายการ ตามข้อ ๒.๔

(๓) พบเอกสารหลักฐานหลักบันทึกการผ่าตัด (operative note) ที่เป็นการผ่าตัดใหญ่ กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายการให้บริการผ่าตัดใหญ่ที่ใช้เวลาในการผ่าตัดไม่เกิน ๒ ชั่วโมง

(๔) พบเอกสารหลักฐานหลักฐานบันทึกการผ่าตัด (operative note) ที่เป็นการผ่าตัดใหญ่ และมีการบันทึกระยะเวลาของการผ่าตัดที่เกินกว่า ๒ ชั่วโมง กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายการให้บริการผ่าตัดใหญ่ที่ใช้เวลาในการผ่าตัดเกินกว่า ๒ ชั่วโมง

(๕) พบเอกสารหลักฐานการรักษาพยาบาลและคำสั่งแพทย์ในการให้รักษาในห้องผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit : ICU) กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายการบริการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit : ICU)

(๖) พบหลักฐานการให้บริการตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ซึ่งมีแนวทางในการพิจารณาตรวจสอบในแต่ละรายการรายการ ตามข้อ ๒.๔

๒.๓ หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังเวลา ๒๔ ชั่วโมงนับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉิน กรณีที่ไม่สามารถย้ายกลับเข้าหน่วยบริการได้

๒.๓.๑ พบหลักฐานที่หน่วยบริการเข้ารับบริการให้สำนักงานประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นพิจารณารับย้ายผู้ป่วย แต่ไม่มีเตียงรับย้าย

๒.๓.๒ พบหลักฐานการให้บริการตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ซึ่งมีแนวทางในการพิจารณาตรวจสอบในแต่ละรายการรายการ ตามข้อ ๒.๔

๒.๔ เกณฑ์ในการพิจารณาเอกสารหลักฐานการให้บริการเพื่อประกอบการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามรายการ ดังนี้

๒.๔.๑ ค่าห้องและค่าอาหาร หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ ดังนี้

(๑) พบคำสั่งแพทย์ให้นอนโรงพยาบาล และคำสั่งแพทย์ในการให้พักรักษาในห้องประเภทใด เช่นห้องสามัญ ห้องผู้ป่วยหนัก เป็นต้น

(๒) พบหลักฐานการเข้าพักรักษาในห้องแต่ละประเภท เช่น บันทึกทางการพยาบาล เป็นต้น

๒.๔.๒ ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ค่าใช้จ่ายตามรายการค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ซึ่งสอดคล้องกับการรักษา หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบมีดังนี้

(๑) พบบันทึกการสั่งอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ในเวชระเบียนที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์และหัตถการ

(๒) พบหลักฐานการเบิกจ่ายอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

(๓) กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่ใช้ภายในร่างกาย พบหลักฐานการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว ได้แก่ บันทึกการสั่ง บันทึกการทำหัตถการและหลักฐานการใช้อุปกรณ์ในเวชระเบียน

๒.๔.๓ ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

(๑) พบบันทึกการสั่งยาในเวชระเบียน

(๒) บันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา (และหรือขนาด) วิธีใช้

(๓) กรณีมีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

๒.๔.๔ ค่าเวชภัณฑ์มิใช่ยา ค่าเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา หมายถึง ค่าวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ พบหลักฐานบันทึกการสั่งจ่ายเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาหรือการที่ผู้ป่วยได้รับเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๒.๔.๕ ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ค่าจัดการบริการการให้โลหิตหรือส่วนประกอบของโลหิต เช่น โลหิต (whole blood) เม็ดโลหิตแดง (packed red cell) พลาสมาสด (fresh plasma หรือ fresh frozen plasma) เกล็ดโลหิต (platelet concentrate) พลาสมา (plasma) หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

(๑) พบบันทึกคำสั่งแพทย์ หรือกรณีมีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

(๒) พบหลักฐานบันทึกการให้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิตและใบคล้องเลือด หลักฐานการให้บริการต้องตรงกับประเภทของโลหิตและส่วนประกอบของโลหิตตามที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๓) จ่ายชดเชยให้ตามจำนวนที่จองและใช้จริงเท่านั้น ยกเว้นผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีบันทึกเหตุผลทางการแพทย์ และได้เบิกจากธนาคารเลือดแล้ว

๒.๔.๖ ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคทางการแพทย์และพยาธิวิทยา ค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าตรวจน้ำตาลในเลือด ค่าตรวจปัสสาวะ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ เป็นต้น หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

(๑) พบบันทึกคำสั่งแพทย์

(๒) พบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือพบบันทึกผลอ่านของแพทย์ในเวชระเบียน

(๓) กรณีส่งตรวจนอกโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีบริการตรวจของโรงพยาบาลให้มีสำเนาใบส่งตรวจนอกหน่วยบริการเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียน และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและหรือมีหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยตรวจ

๒.๔.๗ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสี หมายถึง ค่าบริการทางรังสีวิทยาทั้งในการตรวจวินิจฉัยและ การรักษา เช่น การทำ X-ray, CT scan, ultrasonography, MRI, radionuclide scan และรังสีรักษาต่าง ๆ เป็นต้น หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ ดังนี้

(๑) พบบันทึกคำสั่งแพทย์ในการส่งตรวจครบถ้วนทุกรายการ หรือกรณีมีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

(๒) พบผลการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา หรือพบบันทึกผลอ่านของแพทย์ในเวชระเบียน (ต้องพบผล official report ในกรณี CT, MRI, bone density, radionuclide) หรือพบผลการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

(๓) กรณีส่งตรวจนอกโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีบริการตรวจของโรงพยาบาลให้มีสำเนาใบส่งตรวจนอกหน่วยบริการ เก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียน และผลการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา และหรือมีหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยที่ตรวจ

(๔) ในกรณีที่มีการทำ intervention ต้องมีการบันทึกวิธีหรือขั้นตอนการทำหัตถการและรายงานผลของการทำหัตถการนั้น

๒.๔.๘ ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีอื่นนอกเหนือจาก การตรวจทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา และรังสีวิทยา เช่น EKG, echocardiography เป็นต้น หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ ดังนี้

(๑) พบบันทึกคำสั่งแพทย์

(๒) พบผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ หรือพบบันทึกผลอ่านของแพทย์ในเวชระเบียน หรือพบผลการตรวจวินิจฉัย

(๓) กรณีส่งตรวจนอกโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีบริการตรวจของโรงพยาบาลให้มีสำเนาใบส่งตรวจ

๒.๔.๙ ค่าทำหัตถการ หมายถึง ค่าบริการเหมาตามรายการหัตถการต่าง ๆ ที่เป็นการทำหัตถการ หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

(๑) พบบันทึกคำสั่งแพทย์ และหลักฐานการทำหัตถการ ในเวชระเบียนหรือใบบันทึกการทำหัตถการ (operative note /procedure)

(๒) พบหลักฐานบันทึกการทำหัตถการ ที่มีรายละเอียดการทำหัตถการ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพกำหนด

๒.๔.๑๐ ค่าบริการวิสัญญี หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ พบหลักฐานบันทึกรายละเอียดการบริการทางวิสัญญี

๒.๔.๑๑ ค่าบริการวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร พยาบาล หรืออื่น ๆ) ค่าบริการของบุคคลากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษา ทำหัตถการหรือให้คำปรึกษา หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ พบหลักฐานการดูแลรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น progress note, nurse note เป็นต้น

๒.๔.๑๒ ค่าบริการ...

๒.๔.๑๒ ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู หมายถึง ค่าบริการโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ค่าอาชีวบำบัด ค่ากิจกรรมบำบัด และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟู หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ พบบันทึกรายละเอียดการบริการแก่ผู้ป่วยในเวชระเบียน ครบถ้วนทุกรายการ โดยผู้ประกอบวิชาชีพตรงตามสาขาการให้บริการ

๒.๔.๑๓ ค่าบริการทางการพยาบาล หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ พบบันทึกทางการพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย และพบการลงนามของพยาบาลกำกับ

๒.๔.๑๔ ค่ารถพยาบาลหรือเรือพยาบาล หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบคือ พบหลักฐานบันทึกการใช้พาหนะส่งต่อ เช่น ใบขออนุญาต หรืออนุมัติใช้ยานพาหนะของหน่วยบริการ หรือสถานพยาบาลที่ระบุจุดหมายปลายทางที่นำส่ง

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๔ ให้ยกเลิก

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

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๗

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

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การจ่ายตามรายการบริการ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ

(๒) การจ่ายตามรายการบริการให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ และการจ่ายตามรายการบริการด้านยาให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้ โดยการใช้ยาให้เป็นไปตามข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้ยาตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ

(๓) การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษารวมถึงการเข้ารับบริการกรณีที่มีเหตุสมควรสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง รายการและอัตราค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอก สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร

(๔) รายการบริการที่ไม่ได้กำหนดตาม (๒) และ (๓) ให้หน่วยบริการที่ให้บริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตามอัตราที่สำนักงานกำหนดเป็นรายกรณี

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๘ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(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 หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๓ เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุข เป็นไปตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก และแนวทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวดรายการ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๑๓

ข้อ ๑๕ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๔ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป เว้นแต่ข้อ ๕ ข้อ ๗ และข้อ ๘ ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๓๗๒ และลำดับ ๓๗๓ ของหมวด ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ชื่อรายการ	หน่วยนับ	อัตราจ่าย (บาท)
“372	47001	lodine - 131 whole body scan	ครั้ง	4,000
373	47002	MIBI whole body scan	ครั้ง	5,900”

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๓๗๕ ของหมวด ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ชื่อรายการ	หน่วยนับ	อัตราจ่าย (บาท)
“375	47004	Gallium - 67 citrate whole body scan	ครั้ง	17,400”

ข้อ ๕ ให้ยกเลิกลำดับ ๓๗๖ ของหมวด ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๖ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๓๘๔ ลำดับ ๓๘๕ และลำดับ ๓๘๖ ของหมวด ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ชื่อรายการ	หน่วยนับ	อัตราจ่าย (บาท)
“384	47202	Parathyroid scan	ครั้ง	6,000
385	47203	Thyroid uptake	ครั้ง	1,000
386	47204	Thyroid scan	ครั้ง	1,800”

ข้อ ๗ ให้ยกเลิกลำดับ ๓๘๗ ของหมวด ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๘ ให้ยกเลิกลำดับ ๓๘๙ ของหมวด ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๙ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๓๙๐ ลำดับ ๓๙๑ และลำดับ ๓๙๒ ของหมวด ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ชื่อรายการ	หน่วยนับ	อัตราจ่าย (บาท)
“390	47401	Heart - MUGA scan (Multiple Gated Acquisition)	ครั้ง	3,900
391	47402	Heart - perfusion study (MIBI or Thallium - 201) rest and stress	ครั้ง	15,500
392	47403	Venogram scan	ครั้ง	3,000”

ข้อ ๑๐ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๔๐๓ และลำดับ ๔๐๔ ของหมวด ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ชื่อรายการ	หน่วยนับ	อัตราจ่าย (บาท)
“403	47502	Gl bleeding scan (RBC)	ครั้ง	5,000
404	47503	Gl scan (Albumin)	ครั้ง	8,000”

ข้อ ๑๑ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๔๐๘ ของหมวด ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ชื่อรายการ	หน่วยนับ	อัตราจ่าย (บาท)
“408	47507	Liver scan (RBC)	ครั้ง	3,600”

ข้อ ๑๒ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๔๒๑ ของหมวด ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ชื่อรายการ	หน่วยนับ	อัตราจ่าย (บาท)
“421	47603	Renal scan - Furosemide renogram	ครั้ง	4,000”

ข้อ ๑๓ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๔๒๖ ของหมวด ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ชื่อรายการ	หน่วยนับ	อัตราจ่าย (บาท)
“426	47701	Bone scan	ครั้ง	3,200”

ข้อ ๑๔ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๔๒๙ ของหมวด ๘ ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ชื่อรายการ	หน่วยนับ	อัตราจ่าย (บาท)
“429	48201	Rx Hyperthyroid I - 131 : 1 - 30 mCi	ครั้ง	3,000”

ข้อ ๑๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

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

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

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

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ทหารผ่านศึก” หมายความว่า บุคคลที่มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และได้รับสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐบาลโดยไม่คิดมูลค่า โดยมีรหัสสิทธิย่อยตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึกและคนพิการ ดังต่อไปนี้

(๑) รหัส ๖๖ ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน

(๒) รหัส ๖๗ ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน

(๓) รหัส ๗๕ ทหารผ่านศึกชั้น ๑ ถึง ๓ ที่มีบัตรทหารผ่านศึก รวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญสมรภูมิ

(๔) รหัส ๘๐ บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกชั้น ๑ ถึง ๓ รวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญสมรภูมิ

(๕) รหัส ๙๗ บุคคลในครอบครัวทหารของกรมสวัสดิการ ๓ เหล่าทัพ

(๖) รหัส ๙๘ บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกนอกประจำการบัตรขั้นที่ ๑

“คนพิการ” หมายความว่า คนพิการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับด้วยการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึกและคนพิการ

“เหตุสมควร” หมายความว่า การเข้ารับบริการกรณีที่มีเหตุสมควรตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควรกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น ต้องเป็นไปตามรายการบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

(๒) บริการผู้ป่วยนอกที่รับการส่งต่อ

(๓) การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการอื่นของผู้รับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร

(๔) ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ

(๕) การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

(๖) การบริการกรณีเฉพาะอื่น ๆ

รายการบริการสำหรับการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกจากสถานบริการอื่น กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินให้เป็นไปตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ในกรณีดังต่อไปนี้

(ก) ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด

(ข) ผู้รับบริการที่ไม่สามารถกลับไปรักษายังหน่วยบริการประจำได้ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับบริการ

(ค) ผู้รับบริการกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดที่มีนัดติดตามอาการครั้งแรกหลังจำหน่าย

(ง) ผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อมารับการตรวจวินิจฉัยและกลับไปรับการรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการเดิม

(จ) ผู้รับบริการจากกรณีอุบัติเหตุจราจรที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเกินกว่าวงเงินตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

(ฉ) ทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ

(ช) ทหารผ่านศึกที่มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและได้รับสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐบาลโดยไม่คิดมูลค่าโดยมีการลงทะเบียนตามรหัสสิทธิย่อยที่สำนักงานตรวจสอบได้

(ซ) คนพิการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึกและคนพิการ

ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๗ สำนักงานจะจ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ 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 ทั้งนี้ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

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 ของหมวดนี้และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(ก) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(ข) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ 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) ผู้รับบริการที่จำเป็นต้องส่งต่อจากหน่วยบริการในจังหวัดไปยังเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (University Hospital Network: UHosNet) ในจังหวัดเดียวกัน ทั้งนี้ รายชื่อหน่วยบริการที่ส่งต่อผู้รับบริการและหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๖ สำนักงานจะจ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข 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 ในระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (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 ทั้งนี้ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

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 ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

(๔) สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(ก) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(ข) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๒๓ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๒๒

ข้อ ๒๔ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๓
การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการอื่นของผู้รับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๕ การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควร ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นการให้บริการผู้ป่วยนอกแก่ผู้รับบริการในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควรข้ามจังหวัดนอกจากการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง

(๒) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งไม่ใช่หน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง

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

ความในวรรคหนึ่งไม่ให้ใช้บังคับกรณีเข้าบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิข้ามจังหวัดที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ โดยให้จ่ายในอัตรา ๗๐ บาทต่อครั้ง ยกเว้นบริการทันตกรรมให้จ่ายด้วยระบบคะแนน (Point system) ของราคาตามรายการที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

ข้อ ๒๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่มีเหตุสมควรภายในจังหวัดในหน่วยบริการอื่นนอกจากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องให้เป็นไปตามการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในกรณีผู้ป่วยนอกในระดับจังหวัด

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๘ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงานหรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๙ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๐ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๓๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๒

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๒ สำนักงานมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด ทุกรายการจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

(๓) สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก และแนวทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวดรายการ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

(๔) สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(ก) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(ข) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๓๓ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๓๒

ข้อ ๓๔ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๔
ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๕ การให้บริการพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ต้องได้รับการส่งต่อผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการด้วยพาหนะที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ พร้อมด้วยยา เวชภัณฑ์ และบุคลากรทางสาธารณสุขเพื่อการลำเลียงและดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้ายหรือเดินทาง ในกรณีดังต่อไปนี้

(ก) ผู้รับบริการที่ต้องได้รับการส่งต่อผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดหรือกรณีผู้ป่วยนอกที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

(ข) ผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอก สำหรับผู้ป่วยมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร โดยใช้พาหนะในการส่งต่อหรือรับกลับผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการ ทั้งนี้ ครอบคลุมถึงการจัดระบบรับส่งผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาต่อเนื่องในหน่วยบริการ

(ค) ผู้รับบริการได้รับการส่งต่อหรือรับกลับด้วยพาหนะเพื่อมารับการรักษาต่อเนื่องในบริการประเภทผู้ป่วยใน ทั้งนี้ ไม่นับรวมการส่งไปตรวจวินิจฉัยหรือทำหัตถการระหว่างการนอนรักษาเป็นผู้ป่วยใน

(ง) ผู้รับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พ้นภาวะวิกฤติหรือเกินศักยภาพของสถานบริการอื่นโดยใช้พาหนะของสถานบริการอื่นในการส่งกลับไปรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในต่อเนื่องในหน่วยบริการ

(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) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงานหรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๘ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๗ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๙ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๔๐ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๔๑

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔๑ สำนักงานมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด ทุกรายการจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

(๓) สำนักงานตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานใบอนุมัติการใช้พาหนะส่งต่อ หรือหลักฐานการใช้พาหนะส่งต่อ หรือบันทึกหลักฐานการใช้พาหนะส่งต่อของหน่วยบริการในการส่งต่อในเวชระเบียนที่ระบุประเภทของพาหนะและระบุสถานที่รับส่งต่อตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๔) สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(ก) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(ข) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๔๒ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๔๑

ข้อ ๔๓ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ 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 ของหมวดนี้และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(ก) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(ข) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการหรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๕๑ สำนักงานจะกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และแนวทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวดรายการ ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

(๒) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (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 และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๕๔ การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็นที่ให้บริการตั้งแต่วันที่ 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 (ภาคะวันออกเฉียงเหนือ) (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 กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๒ และข้อ ๓๒.๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

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

“(๑) กรณีรถยนต์

คำนวณค่าใช้จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวงไป - กลับ โดยจ่ายชดเชยตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกินที่เรียกเก็บ ดังนี้

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

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๓.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๕.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง รวมถึง

๕.๑.๑ ผู้ได้รับการตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยครอบคลุมการตรวจหาระยะของโรคมะเร็งตามมาตรฐานของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ไม่รวมการตรวจคัดกรองหรือการตรวจเพื่อศึกษาวิจัย

๕.๑.๒ ผู้ได้รับการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา

๕.๑.๓ ผู้ได้รับการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมทั้งโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง

๕.๑.๔ ผู้ได้รับการการตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาภายหลังการรักษาโรคมะเร็งและโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง

๕.๑.๕ ผู้ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยารักษามะเร็งยาบัญชี จ (๒)

๕.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ตามศักยภาพการบริการในแต่ละประเภทดังนี้

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 รวมทั้ง

โรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง และการตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา ภายหลังการรักษาโรคมะเร็ง และโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง โดยรายการบริการและอัตราให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

๖.๒.๒ กรณีรักษาโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา ตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้ รวมทั้งค่าผสมยาเคมีบำบัด ๑๖๐ บาทต่อวัน

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

๖.๒.๔ กรณีการรักษาโรคมะเร็งที่ยังไม่กำหนดแนวทางการรักษา ให้จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ และค่าผสมยาเคมีบำบัด ๑๖๐ บาทต่อวัน เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้ว ไม่เกิน ๔,๐๐๐ บาท

๖.๒.๕ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยาบัญชี 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 บาทต่อปีต่อราย

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

ทั้งนี้ การใช้ยาเป็นไปตามเงื่อนไขในแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชี 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) ค่าตรวจยืนยันเพื่อประกอบการสั่งใช้ยาบัญชี จ (๒) จำนวน ๓ รายการ ได้แก่ Trastuzumab, Imatinib และ Erlotinib เป็นไปตามรายการและอัตราตามข้อ ๖.๒.๕ การใช้ยาให้เป็นไปตามเงื่อนไขในแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชี จ (๒) แห่งประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ กำหนด

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๙ สำนักงานจะประมวลผลเพื่อจ่ายค่าใช้จ่าย โดยมีเงื่อนไขดังนี้

๙.๑ สำนักงานจะตรวจสอบรหัสโรคหลักหรือรหัสโรครอง เพื่อระบุว่าเป็นโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา หรือโรคมะเร็งที่ยังไม่กำหนดแนวทางการรักษา

กรณีที่หน่วยบริการบันทึกรหัสโรคมะเร็งทั้งโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษาและโรคมะเร็งที่ยังไม่กำหนดแนวทางการรักษามาในผู้ป่วยรายเดียวกัน สำนักงานจะพิจารณาเป็นกรณีโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา

๙.๒ หน่วยบริการที่ส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยบริการอื่นเพื่อรับยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษาแล้วกลับมา Admit ที่หน่วยบริการเดิม ไม่สามารถเบิกค่าพาหนะรับส่งต่อได้ ทั้งนี้ เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการโดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๑๐.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

๑๐.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (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 เพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการดังนี้

(ก) เอกสารหลักฐานที่จะตรวจสอบเพิ่มเติม ตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

(ข) สำนักงานจะกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้ โดยสำนักงานจะรายงานผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานและดำเนินการดังนี้

๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ เนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอทบทวนผลการตรวจสอบได้ ๑ ครั้ง ภายในระยะเวลา ๑๐ วัน นับแต่วันที่หน่วยบริการได้รับรายงานผลการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ทั้งนี้ สำนักงานอาจพิจารณาขยายระยะเวลาได้ตามเหตุผลความจำเป็น

๓) กรณีหน่วยบริการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

๑๑.๒ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงาน หรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๑๒.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๑๒.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการกรณีบริการผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๑๒.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๓ ให้การบริการและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ถือเป็นการดำเนินการตามประกาศนี้ด้วย

ประกาศ ณ วันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖
จเด็จ 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 (ชนิดออกฤทธิ์นาน)	20 mg	vial	(จ2)
88	Octreotide acetate (ชนิดออกฤทธิ์นาน)	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 การเบิกค่าใช้จ่ายให้คำนวณตามสัดส่วนเนื้อยา 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	การฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด (IORT)	field	5,700
22	RTX214	ค่ารักษาด้วยเครื่อง 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_การใส่แร่อิริเดียม-192	
16	RTX216_208	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฝังแร่อิริเดียม-192	
17	RTX216_209	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_Half Body Irradiation	
18	RTX216_210	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสี SRS	
19	RTX216_211	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสี SRT	
20	RTX216_212	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_ Total body irradiation	
21	RTX216_213	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_การฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด (IORT)	
22	RTX216_214	รังสีรักษามะเร็งทั่วไป_ ค่ารักษาด้วยเครื่อง Hyperthermia	

หมายเหตุ:

๑) ค่าใช้จ่ายกรณีรังสีรักษามะเร็งทั่วไป (RTX216_101 ถึง RTX216_214) เป็นค่าใช้จ่ายรวมค่ายาเคมีบำบัด ค่าผสมยา และค่าบริหารยาเคมีบำบัด

๒) กรณีให้บริการรังสีรักษามะเร็งทั่วไปมากกว่า ๑ รายการ และรวมค่ายาเคมีบำบัด ค่าผสมยา และค่าบริหาร 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 radiotherpy, no CC	9.9149	0.9866
2	01704	Nervous system neoplasms with chemo- and radiotherpy, w mild to cat CC	12.4488	0.9880
3	01710	Nervous system neoplasms with chemotherpy, no CC	1.7775	0.7572
4	01711	Nervous system neoplasms with chemotherpy, w mild CC	2.281	0.8718
5	01712	Nervous system neoplasms with chemotherpy, w mod CC	3.2272	0.7768
6	01713	Nervous system neoplasms with chemotherpy, w severe CC	4.7316	0.8628
7	01714	Nervous system neoplasms with chemotherpy, w catas CC	7.2784	0.9434
8	03580	ENT & mouth malignancy with chemo- and radiother, no CC	4.5671	0.9388
9	03581	ENT & mouth malignancy with chemo- and radiother, w mild CC	5.1439	0.9752
10	03582	ENT & mouth malignancy with chemo- and radiother, w mod CC	6.3088	0.9855
11	03583	ENT & mouth malignancy with chemo- and radiother, w severe CC	8.2486	0.9795
12	03584	ENT & mouth malignancy with chemo- and radiother, w catas CC	10.69	0.9877
13	03590	ENT & mouth malignancy with chemotherapy, no CC	1.2912	0.7794
14	03591	ENT & mouth malignancy with chemotherapy, w mild CC	1.6477	0.8185
15	03592	ENT & mouth malignancy with chemotherapy, w mod CC	1.7228	0.8330
16	03593	ENT & mouth malignancy with chemotherapy, w severe CC	2.2498	0.8621
17	03594	ENT & mouth malignancy with chemotherapy, w catas CC	5.2194	0.8972
18	04650	Respiratory neoplasms with chemo- and radiother, no CC	3.2593	0.9164
19	04652	Respiratory neoplasms with chemo- and radiother, w mild to mod CC	4.8811	0.9607
20	04653	Respiratory neoplasms with chemo- and radiother, w severe CC	5.8129	0.9590
21	04654	Respiratory neoplasms with chemo- and radiother, w catas CC	8.8363	0.9762
22	04660	Respiratory neoplasms with chemotherapy, no CC	2.1933	0.4810
23	04661	Respiratory neoplasms with chemotherapy, w mild CC	2.2749	0.5873
24	04662	Respiratory neoplasms with chemotherapy, w mod CC	2.7484	0.5895
25	04663	Respiratory neoplasms with chemotherapy, w severe CC	2.9754	0.7042
26	04664	Respiratory neoplasms with chemotherapy, w catas CC	4.8669	0.9010
27	06680	Digest malignancy w chemo- and radiotherapy, no CC	3.4056	0.9305
28	06682	Digest malignancy w chemo- and radiotherapy, w mild to mod CC	4.8036	0.9622

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 และเกณฑ์การตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา รวมถึงการเข้ารับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

๑. กรณีบริการผู้ป่วยนอก

๑.๑ เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการตรวจสอบ

(๑) เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข ตามแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน ปี ๒๕๖๓

(๒) เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ต้นฉบับหรือสำเนาทั้งฉบับ ที่แพทย์บันทึกการวินิจฉัยมะเร็ง ในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบ

(๓) ผลการตรวจยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง

(๔) หลักฐานการสั่งของแพทย์ในการสั่ง ยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน ที่ระบุชื่อยาและขนาดยา รวมทั้งหลักฐานการบริหารยา ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๕) หลักฐานการให้บริการรังสีวางแผนและการรักษาโดยรังสีรักษา

(๖) ผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ หรือบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ หรือการแปลผลการตรวจของแพทย์ ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๗) หลักฐานการทำหัตถการ ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๘) กรณีรักษาโรคมะเร็งที่กำหนดแนวทางในการรักษา บันทึกการรักษาตามแบบฟอร์มการแบ่งระยะมะเร็ง และเก็บไว้ในแฟ้มเวชระเบียนเพื่อใช้สำหรับตรวจสอบภายหลัง

๑.๒ เกณฑ์ในการตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข

สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

(๑) เป็นผู้รับบริการที่มีผลการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็ง ทั้งนี้ต้องมีหลักฐานยืนยันผลการวินิจฉัยที่ชัดเจน ซึ่งเข้าเงื่อนไขดังนี้

(ก) รับการตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็งโดยครอบคลุมการ Staging ตามมาตรฐานของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ซึ่งไม่รวมการตรวจคัดกรอง หรือการศึกษาวิจัย

(ข) รับรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

(ค) รับการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมถึงโรคร่วมที่พบในการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น

(ง) การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา (Follow up) ภายหลังการรักษาโรคมะเร็ง และโรคร่วมที่พบในการมารับการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น

(๒) พบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ที่แพทย์บันทึกการวินิจฉัยมะเร็ง ในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบ

(๓) พบผลการตรวจยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง

(๔) พบบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย และอาการเจ็บป่วย ในการสั่งยาระบุชื่อยาและจำนวนที่ใช้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยา การตรวจพิเศษอื่น ๆ การทำรังสีรักษา การทำหัตถการ และการสั่งยา 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) หลักฐานการทำหัตถการ ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๙) เกณฑ์ในการตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายแยกตามหมวดรายการ ตรวจสอบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

๒. กรณีบริการผู้ป่วยใน

๒.๑ เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการตรวจสอบ

(๑) แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary)

(๒) เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในระบบ DRG ตามแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(๓) เวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่แพทย์ให้การวินิจฉัยมะเร็ง ในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบและได้รับการวินิจฉัยมะเร็ง

(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) รับรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

(ค) รับการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมถึงโรคร่วมที่พบในการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น

(ง) การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา (Follow up) ภายหลังการรักษาโรคมะเร็ง และโรคร่วมที่พบในการมารับการรักษาโรคมะเร็งในครั้งนั้น

(๒) เกณฑ์ในการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในระบบ DRG ตรวจสอบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(๓) ตรวจสอบการสรุปโรคและหัตถการ โดยการตรวจพบหลักฐานในเวชระเบียน และตรวจสอบการให้รหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการ

(๔) พบบันทึกการวินิจฉัยโรคมะเร็ง

(๕) พบผลการตรวจยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง

(๖) หลักฐานการสั่งของแพทย์ในการสั่งยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน ที่ระบุชื่อยาและขนาดยา รวมทั้งหลักฐานการบริหารยา ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๗) หลักฐานการให้บริการรังสีวางแผน และการรักษาโดยรังสีรักษา ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดให้มีประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร (แก้ไขหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย) พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๓ และข้อ ๓๓.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร (แก้ไขหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย) พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๗

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ให้ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๖ มีผลใช้บังคับต่อไป

ข้อ ๕ ให้ยกเลิกความใน ๖.๑ ของข้อ ๖ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๖ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“๖.๑ การขอรับค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามแนวทางการรักษา ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ป่วยโรคมะเร็งในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี ให้เป็นไปตามแนวทาง ดังต่อไปนี้

(ก) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. ๒๕๖๖ (ISBN 978-616-490-096-7)

(ข) แนวทางการขอรับค่าบริการสาธารณสุขกรณีโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. ๒๕๖๖ (ISBN 978-616-490-095-0)

(๒) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุระหว่าง ๑๕ ถึง ๑๘ ปี ให้เป็นไปตามแนวทาง ดังต่อไปนี้

(ก) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. ๒๕๖๖ (ISBN 978-616-490-096-7)

(ข) แนวทางการขอรับค่าบริการสาธารณสุขกรณีโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. ๒๕๖๖ (ISBN 978-616-490-095-0)

(ค) แนวทางการขอรับค่าบริการสาธารณสุขกรณีโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. ๒๕๖๖ (ISBN 978-616-490-097-4)

(๓) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุมากกว่า ๑๘ ปี ให้เป็นไปตามแนวทางการขอรับค่าบริการสาธารณสุขกรณีโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. ๒๕๖๖ (ISBN 978-616-490-097-4)”

ข้อ ๖ การขอรับค่าใช้จ่ายตาม ๖.๑ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศนี้ ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ให้ถือเป็นการขอรับค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ และบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ และบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๓ ข้อ ๓๓.๑ ข้อ ๓๓.๔ และข้อ ๓๓.๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๔ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีส่งเสริมคุณภาพบริการ ต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ตามหมวด ๑

(๒) บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ตามหมวด ๒

(๓) บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้รับบริการ ตามหมวด ๓

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
บริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST โดยหน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา 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 ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้มีการยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๑ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๐ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๑ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๓ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน โดยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด Alteplase (rt-PA)

(ก) ตรวจพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีหลักฐานการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

(ข) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการสั่งยาละลายลิ่มเลือดโดยแพทย์และหลักฐานการให้ยาละลายลิ่มเลือด

(ค) ตรวจพบรายงานผลการตรวจเอกซเรย์สมองก่อนและหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด

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

(ก) ตรวจพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีหลักฐานการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST

(ข) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการสั่งยาละลายลิ่มเลือดโดยแพทย์และหลักฐานการให้ยาละลายลิ่มเลือด

(ค) ตรวจพบหลักฐานที่ระบุว่าผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา Streptokinase หรือเคยใช้ยา Streptokinase มาภายในระยะเวลา ๖ เดือน หรือผู้ป่วยมีภาวะ Anterior wall STEMI ร่วมกับมีภาวะ 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 และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

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 แก้ไขการสบฟันผิดปกติระยะแรกเพื่อป้องกันและเตรียมการในการจัดฟัน ดูแลรักษาสุขภาพช่องปากทุก ๖ เดือน รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไขการสบฟันผิดปกติ ใส่ฟันเทียมหรือรักษาทางทันตกรรมอื่น ๆ ที่จำเป็น จ่ายในอัตรา ๔๘,๐๐๐ บาทต่อราย

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

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๗ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือโปรแกรมเฉพาะโรค DMIS (Cleft Lip Cleft Palate) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน 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 หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๒๓ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยใน ตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(๒) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs)

(๓) ตรวจพบเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีการให้บริการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

(๔) ตรวจพบแบบบันทึกการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

(๕) ตรวจพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีบันทึกการให้บริการผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีรายละเอียดของการใช้อุปกรณ์เพดานเทียมและอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟันตามข้อ ๑๖

(๖) ตรวจพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีบันทึกการให้บริการทันตกรรมจัดฟันหรือบริการแก้ไขการพูด และการได้ยิน ที่มีรายละเอียดกิจกรรมตามข้อ ๑๖

(๗) ตรวจพบการลงทะเบียนผ่านโปรแกรมเฉพาะโรค DMIS (Cleft Lip Cleft Palate) ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ maxillary distractor

ข้อ ๒๔ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ

(๓) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๒๓

ข้อ ๒๕ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

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 หน่วยบริการต้องจัดให้มีการยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๒ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๓๑ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๓ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๒ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๓๔ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขต้องตรวจพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการตรวจรักษาในห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉินสำหรับบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ

ข้อ ๓๕ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ

(๓) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๓๔

ข้อ ๓๖ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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 เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

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 จ่ายตามจริง ไม่เกินชั่วโมงละ 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 หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๔ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์และหลักฐานสนับสนุนในการวินิจฉัยโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness)

(๒) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการให้บริการการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูงที่มีระบุเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการรักษาในการให้บริการแต่ละครั้ง 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 การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการจัดหากระจกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาตามข้อ ๑๗ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามข้อ 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 และหน่วยบริการที่จัดเตรียมกระจกตาชั้นในสำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการ

ทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๒ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๒๑ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๓ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๒ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๒๔ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

(๒) ตรวจพบหลักฐานแบบบันทึกการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

(๓) ตรวจพบหลักฐานการจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตาของหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา

(๔) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการจัดเตรียมกระจกตาชั้นในสำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) ของหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน สำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK)

(๕) ตรวจพบเอกสารหลักฐานตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนกรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

(๖) ตรวจพบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (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 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) สำหรับผู้บริจาคสมองตาย ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor) (ศูนย์รับบริจาค	- บริการดูแล Donor - ผ่าตัด - น้ำยาถนอมอวัยวะ - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	๔๐,๐๐๐

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
อวัยวะสภากาชาดไทย โดยผ่านหน่วยบริการที่ผ่าตัด)	- บริการดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	

(ข) ค่าใช้จ่ายระหว่างการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (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 ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - 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 ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๒๐,๐๐๐

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
Protocol-HTX-III - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน 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 ในระหว่างรับการรักษา - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๗๕,๐๐๐
Protocol-HTX-IV - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน 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 ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๘๐,๐๐๐
Protocol- HTX-V - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximap + Cyclosporine + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ	๔๕๕,๐๐๐

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
	- อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Basiliximab - ยา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	
Protocol- HTX-VI - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximap + Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- 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 - ภาวะ Acute Cellular Rejection	- ทำ Echocardiography - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - ยา Methylprednisolone - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๐,๐๐๐
Protocol-AMR - ภาวะ Antibody Mediated Rejection	- 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 และกรณีที่ให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น 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 และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ 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 การให้บริการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ ตามข้อ ๒๗ (๒) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการอายุไม่เกิน ๑๘ ปีบริบูรณ์ในวันที่รับการผ่าตัด ซึ่งมีสุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด และได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ภายใต้หลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(ก) การจัดสรรอวัยวะและคุณสมบัติของผู้รับบริการ ให้เป็นไปตามประกาศศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

(ข) การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

ข้อ ๓๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิดหรือตับวายจากสาเหตุอื่น 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) (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยโดยผ่านหน่วยบริการที่ผ่าตัด)	- บริการดูแล Donor - ผ่าตัด - น้ำยาถนอมอวัยวะ - 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 - ใช้ยากลุ่ม 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	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (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 Basiliximap + 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	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (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	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
กรณีที่มีการตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อนระหว่างผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัด	- ทำ Ultrasound - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - บริการห้องและอาหาร - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๑๐,๐๐๐

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

(๓) ค่ายากดภูมิคุ้มกัน ให้เป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายตับ 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) ที่มีความรุนแรงหรือเป็นระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้น

(ข) การจัดสรรอวัยวะและคุณสมบัติของผู้รับบริการ เป็นไปตามประกาศศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

(ค) การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

ข้อ ๓๓ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้ายตามข้อ ๓๒ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายกรณีการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัดตามแผนการรักษา (Protocol) ทั้งนี้ หากเสียชีวิตระหว่างการรักษากรณีเสียชีวิตในระหว่างเตรียมตัวก่อนผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดตามอัตราที่กำหนดในแผนการรักษา สำหรับกรณีเสียชีวิตในระหว่างการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดจะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาเหมาจ่ายที่กำหนดในแผนการรักษา 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 ครั้งต่อผู้รับบริจาค ๑ ราย	๔๐,๐๐๐
๓) การผ่าตัดผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor operation) (หน่วยบริการเบิกจ่ายให้แก่สภากาชาดไทย)	- บริการดูแล Donor - ผ่าตัด - น้ำยาถนอมอวัยวะ - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	๔๐,๐๐๐

(ข) ค่าใช้จ่ายระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท/ราย)
สำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต และผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะ	ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ทั้งกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน 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 ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล - 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 ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	
Protocol- OLT-III - ใช้ยากลุ่ม Basiliximab + cyclosporine + mycophenolate - ไม่รวม complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด	

	- ยา Basiliximab - ยา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
Protocol-OLT-IV - ใช้ยากลุ่ม Basiliximap +Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- 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	- ทำ Ultrasound - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - ยา Methylprednisolone - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
Protocol-AMR - ภาวะ Antibody Mediated Rejection	- ทำ Ultrasound - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - ยา Methylprednisolone - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัด และรวมอยู่ในรายการเหมาจ่าย	

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

ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

(๓) ค่ายากดภูมิคุ้มกัน ให้เป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายตับ 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 และได้รับการพิจารณารับรองจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตสำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ โดยมีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขบริการสำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่กำหนด 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
initial white count more than 300,000/cumm to Intermediate and High Risk Infant ALL (๒) Second Complete remission ๓. Lymphoma (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) (๒) Hodgkin's disease (HD) ชนิด high risk; bulky disease และ stage 4 (๓) Relapse / Refractory ทั้ง NHL และ HD ที่เป็น chemosensitive disease (๔) Relapsed or Refractory or familial histiocytosis ๔. Chronic myeloid leukemia ในทุกระยะ ๕. Myelodysplastic syndrome ไขกระดูกผิดปกติระยะก่อนเป็นมะเร็ง ๖. Non malignant diseases (๑) Inborn error of metabolisms ได้แก่ (ก) Lysosomal storage diseases ได้แก่ - Gaucher disease - Mucopolysaccharidosis ได้แก่ Type I (Hurler), Type II (Hunter), Type VII (Sly) - Niemann-Pick disease - Krabbe's leukodystrophy	หรือ Blast crisis ที่เข้าสู่ระยะ Chronic phase หรือได้ Complete remission ๓. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) (๑) ในรายที่กลับเป็นอีก (relapse) หรือไม่ตอบสนอง (Refractory) ต่อการให้ยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานขั้นต้น (First line chemotherapy) ** (๒) ในรายที่มีความเสี่ยงสูง (ผู้ป่วย B-cell aggressive lymphoma ที่ High risk, High-intermediate risk international prognostic index (IPI), T-cell lymphoma หรือ mantle cell lymphoma) ** ** หมายเหตุ : ข้อ (๑) และ (๒) ควรทำในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission) หรือระยะที่โรคเข้าสู่ระยะสงบ (Partial remission) ๔. มะเร็ง Multiple myeloma ๕. ไขกระดูกผิดปกติชนิด Myelodysplastic syndrome ในระยะที่มีบลาสเซลล์มาก หรือ Chronic myelomonocytic leukemia ๖. ไขกระดูกผิดปกติชนิดเป็นพังผืด (Myelofibrosis) ๗. ไขกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (Severe aplastic anemia) หรือไขกระดูกฝ่อชนิดที่เป็นร่วมกับภาวะ Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (Hypoplastic PNH)

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

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 การปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ และการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย ในกรณีที่ให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection ให้หน่วยบริการเบิกผ่านระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS_CKD) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

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

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

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๑ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก 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 หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด 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 และหลักฐานการสั่งจ่ายยากดภูมิคุ้มกันตามจำนวนเดือนที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๘) ตรวจพบเอกสารหลักฐานตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนกรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(๙) ตรวจพบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs)

ข้อ ๔๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก

(๓) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๔๕

ข้อ ๔๗ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๔ และข้อ ๓๔.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

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

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

(๓) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๖

(๔) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๖

(๕) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๖๖

(๖) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๖๗

(๗) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๗

(๘) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“คนพิการ” หมายความว่า ผู้รับบริการที่เป็นคนพิการ ทั้งนี้ คนพิการให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และให้หมายความรวมถึงบุคคลที่มีเอกสารรับรองความพิการที่ได้รับการวินิจฉัยและประเมินความพิการจากแพทย์ แต่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคต้องเป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการและใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

การให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคสำหรับคนพิการ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคตามข้อ ๕ จะจ่ายเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global Budget) หรือสนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ รายละเอียดอัตราจ่ายและรายการที่สนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียม เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ และเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค กรณีที่ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ตามวรรคหนึ่ง สำนักงานจะพิจารณาเป็นรายกรณี หรือหน่วยบริการอาจขอทำความตกลงกับสำนักงานเป็นการเฉพาะตามความจำเป็น

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูล ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน ตามโครงสร้างข้อมูลที่กำหนด หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๘ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๗ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนเพื่อยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ยกเว้นในกรณีของผู้ป่วยใน

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๑ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๐ สำนักงานมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๑ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่พบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๓ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และแนวทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวดรายการตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบหลักฐานการให้บริการตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้ หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ

ข้อ ๑๕ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๖ การให้บริการสาธารณสุขกรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคเกี่ยวกับอุปกรณ์ขาเทียมพร้อมเท้าเทียมไดนามิกในบัญชีนวัตกรรมไทย ตามลำดับ ๕๗ ลำดับ ๕๘ และลำดับ ๕๙ ในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้ ที่ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการและอัตราจ่าย อุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		หมวด 1 ระบบประสาท		
	1000	**1.0 กะโหลกศีรษะเทียม เยื่อหุ้มสมองเทียม และวัสดุยึดกะโหลก**		
1	**1001**	**1.0.1 กะโหลกศีรษะเทียม (Cranioplastic Implant) รวมสกรู** **ลักษณะ** แต่ละชุดประกอบด้วยผง Methyl methacrylate และ Solution **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีส่วนของกระดูกกะโหลกขาดหายไป	ชุดละ	12,000
2	**1003**	**1.0.3 เยื่อหุ้มสมองเทียม (Dural Substitue)** **ลักษณะ** เป็นแผ่นบาง ๆ ทำจากสารสังเคราะห์ หรือเนื้อเยื่อ **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนส่วนที่หายไป หรือปกคลุมสมอง หรือไขสันหลังในส่วนที่บวม จนไม่สามารถเย็บปิดเยื่อหุ้มสมองได้	แผ่นละ	9,000
3	**1007**	**1.0.7 แผ่นปิดกะโหลกศีรษะเฉพาะบุคคลผลิตจาก Polymethyl methacylate (PMMA) ด้วยเทคโนโลยีการพิมพ์ 3 มิติ รวมสกรู** **ลักษณะ** เป็นวัสดุที่ผลิตจาก Polymethyl methacylate มีขนาดและรูปร่างขึ้นอยู่กับลักษณะผิดปกติของกะโหลกศีรษะของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้ข้อมูล CT Scan ออกแบบและขึ้นรูปด้วยเทคโนโลยีการพิมพ์ 3 มิติ **ข้อบ่งชี้** ผู้ป่วยที่มีส่วนของกะโหลกศีรษะบริเวณหน้าผากขาดหายไป หรือผู้ป่วยที่มีส่วนของกะโหลกศีรษะส่วนอื่นขาดหายไปที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 10 เซนติเมตร	ชุดละ	25,000
4	**1008**	**1.0.8 แผ่นปิดกะโหลกศีรษะเฉพาะบุคคลผลิตจากโลหะไทเทเนียมด้วยเทคโนโลยีการพิมพ์ มิติ ทางอ้อม (Indirect Metal 3D Printing) รวมสกรู** **ลักษณะ** เป็นวัสดุที่ผลิตจากโลหะไทเทเนียมมีขนาดและรูปร่างขึ้นอยู่กับลักษณะผิดปกติของกะโหลกศีรษะ ของผู้ป่วยแต่ละรายโดยใช้ข้อมูล CT Scan ออกแบบและขึ้นรูปด้วยเทคโนโลยีการพิมพ์ 3 มิติ ทางอ้อม (Indirect Metal 3D Printing) **ข้อบ่งชี้** ผู้ป่วยที่มีส่วนของกะโหลกศีรษะขาดหายไปร่วมกับมีประวัติแผลผ่าตัดติดเชื้อ หรือประวัติแผลผ่าตัดปนเปื้อน	ชุดละ	27,000
5	**1009**	**1.0.9 แผ่นปิดกะโหลกศีรษะเฉพาะบุคคลผลิตจากโลหะไทเทเนียมด้วยเทคโนโลยีการพิมพ์ 3 มิติ ทางตรง (Direct Metal 3D Printing) รวมสกรู และเป็นรายการในบัญชีนวัตกรรมไทย** **ลักษณะ** เป็นวัสดุที่ผลิตจากโลหะไทเทเนียม มีขนาดและรูปร่างขึ้นอยู่กับลักษณะความผิดปกติของกะโหลกศีรษะของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้ข้อมูล CT Scan ออกแบบและขึ้นรูปด้วยเทคโนโลยีการพิมพ์ 3 มิติ โดยขึ้นรูปชิ้นงานจากผงไทเทเนียมโดยตรง (Direct Metal 3D Printing)	ชุดละ	48,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		ข้อบ่งชี้ 1) ผู้ป่วยที่มีส่วนของกะโหลกศีรษะบริเวณหน้าผากขาดหายไป หรือผู้ป่วยที่มีส่วนของกะโหลกศีรษะส่วนอื่นขาดหายไปที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 10 เซนติเมตร ร่วมกับมีประวัติแผลผ่าตัดติดเชื้อ หรือประวัติแผลผ่าตัดปนเปื้อน หรือ 2) ผู้ป่วยเนื้องอกบริเวณกะโหลกศีรษะ และวางแผนทำการตกแต่งกะโหลกศีรษะทันทีหลังจากเลาะเนื้องอกออก โดยมีส่วนของกะโหลกศีรษะบริเวณหน้าผากขาดหายไป หรือผู้ป่วยที่มีส่วนของกะโหลกศีรษะส่วนอื่นขาดหายไปที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 10 เซนติเมตร		
	1100	**1.1 ท่อ/สายต่อจากช่องกะโหลก และวัสดุใช้ในช่องกะโหลก**		
6	**1101**	**1.1.1 ชุดท่อต่อช่องสมอง (External Ventricular Drainage System)** **ลักษณะ** เป็นชุดเพื่อใช้ระบายน้ำหล่อสมอง และไขสันหลังออกสู่ภายนอกร่างกาย ประกอบด้วย ท่อต่อเชื่อมสมอง และไขสันหลัง (Ventricular Catheter) อุปกรณ์กักเก็บน้ำ และท่อต่อเชื่อม **ข้อบ่งชี้** น้ำหล่อสมอง และไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus) หรือมีเลือดออกในช่องสมอง	ชุดละ	4,500
7	**1102**	**1.1.2 อุปกรณ์ช่วยระบายน้ำในช่องสมอง (Ventriculoperitoneal Shunt)** **ลักษณะ** เป็นชุดประกอบด้วยสายต่อช่องสมอง กระเปาะสำหรับกดทดสอบ และสายต่อภายในสู่ช่องท้อง หรือช่องหัวใจ รวมถึงอุปกรณ์ที่ใช้ต่อสาย (Connector) **ข้อบ่งชี้** น้ำหล่อเลี้ยงสมอง และไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus)	ชุดละ	8,100
8	**1104**	**1.1.4 คีมหนีบหลอดเลือดโป่งพองในช่องกะโหลกศีรษะ (Aneurysm Clip for Intracranial Aneurysm)** **ลักษณะ** เป็นคีมหนีบหลอดเลือดแดงที่โป่งพองผิดปกติ โดยใส่ไว้ในร่างกายตลอดไป **ข้อบ่งชี้** เพื่อป้องกันเลือดออกในสมองจากหลอดเลือดแดงโป่งพอง	อันละ	6,700
		หมวด 2 ตา หู คอ จมูก		
	2000	**2.0 ลูกตา กระจกตา และเลนส์แก้วตาเทียม**		
9	**2001**	**2.0.1 ลูกตาเทียมทำด้วยพลาสติก (Eye Prosthesis)** **ลักษณะ** เป็นตาปลอม โดยมีลักษณะเป็นแผ่นสารสังเคราะห์ระบายสี ทำจากวัสดุได้หลายชนิด เช่น พลาสติก อะคริลิก **ข้อบ่งชี้** ใช้ใส่ในผู้ป่วยที่ไม่มีลูกตาหรือตาฝ่อ	ข้างละ	1,000
10	**2002**	**2.0.2 วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดไม่มีรูพรุน** **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์คล้ายพลาสติกแข็ง ๆ รูปร่างกลมเรียบ ใส่หลังจากผ่าตัดเอาลูกตาออก **ข้อบ่งชี้** ใช้หนุนรับลูกตาเทียมในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผ่าตัดเอาลูกตาออก	อันละ	200

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
11	**2003**	**2.0.3 วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดมีรูพรุน (Integrated Orbital Implant)** **ลักษณะ** รูปร่างกลม มีรูพรุน ทำด้วยวัสดุหลายชนิด เช่น Hydroxyapatite ใส่หลังจากผ่าตัดเอาลูกตาออก **ข้อบ่งชี้** ใช้หนุนรับลูกตาเทียม ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเอาลูกตาออก และต้องการให้ตาเทียมสามารถกรอกตาได้คล้ายของจริง	อันละ	13,500
12	**2004**	**2.0.4 วัสดุเสริมกระดูกเบ้าตา (Orbital Implant for Orbit)** **ลักษณะ** เป็นแผ่นรองกระดูกเบ้าตาที่แตก สามารถทำได้จากวัสดุหลายชนิด **ข้อบ่งชี้** ใช้ในผู้ป่วยที่กระดูกเบ้าตาแตก เพื่อแทนที่กระดูกที่หัก	อันละ	2,000
13	**2005**	**2.0.5 กระจกตาดำเทียม (Corneal Prosthesis)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์ มีความใส **ข้อบ่งชี้** ใช้ในผู้ป่วยที่กระจกตา (Cornea) ขุ่น	อันละ	15,000
14	**2006**	**2.0.6 เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดพับได้ (Foldable Intraocular Lens)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์ใส่แทนเลนส์แก้วตาเพื่อช่วยในการมองเห็น สามารถพับได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตา หรือไม่มีเลนส์แก้วตา	อันละ	2,800
15	**2007**	**2.0.7 เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดแข็งพับไม่ได้ (Unfoldable Intraocular Lens)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์ใส่แทนเลนส์แก้วตา เพื่อช่วยในการมองเห็น มีเนื้อแข็งไม่สามารถพับได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตา หรือไม่มีเลนส์แก้วตา	อันละ	700
	2100	**2.1 วัสดุ/เครื่องมือพิเศษที่ใช้ในการผ่าตัดตา**		
16	**2101**	**2.1.1 วัสดุที่ใช้หนุนในลูกตาในการผ่าตัดซ่อมจอประสาทตา (Buckle)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุสังเคราะห์คล้ายฟองน้ำหรือแผ่นซิลิโคน **ข้อบ่งชี้** ใช้หนุนดันให้ผนังลูกตาสัมผัสจอประสาทตาในกรณีที่เป็นโรคจอประสาทตาลอก หรืออาจใช้ในการผ่าตัดอื่น เช่น โรคหนังตาตก	อันละ	2,700
17	**2102**	**2.1.2 ของเหลวสำหรับกดจอประสาทตา (Perfluorocarbon liquid)** **ลักษณะ** เป็นของเหลวมีความหนาแน่นสูง **ข้อบ่งชี้** ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตา เพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตา และการผ่าตัดน้ำวุ้นตา	หลอดละ	6,400
18	**2103**	**2.1.3 น้ำมันซิลิโคนสำหรับกดจอประสาทตา (Silicone Oil)** **ลักษณะ** มีลักษณะเป็นน้ำมันใส **ข้อบ่งชี้** ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตา และการผ่าตัดน้ำวุ้นตา	หลอดละ	5,400

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
19	**2104**	**2.1.4 ก๊าซสำหรับฉีดกดจอประสาทตา (Intraocular Gas)** **ลักษณะ** เป็นก๊าซที่ขยายตัวได้ และอยู่ในลูกตาได้นาน **ข้อบ่งชี้** ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตา เพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตา และการผ่าตัดน้ำวุ้นตา	ครั้งละ	500
20	**2105**	**2.1.5 ท่อระบายและที่เก็บกักลดความดันตาในโรคต้อหิน ชนิดมีลิ้นปิดเปิด (Glaucoma shunt device with valve)** **ลักษณะ** เป็นท่อกลวงเพื่อระบายน้ำในลูกตามายังที่เก็บกักซึ่งอยู่ใต้เยื่อบุตา โดยมีลิ้นปิดเปิดควบคุมความดันตา **ข้อบ่งชี้** ใช้ในโรคต้อหินในกรณีที่แพทย์เห็นว่าการผ่าตัดต้อหินด้วยวิธีอื่นไม่ได้ผลและมีความเสี่ยงสูงที่จะสูญเสียการมองเห็น เช่น ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยตามองเห็นข้างเดียว (One eye) เป็นต้น **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** จักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต้อหิน	อันละ	16,000
21	**2106**	**2.1.6 ท่อระบายและที่เก็บกักลดความดันตาในโรคต้อหิน ชนิดไม่มีลิ้นปิดเปิด (Glaucoma shunt device without valve)** **ลักษณะ** เป็นท่อกลวงเพื่อระบายน้ำในลูกตามายังที่เก็บกักซึ่งอยู่ใต้เยื่อบุตา โดยไม่มีลิ้นปิดเปิดควบคุมความดันตา **ข้อบ่งชี้** ใช้ในโรคต้อหินในกรณีที่แพทย์เห็นว่าการผ่าตัดต้อหินด้วยวิธีอื่นไม่ได้ผล **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** จักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต้อหิน	อันละ	8,000
22	**2113**	**2.1.13 ชุดผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา (Vitrectomy Set)** **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์ ซึ่งประกอบด้วย เครื่องมือตัดน้ำวุ้นลูกตา และอุปกรณ์ช่วยหลายชนิด **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา	ชุดละ	9,000
23	**2115**	**2.1.15 ใบมีดตัดกระจกตา (Corneal Trephine)** **ลักษณะ** เป็นใบมีดผ่าตัดรูปร่างทรงกระบอกใช้ตัดกระจกตา **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	ชุดละ	5,400
	2200	**2.2 แว่นตา เลนส์สัมผัส ที่ใช้ใส่หลังจากการผ่าตัดเอาแก้วตาออกเพื่อรักษาต้อกระจก (กรณีไม่ใส่เลนส์แก้วตาเทียม)** **ข้อบ่งชี้** รายการ 2.2.1 - 2.2.5 ใช้ใส่หลังการผ่าตัดเอาเลนส์แก้วตาออก และไม่ได้ใส่เลนส์แก้วตาเทียม		
24	**2201**	**2.2.1 แว่นตาสำหรับมองไกล 1 อัน (Distance Eyeglasses)**	อันละ	1,800
25	**2202**	**แว่นตาสำหรับมองใกล้ (Near eyeglasses)**		
25(1)	**2202A**	**แว่นตาสำหรับมองใกล้ 1 อัน (Near eyeglasses)**	อันละ	1,800
25(2)	**2202B**	**แว่นตาสำหรับมองใกล้ 1 อัน (Near Eyeglasses) (สำหรับการผ่าตัดครั้งที่ 2 ในตาข้างเดิม ให้เปลี่ยนได้เฉพาะเลนส์)**	ข้างละ	900
26	**2203**	**2.2.3 เลนส์สัมผัส ชนิดแข็ง (Hard Contact Lens)**	ข้างละ	1,300
27	**2204**	**2.2.4 เลนส์สัมผัส ชนิดครึ่งนุ่มครึ่งแข็ง (Rigid Gas Permeable Lens)**	ข้างละ	1,800
28	**2205**	**2.2.5 เลนส์สัมผัส ชนิดนิ่ม (Soft Contact Lens)**	ข้างละ	1,800

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
29	**2206**	**2.2.6 แว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติที่ประกอบด้วยเลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (Stock lens)** **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตา ช่วง -6.0 ถึง +6.0 หรือ สายตาเอียงไม่เกิน -2.0 D หมายเหตุ 1) ให้มีสิทธิเบิกได้ไม่เกิน 1 อันต่อปี 2) การเบิกแว่นตา ราคาที่ให้เบิกเป็นราคาที่เหมาจ่ายรวมค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา โดยอิงตามประเภทของเลนส์ที่ใช้	อันละ	800
30	**2207**	**2.2.7 แว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติที่ประกอบด้วยเลนส์สายตาผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lab lens)** **ข้อบ่งชี้** 1. ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตาผิดปกติ ที่มีกำลังเลนส์เกินช่วงเลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (ข้อบ่งชี้รหัส 2206) หรือ 2. มีปัญหาความผิดปกติทางตาด้านอื่นที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแว่นตา หมายเหตุ 1) ให้มีสิทธิเบิกได้ไม่เกิน 1 อันต่อปี 2) การเบิกแว่นตา ราคาที่ให้เบิกเป็นราคาที่เหมาจ่ายรวมค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา โดยอิงตามประเภทของเลนส์ที่ใช้	อันละ	1,000
	2400	**2.4 อวัยวะเทียมเกี่ยวกับหู**		
31	**2401**	**2.4.1 กระดูกหูเทียม ชนิดแยกชิ้น** **ลักษณะ** เป็นท่อนเล็ก ๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น พอลิเมอร์ไฮดรอกซี แอพาไทต์ ไทเทเนียม ทำหน้าที่เชื่อมการนำเสียง **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนกระดูกโกลน (Stapes)	ชิ้นละ	2,700
32	**2402**	**2.4.2 กระดูกหูเทียมทดแทนกระดูกหูทั้งหมด (Total Ossicle Reconstruction Prosthesis)** **ลักษณะ** เป็นท่อนเล็ก ๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น พอลิเมอร์ ลักษณะคล้ายร่ม **ข้อบ่งชี้** ใช้เชื่อมระหว่างกระดูกหู หรือเชื่อมกับหูชั้นใน	ชิ้นละ	4,500
33	**2403**	**2.4.3 กระดูกหูเทียมทดแทนกระดูกหูบางส่วน (Partial Ossicle Reconstruction Prosthesis)** **ลักษณะ** เป็นท่อนเล็ก ๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น พอลิเมอร์ **ข้อบ่งชี้** ใช้เชื่อมระหว่างกระดูกหูหรือเชื่อมกับหูชั้นใน	ชิ้นละ	4,500
34	**2404**	**2.4.4 ใบหูเทียม** **ลักษณะ** ทำจาก Silicone ติดโดยใช้กาว **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ที่ใบหูขาดไม่สามารถตกแต่งกลับมาได้ หรือความผิดปกติของใบหูที่ไม่สามารถผ่าตัดได้	ข้างละ	10,800

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
35	2405	**2.4.5 ชุดประสาทหูเทียม (Cochlear Implant) *** **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่อยู่ในร่างกายและส่วนที่อยู่นอกร่างกาย ดังนี้ 1) ส่วนที่อยู่ในร่างกาย ประกอบด้วย อุปกรณ์สำคัญ คือ ตัวรับสัญญาณ (receiver) และขั้วไฟฟ้า (electrode array) ชนิดหลายขั้วตั้งแต่ 12 electrodes ขึ้นไป สามารถรองรับเทคโนโลยีใหม่ในอนาคตได้ โดยไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดใหม่ สามารถเข้าเครื่อง MRI ที่มีความเข้มข้นไม่น้อยกว่า 1.5 เทสลา โดยไม่ต้องผ่าตัดเอาแม่เหล็กออก และสามารถถอดแม่เหล็กออกได้เมื่อต้องการโดยไม่ชำรุด รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า 10 ปี 2) ส่วนที่อยู่นอกร่างกาย ประกอบด้วย 2.1) เครื่องแปลงสัญญาณเสียงพูด (speech processor) รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า 5 ปี 2.2) ขดลวดส่งต่อสัญญาณและแม่เหล็ก รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า 2 ปี 2.3) สายไฟเชื่อมต่อเครื่องแปลงสัญญาณเสียงพูดเข้ากับขดลวดส่งต่อสัญญาณ (coil cable) รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า 2 ปี 2.4) แบตเตอรี่ชนิดประจุไฟฟ้าใหม่ได้ (rechargeable battery) อย่างน้อย 2 ชุดพร้อมแท่นชาร์ต 2.5) มีระบบ Data Logging เพื่อให้สามารถรู้ว่าผู้ป่วยใช้งานหรือไม่ 2.6) มีระบบป้องกันน้ำที่มาตรฐานไม่ต่ำกว่า International Protection 57 ขึ้นไป 2.7) มีไมโครโฟน (omni direction) อย่างน้อย 2 ตัว 2.8) มีกล่องอบกันความชื้นที่รองรับการใช้งานอย่างน้อย 2 ปี โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม **ข้อบ่งชี้** 1) ผู้ป่วยอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี 6 เดือน ในกรณี pre lingual หรืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ในกรณี post lingual (ณ วันที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินว่ามีความพร้อมในการผ่าตัดตามข้อบ่งชี้ครบทุกข้อ) และ 2) ใช้การประเมินโดยการวัดการได้ยิน โดยดูการตอบสนองของเสียงผ่านก้านสมอง **(**Auditory Brainstem Response; ABR และ Auditory Steady State Response; ASSR) มีระดับการได้ยินตั้งแต่ 90 เดซิเบลขึ้นไปในหูทั้งสองข้าง และ 3) มีการฟื้นฟูสมรรถภาพการฟัง และการพูดมาก่อน ณ สถานพยาบาลที่ทำการผ่าตัดประสาทหูเทียมอย่างน้อย 3 ครั้ง ในเวลา 3 เดือน ขณะใช้เครื่องช่วยฟังที่ปรับอย่างเหมาะสมแล้วไม่ได้ผล หรือได้ผลน้อยจากการใช้เครื่องช่วยฟัง ประเมินโดยแบบประเมินมาตรฐาน หรือไม่มีพัฒนาการความก้าวหน้าทางด้านการได้ยิน ภาษา และการพูดอย่างน้อย 3-6 เดือน ยกเว้นกรณี pre lingual **หรือ** post lingual ที่หูหนวกจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบสามารถผ่าตัดได้ทันที	ชุดละ	สนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกชุดประสาทหูเทียม 1) หน่วยบริการสามารถเบิกอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมได้จำนวน 1 ชุดต่อการให้บริการผู้ป่วย 1 คน 2) ผู้รับบริการจะต้องมีใบรับรองแพทย์ที่ระบุข้อบ่งชี้ครบทุกข้อ พร้อมทั้งหลักฐานการตรวจการได้ยินที่รับรองโดยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด และตรวจระดับสติปัญญาหรือพัฒนาการที่รับรองโดยจิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา หรือกุมารแพทย์พัฒนาการเด็ก มาเพื่อประกอบการเบิกจ่าย 3) หน่วยบริการต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม (Pre-authorized : PA) ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด หมายเหตุ หลักเกณฑ์และเงื่อนไขอื่น ๆ ให้เป็นไปตามแนวทางการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สำนักงานกำหนด		
35(1)	2405A	**ค่าบำรุงรักษา (maintenance) อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม (Cochlear Implant) ส่วนที่อยู่นอกร่างกายรวมอะไหล่ภายหลังสิ้นสุดการรับประกัน*** หมายเหตุ เหมาจ่าย/ปี ตั้งแต่ ปีที่ 3-10 สำหรับผู้ป่วยที่ลงทะเบียนเบิกชุดประสาทหูเทียม (รหัส 2405) ระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี	ชุดละ	10,000
	2600	**2.6 อุปกรณ์เกี่ยวกับจมูก**		
36	2601	**2.6.1 จมูกเทียมชนิดติดกาว** **ลักษณะ** เป็นสารสังเคราะห์ที่มีรูปร่างภายนอกช่องจมูก **ข้อบ่งชี้** ใส่หลังผ่าตัดจมูกออก ซึ่งมักเป็นรายที่เป็นมะเร็ง ช่วยปกปิดอวัยวะภายในช่องจมูก และแก้ไขความพิการ ผิดรูป	ชิ้นละ	9,000
	2700	**2.7 อุปกรณ์ช่วยการพูด และอุปกรณ์อื่น เกี่ยวกับคอ**		
37	2701	**2.7.1 ฝาครอบช่วยพูด (Speaking Valve)** **ลักษณะ** เป็นท่อกลวงทำจากซิลิโคน ภายในมีลิ้นให้ลมเข้าออกได้ทางเดียว **ข้อบ่งชี้** ใช้ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอากล่องเสียงออก เพื่อให้สามารถมีเสียงพูด	อันละ	2,400
38	2702	**2.7.2 เครื่องช่วยพูด** **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เมื่อกดกับพื้นผิวจะเกิดเสียงจากการสั่นสะเทือน เพื่อช่วยในการสื่อสาร มีสวิตช์ปิดเปิดใช้แบตเตอรี่ **ข้อบ่งชี้** ใช้ในกรณีที่ผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด	เครื่องละ	36,000
39	2704	**2.7.4 เพดานเทียม (Palatal Obturator)**	ชิ้นละ	800
39(1)	2704A	**เพดานเทียม (Obturator + Screw)** **ข้อบ่งชี้** สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก ยื่นออกโดยใช้สกรูเพื่อช่วยในการดูดนม	ชุดละ	1,500
39(2)	2704B	**เพดานเทียม [Obturator + Nasoalveolar Molding (NAM)]** **ข้อบ่งชี้** สำหรับจัดโครงสร้างจมูกและสันเหงือก ใช้หลังเย็บริมฝีปากเพื่อช่วยดูดนมและคงสภาพโครงสร้างจมูก	ชุดละ	1,800

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
39(3)	**2704C**	**เพดานเทียม [Obturator + Screw + Nasoalveolar Molding (NAM)]** **ข้อบ่งชี้** สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก ยื่นออก โดยใช้สกรู และสำหรับจัดโครงสร้างจมูก	ชุดละ	2,500
39(4)	**2704D**	**เพดานเทียม [Nasoalveolar Molding (NAM)]** **ข้อบ่งชี้** เพื่อจัดโครงสร้างกระดูก และคงสภาพโครงสร้างจมูก	ชิ้นละ	700
		หมวด 3 ระบบทางเดินหายใจ		
	3000	**3.0 ท่อ/หลอดคอ/อุปกรณ์ช่วยการหายใจ**		
40	**3003**	**3.0.3 หลอดคอช่วยการหายใจ (Tracheostomy Tube) ชนิดทำด้วยพลาสติก** **ลักษณะ** เป็นท่อพลาสติกกลวง โค้งงอเล็กน้อย มีปีกสองข้างสำหรับคล้องเชือก **ข้อบ่งชี้** ใส่หลอดลมคอเพื่อช่วยในการหายใจ	อันละ	1,900
41	**3012**	**3.0.12 เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (Positive Airway Pressure ; PAP)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก ประกอบด้วย เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (Positive Airway Pressure ; PAP) หน้ากาก ท่อนำอากาศ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ครบถ้วน พร้อมใช้งานได้ **ข้อบ่งชี้** เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคสำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด <u>หมายเหตุ</u> ในกรณีที่เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกชำรุด หรือไม่สามารถใช้งานได้ ให้เปลี่ยนเครื่องได้ทุก 5 ปี	ชุดละ	20,000
42	**3013**	**3.0.13 หน้ากากที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก** **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (Positive Airway Pressure ; PAP) (รหัส 3012) เพื่อใช้ทดแทนกรณีที่หน้ากากที่ใช้อยู่ชำรุดหรือไม่สามารถใช้งานได้ โดยเบิกได้ไม่เกิน 1 ชิ้นต่อปี **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด	ชิ้นละ	3,000
43	**3019**	**3.0.19 ท่อนำอากาศที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก** **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (Positive Airway Pressure ; PAP) (รหัส 3012) เพื่อใช้ทดแทนกรณีที่ท่อนำอากาศชำรุดหรือไม่สามารถใช้งานได้ โดยให้นำท่ออากาศเดิมมาแสดงและให้เปลี่ยนได้ทุก 5 ปี	ชิ้นละ	1,500
		หมวด 4 หัวใจและหลอดเลือด		
	4000	**4.0 ลิ้นหัวใจเทียม ผนังหัวใจเทียม และหลอดเลือดเทียม** **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ 4.0.1 - 4.0.10 เป็นอวัยวะเทียมชนิดต่าง ๆ สำหรับใส่ไปในตัวผู้ป่วยในการผ่าตัดหัวใจ เพื่อแก้ไขความผิดปกติของลิ้นหัวใจ หรือผนังกั้นหัวใจ และหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม รายการ 4.0.12- 4.0.14 สำหรับใส่ทดแทนในผู้ป่วยที่หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง		

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		รายการ 4.0.16 สำหรับใส่ทดแทนในผู้ป่วยที่หลอดเลือดส่วนปลายตีบหรืออุดตัน		
44	**4001**	**4.0.1 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดลูกบอลล์**	อันละ	25,000
45	**4002**	**4.0.2 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน 1 แผ่น ปิด – เปิด**	อันละ	28,000
46	**4003**	**4.0.3 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน 2 แผ่น ปิด – เปิด**	อันละ	30,000
47	**4004**	**4.0.4 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ ทำจากหมู (ชนิดมีโครง)**	อันละ	45,000
48	**4005**	**4.0.5 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ ทำจากหมู (ชนิดไม่มีโครง)**	อันละ	50,000
49	**4006**	**4.0.6 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ ทำจากเยื่อบุหัวใจวัว**	อันละ	60,000
50	**4007**	**4.0.7 ลิ้นหัวใจเทียมและหลอดเลือดเทียม**	อันละ	55,000
51	**4008**	**4.0.8 ขอบลิ้นหัวใจเทียม (Valve Ring)**	อันละ	16,000
52	**4009**	**4.0.9 ผนังหัวใจเทียม (PTFE Patch) ชนิดแผ่นสังเคราะห์**	แผ่นละ	3,000
53	**4010**	**4.0.10 ผนังหัวใจเทียม (Dacron Patch)**	แผ่นละ	2,500
54	**4012**	**4.0.12 หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นตรง**	เส้นละ	11,000
55	**4013**	**4.0.13 หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นแยก**	เส้นละ	15,000
56	**4014**	**4.0.14 หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้า พร้อมแขนงบริเวณตรงกลางหลอดเลือดเทียม (Aortic with Branches)** **ลักษณะ** เป็นหลอดเลือดเทียมที่มีแขนงสำเร็จรูปสำหรับ Aortic arch และ Branch ของ Aortic ach	เส้นละ	40,000
57	**4015**	**4.0.15 หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลาย PTFE vascular graft (ตามความยาวที่ใช้)**	ซม. ละ	300
58	**4016**	**4.0.16 หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลายชนิดมีวงแหวน PTFE ring vascular graft (ตามความยาวที่ใช้)**	ซม. ละ	500
59	**4019**	**4.0.19 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดทำจากเนื้อเยื่อ (Homograft)** **ข้อบ่งชี้** 1) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของลิ้นหัวใจ (Infective Endocarditis) 2) ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ลิ้นหัวใจมีขนาดเล็กไม่สามารถใส่ลิ้นหัวใจเทียมชนิดอื่นได้ 3) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจพัลโมนิก (Pulmonic Valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก 4) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจเอออร์ติก (Aortic Valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก 5) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ต้องการสร้างเสริมเส้นเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจ (Aortic Reconstruction, Pulmonary Artery Reconstruction)	ชิ้นละ	45,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
60	4022	**4.0.22 ลิ้นหัวใจเทียมและหลอดเลือดเทียมชนิดเนื้อเยื่อจากหลอดเลือดดำที่คอของวัว (Bovine Jugular Vein)** **ลักษณะ** ลิ้นหัวใจเทียมจากเนื้อสัตว์และมีส่วนที่เป็นหลอดเลือดมาพร้อมกัน **ข้อบ่งชี้** 1) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจพัลโมนิก (Pulmonic Valve) หรือมีขนาดเล็กมาก 2) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ต้องการสร้างเสริมหรือทดแทนหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจ **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ศัลยแพทย์ทรวงอก	ชุดละ	80,000
61	4023	**4.0.23 หลอดเลือดเทียมขนาดใหญ่ PTFE vascular graft สำหรับการเย็บเชื่อมต่อหลอดเลือดขนาดใหญ่** **ลักษณะ** หลอดเลือดเทียมชนิด PTFE ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางตั้งแต่ 14 มิลลิเมตรขึ้นไป **ข้อบ่งชี้** ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีการทำงานของเวนตริเคิลเดียวที่ต้องได้รับการผ่าตัด Fontan Operation **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ศัลยแพทย์ทรวงอก	ซม. ละ	500
62	4024	**4.0.24 หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้าพร้อมแขนงชนิดมีสายสวนหลอดเลือดแดงใหญ่ชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ (Aortic Branched Graft with Aortic Stent Graft)** **ลักษณะ** เป็นหลอดเลือดเทียมที่มีแขนงและมีสายสวนหลอดเลือดแดงใหญ่ชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์เพื่อใช้ในการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้าบริเวณส่วนโค้ง (Arch of Aorta & Descending Aorta) ที่มีพยาธิสภาพลุกลามลงมาใน Descending thoracic aorta หรือต่ำกว่า **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับผ่าตัดเปลี่ยนหลอดเลือดแดงใหญ่บริเวณส่วนโค้งที่มีพยาธิสภาพโป่งพองหรือ ผนังหลอดเลือดมีการฉีกเซาะที่ซับซ้อน พยาธิสภาพลุกลามเลยไปจนถึงหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้าในช่องอกหรือในช่องท้อง ซึ่งไม่สามารถผ่าตัดแก้ไขจากทางด้านหน้าได้ในคราวเดียวกัน **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ศัลยแพทย์ทรวงอก	ชิ้นละ	300,000
	4100	**4.1 วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดโดยใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม** **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ 4.1.1 - 4.1.9 สำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด		
63	4101	**4.1.1 ปอดเทียม (Membrane Oxygenator)**	ชุดละ	8,000
64	4102	**4.1.2 ชุดสายยางประกอบการไหลเวียนนอกร่างกาย (Extracorporeal Complete Set)**	ชุดละ	3,000
65	4103	**4.1.3 อุปกรณ์กักกรองเลือด (Reservoir)**	อันละ	2,500
66	4104	**4.1.4 อุปกรณ์กรองฟองอากาศทางเดินเลือดแดง (Bubble Trap)**	อันละ	900
67	4107	**4.1.7 ชุดสายยางประกอบการให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardioplegia Set)**	ชุดละ	3,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
68	**4108**	**4.1.8 อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ ชนิดทางตรง (Antegrade Cardioplegia Set)**	อันละ	900
69	**4109**	**4.1.9 อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ ชนิดย้อนทาง (Retrograde Cardioplegia Set)**	อันละ	3,000
70	**4115**	**4.1.15 ชุดเครื่องมือรักษาการเต้นของหัวใจผิดปกติด้วยการผ่าตัด (AF Surgery)โดยใช้คลื่นวิทยุ, Ultrasound เลเซอร์, ลวดความเย็น ชนิด 1 ขั้ว** **ลักษณะ** ชุดเครื่องมือรักษาการเต้นของหัวใจผิดปกติโดยการจี้ทำลายเนื้อเยื่อ ประกอบด้วยอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการเต้นของหัวใจด้วยการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ชนิดหัวจี้ **ข้อบ่งชี้** 1) ผู้ป่วยที่เป็น Symptomatic Paroxysmal/Persistent Atrial Fibrillation ที่ต้องได้รับการผ่าตัดหัวใจเพื่อรักษาโรคหัวใจอื่นอยู่แล้ว โดยที่มีขนาด Left Atrium น้อยกว่า 8 เซนติเมตร 2) ผู้ป่วยที่เป็น(Symptomatic Paroxysmal/Persistent Atrial Fibrillation)ที่ไม่มีโรคหัวใจอื่น และล้มเหลวจากการรักษาด้วยยาร่วมกับวิธีการจี้โดยการสร้างภาพ 3 มิติ (RF Ablation by 3 D) **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ศัลยแพทย์ทรวงอก	ชุดละ	25,000
71	**4116**	**4.1.16 ชุดเครื่องมือรักษาการเต้นของหัวใจผิดปกติด้วยการผ่าตัด (AF Surgery) โดยใช้คลื่นวิทยุ, Ultrasound เลเซอร์, ลวดความเย็น ชนิด 2 ขั้ว** **ลักษณะ** ชุดเครื่องมือรักษาการเต้นของหัวใจผิดปกติโดยการจี้ทำลายเนื้อเยื่อ ประกอบด้วยอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการเต้นของหัวใจด้วยการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ชนิดหัวจี้ **ข้อบ่งชี้** 1) ผู้ป่วยที่เป็น Symptomatic Paroxysmal/Persistent Atrial Fibrillation ที่ต้องได้รับการผ่าตัดหัวใจเพื่อรักษาโรคหัวใจอื่นอยู่แล้ว โดยที่มีขนาด Left Atrium น้อยกว่า 8 เซนติเมตร 2) ผู้ป่วยที่เป็น Symptomatic Paroxysmal/Persistent Atrial Fibrillation ที่ไม่มีโรคหัวใจอื่น และล้มเหลวจากการรักษาด้วยยาร่วมกับวิธีการจี้โดยการสร้างภาพ 3 มิติ (RF Ablation by 3 D) **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ศัลยแพทย์ทรวงอก	ชุดละ	30,000
	4300	**4.3 อุปกรณ์ หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ตีบ (Coronary Intervention)**		
		ข้อบ่งชี้หลัก **รายการ 4.3.1 - 4.3.14, 4.3.16 สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการตามมาตรฐานวิชาชีพในกลุ่มโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ตีบ (Coronary artery diseases) ทั้ง acute coronary syndrome และ chronic coronary syndrome ที่มีความจำเป็นต้องขยาย (Coronary Intervention) โดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม และข้อบ่งชี้เพิ่มเติมที่อาจมีในรายการนั้น ๆ**		

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
72	4301	**4.3.1 สายสวนหลอดเลือดนำทางเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (Coronary Guiding Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายใช้สำหรับนำทางสายสวนที่ใช้ขยายหลอดเลือดชนิดต่าง ๆ เข้าไปในหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	2,500
73	4302	**4.3.2 สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (PTCA Guide Wire)** **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้สำหรับใส่สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ชนิดต่าง ๆ ผ่านรอยตีบในหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	2,300
74	4303	**4.3.3 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยบอลลูน (Coronary Balloon Dilatation Catheter หรือ PTCA Balloon)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	4,370
75	4304	**4.3.4 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวด (Coronary Stent) ชนิดทำจากโลหะ** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ ผลิตจากวัสดุที่ทำมาจากโลหะ (Stainless Steel) **ข้อบ่งชี้** เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับเกณฑ์การพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการรักษาโรค หลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สำนักงานประกาศกำหนด	ชุดละ	6,000
76	4305	**4.3.5 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ ด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำที่ปลายสายใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ **ข้อบ่งชี้** ให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด		
76(1~~)~~	4305A	**สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent) ชนิดโลหะอัลลอยด์ ***	ชุดละ	สนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ
76(2)	4305B	**สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent) ชนิดโลหะสแตนเลส ***	ชุดละ	สนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
76(3)	**4305C**	**สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent) ชนิดอัลลอยด์แบบ พอลิเมอร์ ชนิดย่อยสลายเองได้ ***	ชุดละ	สนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ
76(4)	**4305D**	**สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent) ชนิดไม่มีพอลิเมอร์ ***	ชุดละ	สนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ
77	**4306**	**4.3.6 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Coronary Stent Graft)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟต์ที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	75,000
78	**4307**	**4.3.7 สายสวนหัวกรอกากเพชรเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (Rotational Atherectomy Burr Catheter)** **ลักษณะ** สายสวนที่มีหัวกรอกากเพชรที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	28,000
79	**4308**	**4.3.8 อุปกรณ์ขับเคลื่อนสายสวนหัวกรอกากเพชรเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (Rotational Atherectomy Burr Advancer) (รหัส 4307)** **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์สำหรับกรอด้วยความถี่สูงและขับเคลื่อนสายสวนที่มีหัวกรอกากเพชรที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	29,000
80	**4309**	**4.3.9 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่และหลอดเลือดแดงที่ไต (Renal artery) ด้วยบอลลูน ชนิดติดมีอุปกรณ์ช่วยถ่างขยาย (Cutting Balloon or Scoring balloon Catheter)** **ลักษณะ** สายสวนที่มีบอลลูนชนิดติดใบมีด เส้นลวด หรือเส้นไนล่อนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ และหลอดเลือดแดงที่ไต (Renal artery) **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับทำการถ่างขยายรักษาการตีบตันของหลอดเลือดที่ไม่สามารถขยายได้ด้วยสายสวนบอลลูนปกติ ได้แก่ 1) หลอดเลือดแดงโคโรนารี่ 2) หลอดเลือดแดงที่ไต (Renal artery) ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายไต	ชุดละ	22,000
81	**4310**	**4.3.10 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ ด้วยการดูดลิ่มเลือดด้วยวิธีเชิงกล (Thrombectomy Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีอุปกรณ์สำหรับดูดลิ่มเลือดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	12,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
82	**4311**	**4.3.11 สายสวนเพื่อการขยายหรือตัดเซาะหลอดเลือดด้วยลำแสงเลเซอร์ (Laser Angioplasty Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่สามารถปล่อยลำแสงเลเซอร์จากปลายสายใช้เพื่อการขยาย หรือตัดเซาะหลอดเลือดโคโรนารี่ **ข้อบ่งชี้** เพื่อช่วยในการตัดขยายหลอดเลือดขณะทำการดึงสายเครื่องกระตุ้นหัวใจออกจากร่างกายผู้ป่วย ในกรณีที่ไม่สามารถดึงสายเครื่องกระตุ้นหัวใจออกได้ด้วยวิธีการดึงธรรมดา หรือด้วยอุปกรณ์ยึดเหนี่ยวสายเครื่องกระตุ้นหัวใจ (Lead Locking Stylet) **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด และอายุรแพทย์โรคหัวใจและกุมารแพทย์โรคหัวใจที่ได้รับการฝึกอบรมในห้องปฏิบัติการระบบไฟฟ้าหัวใจ (Electrophysiology Laboratory) ในสถาบันที่มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือได้รับการรับรองจากชมรมช่างไฟฟ้าหัวใจแห่งประเทศไทย และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูถัมภ์	ชุดละ	60,000
83	**4312**	**4.3.12 ชุดสายสวนและอุปกรณ์เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย (Distal Embolic Protection Device)** **ลักษณะ** เป็นชุดสายสวนและอุปกรณ์ใช้สำหรับป้องกันลิ่มเลือดที่บริเวณรอยตีบเคลื่อนไปอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย เพื่อความปลอดภัยในการขยายหลอดเลือด โคโรนารี่และหลอดเลือดแดงส่วนปลายในกรณีที่ลิ่มเลือดมีปริมาณมาก **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาระบบประสาท (Interventional Neuroradiology) 2) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon) 4) ประสาทศัลยแพทย์ ประกาศนียบัตรศัลยศาสตร์หลอดเลือดสมองและไขสันหลัง	ชุดละ	57,000
84	**4313**	**4.3.13 สายสวนเพื่อตรวจภายในหัวใจหรือหลอดเลือดด้วยการถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อน หรือคลื่นแสง** **ลักษณะ** เป็นสายสวนใช้สำหรับตรวจภายในหัวใจ หรือหลอดเลือดโคโรนารี่ หรือหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ด้วยการถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อนหรือคลื่นแสง **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้และหน่วยบริการ** 1) คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon) 2) หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน ระดับ 1	ชุดละ	32,000
85	**4314**	**4.3.14 สายลวดเพื่อวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนารี่ (Coronary Pressure Wire)** **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้สำหรับวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนารี่	ชุดละ	21,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
86	**4316**	**4.3.16 สายสวนหลอดเลือดอเนกประสงค์ (Multipurpose หรือ Transit Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดอเนกประสงค์ สำหรับใช้ในการขยายหลอดเลือด และการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ	ชุดละ	13,500
87	**4319**	**4.3.19 สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ที่ตันเรื้อรัง (Chronic Total Occlusion PTCA guide wire)** **ลักษณะ** เป็นสายลดใช้สำหรับสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ที่ตันชนิดเรื้อรังมีลักษณะจำเพาะที่มีความแข็ง ขนาดเล็ก ปลายแหลม และมีสารหล่อลื่นเคลือบอยู่มากกว่าสายลวดนำปกติ **ข้อบ่งชี้** 1) ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่หลอดเลือดโคโรนารี่ หรือหลอดเลือดส่วนปลายอุดตันสนิท ชนิดเรื้อรัง 2) ใช้รักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital heart disease) หรือโรคหัวใจผิดปกติทางโครงสร้างอื่น ๆ (Structural heart disease) ในกรณีที่รอยโรคมีความจำเป็นต้องใช้สายลวดที่มีความแข็ง ขนาดเล็ก ปลายแหลม และมีสารหล่อลื่นเคลือบอยู่มากกว่าสายลวดนำปกติ	เส้นละ	7,000
88	**4320**	**4.3.20 สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยหัวกรอกากเพชร (Rotablator guide wire)** **ลักษณะ** เป็นสายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยหัวกรอกากเพชร ที่ใช้ในการกรอหินปูนภายในหลอดเลือดหัวใจ **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการนำเพื่อกรอและขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีปริมาณหินปูนเกาะอยู่มากจนเกิดการตีบตัน	เส้นละ	9,000
89	**4321**	**4.3.21 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ที่อุดตันสนิทชนิดเรื้อรังด้วยบอลลูน (Coronary Balloon Dilatation catheter for CTO lesion หรือ PTCA Balloon for CTO lesion)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนขนาดเล็ก เส้นผ่าศูนย์กลางของบอลลูนไม่เกิน 1.25 มิลลิเมตร ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ที่อุดตันสนิทชนิดเรื้อรัง	ชุดละ	8,000
	4400	**4.4 อุปกรณ์หรือสายสวนหัวใจสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาโรคหัวใจ อื่นๆ**		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ 4.4.1 - 4.4.7 ใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางกายวิภาค หรือการทำงานของลิ้นหัวใจ ผนังหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ หรือหลอดเลือดโคโรนารี่ที่มีความจำเป็นต้องรับการตรวจโดยการสวนหัวใจ รายการ 4.4.1 และ 4.4.6 เพิ่มข้อบ่งชี้สำหรับใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ		
90	**4401**	**4.4.1 สายสวนหัวใจและหลอดเลือดเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับวัดความดัน หรือฉีดสีเพื่อถ่ายภาพเอกซเรย์ เช่น NIH, Pigtail Catheter	ชุดละ	3,500

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
91	**4402**	**4.4.2 สายสวนหลอดเลือดสำหรับการเจาะผนังระหว่างห้องหัวใจ (Transeptal Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับนำเข็ม สายสวน หรืออุปกรณ์อื่นๆ แทงผ่านผนังห้องหัวใจ	ชุดละ	4,000
92	**4403**	**4.4.3 เข็มสำหรับเจาะผนังระหว่างห้องหัวใจ (Needle)** **ลักษณะ** เป็นเข็มใช้สำหรับการเจาะผนังห้องหัวใจเพื่อนำอุปกรณ์หรือสายสวนต่าง ๆ แทงผ่านผนังกั้นห้องหัวใจ	ชุดละ	7,500
93	**4404**	**4.4.4 สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอด ชนิดวัดปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Swan-Ganz Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดที่มีบอลลูนที่ปลายสาย และมีช่องสำหรับวัดความดันมากกว่า 1 ช่อง	ชุดละ	3,500
94	**4405**	**4.4.5 สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอด ชนิดมีบอลลูน (Balloon-tip Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดชนิดที่มีบอลลูนที่ปลายสายใช้สำหรับวัดความดันเลือดในปอด	ชุดละ	2,500
95	**4406**	**4.4.6 สายลวดสำหรับนำสายสวนหลอดเลือด (Diagnostic Guide Wire)** **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้ใส่นำสายสวนหัวใจอื่นๆ เข้าในหลอดเลือดหรือใช้ในการสลับเปลี่ยนสายสวนหัวใจ (Exchange) มีหลายขนาดความยาว	ชุดละ	475
96	**4407**	**4.4.7 สายสวนหลอดเลือดสำหรับฉีดสีหลอดเลือดโคโรนารี่ (Diagnostic Coronary Angiography Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับการฉีดสีเพื่อถ่ายภาพเอกซเรย์หลอดเลือดโคโรนารี่ **คุณสมบัติแพทย์ผู้สั่งใช้** 1) อายุรแพทย์โรคหัวใจ 2) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจ	ชุดละ	600
97	**4408**	**4.4.8 สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยบอลลูนธรรมดา (Valvuloplasty Balloon)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ	ชุดละ	23,000
98	**4409**	**4.4.9 ชุดสายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจไมตรัล ด้วยบอลลูน** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนและชุดอุปกรณ์เสริม ใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจไมตรัล **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจไมตรัลตีบ	ชุดละ	75,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
99	**4410**	**4.4.10 สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยเครื่องขยายก้านโลหะ (Metallic Valvular Dilator)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนซึ่งเป็นเครื่องขยายก้านโลหะ และชุดอุปกรณ์เสริมใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ และให้เบิกได้เฉพาะอุปกรณ์ใหม่ที่ถูกใช้เป็นครั้งแรกเท่านั้น และให้มีหลักฐานการใช้สำหรับการตรวจสอบด้วย	ชุดละ	250,000
100	**4411**	**4.4.11 ขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว (Coil)** **ลักษณะ** เป็นขดลวด ใช้สำหรับปิดรูรั่ว (Coil Embolization) **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือผู้ป่วย PDA หรือผู้ป่วยมะเร็งตับ	ชุดละ	4,000
101	**4412**	**4.4.12 สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว ชนิดปลดได้ (Detachable Coil Delivery System)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนและอุปกรณ์สำหรับใช้ปล่อยขดลวด ชนิดปลดได้ **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือผู้ป่วย PDA	ชุดละ	6,000
102	**4413**	**4.4.13 สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว ชนิดปากคีบ (Biotome for Controlled Release of Coil)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนและอุปกรณ์สำหรับใช้ปล่อยขดลวดชนิดปากคีบ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือผู้ป่วย PDA	ชุดละ	20,000
103	**4415**	**4.4.15 วัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ (Septal Occluder)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุปิดกั้นที่มี 2 ด้าน รูปร่างเป็นร่ม เกลียว หรือแผ่นใช้สำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มี ASD, VSD	ชุดละ	50,000
104	**4416**	**4.4.16 สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ (Delivery System for Septal Occluder)** **ลักษณะ** ชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุใช้คู่กับรายการวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มี ASD, VSD	ชุดละ	19,000
105	**4417**	**4.4.17 วัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด (Duct Occluder)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุปิดกั้นที่มี 2 ด้าน รูปร่างเป็นร่ม เกลียว หรือแผ่นใช้สำหรับปิดช่องต่อที่ผิดปกติระหว่างหลอดเลือดที่อยู่ติดกัน **ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มี PDA**	ชุดละ	35,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
106	**4418**	**4.4.18 สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด (Delivery System for Duct Occluder)** **ลักษณะ** ชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุ ใช้คู่กับรายการวัสดุสำหรับ ปิดรูรั่วในหลอดเลือด (Duct Occluder) (รหัส 4417) **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มี PDA	ชุดละ	19,000
107	**4419**	**4.4.19 ตะแกรงกรองลิ่มเลือดหลอดเลือดดำใหญ่ (IVC Interruption Device)** **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์ใช้สำหรับดักลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำใหญ่ **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดในปอดและหรือหลอดเลือดดำส่วนปลาย	ชุดละ	38,000
108	**4420**	**4.4.20 สายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายรูผนังกั้นห้องหัวใจเอเตรียม (Balloon Atrial Septostomy Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายผนังกั้นห้องหัวใจเอเตรียม **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยเพื่อเปิดทางเดินระหว่างผนังกั้นห้องหัวใจห้องบน ในกรณีที่เลือดไม่สามารถไหลเวียนในทิศทางปกติได้	ชุดละ	6,000
109	**4421**	**4.4.21 สายสวนสำหรับคล้องเกี่ยว (Snare Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนใช้สำหรับคล้องเกี่ยววัสดุอุปกรณ์อื่นในการสวนหัวใจในกรณีมีการหลุด เคลื่อนที่ หรือหักชำรุด เพื่อนำวัสดุอุปกรณ์นั้น ๆ ออกจากร่างกาย **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจและมีชิ้นส่วนของอุปกรณ์ค้างอยู่ในหลอดเลือด	ชุดละ	19,000
110	**4422**	**4.4.22 สายสวนสำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจ (Endomyocardial Biopsy)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนใช้สำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจเพื่อการวินิจฉัยโรค **ข้อบ่งชี้** สำหรับวินิจฉัยและติดตามพยาธิสภาพ 1) โรคของกล้ามเนื้อหัวใจ 2) โรคเยื่อหุ้มภายในห้องหัวใจ	ชุดละ	19,000
111	**4423**	**4.4.23 สายสวนและอุปกรณ์สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardiocentesis)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนและอุปกรณ์ใช้สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจเพื่อการวินิจฉัยและการรักษา **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีของเหลวที่ผิดปกติในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ	ชุดละ	4,500
112	**4424**	**4.4.24 สายสวนหลอดเลือดแดงเอออร์ต้าใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ (Intra Aortic Balloon Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้า ประกอบด้วยบอลลูนซึ่งต่อเชื่อมกับเครื่องปั๊มก๊าซใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลวที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล	ชุดละ	25,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
113	**4425**	**4.4.25 ชุดเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal Membrane Oxygenator : ECMO)** **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์พยุงการทำงานของปอดและหัวใจชนิดใช้ภายนอก ประกอบด้วย 1) ปอดเทียมชนิดใช้ระยะยาว (long-term) 2) ท่อนำหลอดเลือด (cannula) จำนวน 2 เส้น ได้แก่ inflow cannula และ outflow cannula 3) ชุดแทงหลอดเลือด (Insertion kit) 4) สายยางหลอดเลือดระบบไหลเวียนเลือด (Circuit) 5) หัวปั๊มชนิดหมุนเหวี่ยง (Centrifugal pump) 6) อุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็น **ข้อบ่งชี้** สำหรับการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจและ/หรือปอดล้มเหลวทั้งในกรณีปกติและเฉียบพลัน หรือโรคอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบหายใจ โดยให้เป็นไปตามแนวทางการใช้อุปกรณ์ชุดเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal Membrane Oxygenator : ECMO) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ชุดละ	60,000
114	**4428**	**4.4.28 ท่อนำหลอดเลือด (inflow cannula/ outflow cannula)** สำหรับกรณีจำเป็นต้องใช้ท่อนำหลอดเลือด (cannula) มากกว่า 2 เส้น ทั้งนี้ท่อนำหลอดเลือดสำหรับใช้ในเด็กมีอัตราจ่ายเท่ากับท่อนำหลอดเลือดสำหรับใช้ในผู้ใหญ่	เส้นละ	5,000
	4500	**4.5 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร (Permanent Pacemaker Generator) เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ และสาย**		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ 4.5.1 - 4.5.4 สำหรับผู้ป่วยที่หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดช้า (Bradyarrhythmia) ที่มีอาการเป็นลมหมดสติ หรืออัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 40 ครั้ง/นาทีโดยเฉลี่ย หรือมีอาการอื่นที่บ่งถึงการทำงานของหัวใจไม่เพียงพอ หรือร่วมกับการพยากรณ์โรคที่เลวในระยะยาวในผู้ป่วยแต่ละราย		
115	**4501**	**4.5.1 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียว (Single Chamber Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างห้องเดียว	ชุดละ	35,000
116	**4502**	**4.5.2 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียวปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ (Rate Responsive Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นห้องเดียวสามารถปรับอัตราการเต้นขึ้นลงได้ตามความต้องการของร่างกายโดยอัตโนมัติ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่ การใส่ Fixed Rate Pacemaker ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของร่างกายได้ เช่น อายุน้อยมีกิจกรรมการทำงานมาก	ชุดละ	50,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
117	**4503**	**4.5.3 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องต่อเนื่องกัน (Dual Chamber Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องบนและห้องล่างต่อเนื่องกันเหมือนในธรรมชาติ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการ AV Synchrony เช่น หัวใจห้องล่างบีบตัวอ่อน หรือ Hypertrophic Cardiomyopathy	ชุดละ	68,000
118	**4504**	**4.5.4 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องต่อเนื่องกันปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ (Dual Chamber Rate Responsive Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องบนและห้องล่างต่อเนื่องกันและสามารถปรับอัตราการเต้นได้โดยอัตโนมัติ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ตามข้อ 4.5.2 ร่วมกับ 4.5.3	ชุดละ	78,000
119	**4505**	**4.5.5 เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Resynchronization Pacemaker)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช่วยเพิ่มกำลังการบีบตัวของหัวใจโดยกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน **ข้อบ่งชี้** ใช้ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการรุนแรง (NYHA class III/IV ดื้อต่อการรักษาด้วยยาอยู่ในกลุ่มโรค Dilated Cardiomyopathy หรือ Ischemic Cardiomyopathy)	ชุดละ	175,000
120	**4506**	**4.5.6 เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable Cardioverter-Defibrillator Lead)** **ลักษณะ** เป็นเครื่องช็อคไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติฝังไว้ในร่างกายผู้ป่วย **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) มีการเต้นของหัวใจเร็วผิดปกติชนิดร้ายแรง (Ventricular Tachycardia or Fibrillation) ซึ่งไม่พบสาเหตุ หรือไม่สามารถรักษาโรคพื้นฐานให้หายได้ 2) เป็นผู้ที่รอดจากการเสียชีวิตกระทันหัน ที่น่าจะมีสาเหตุมาจากการเต้นผิดจังหวะของหัวใจชนิดร้ายแรง 3) มีโรคหัวใจอยู่แล้ว และมีอัตราเสี่ยงสูงที่จะเกิดการเต้นผิดจังหวะชนิดร้ายแรง เช่น เคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน และมีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายอ่อน (LVEF< 35%) หรือเป็น Long QT Syndrome **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** แพทย์ด้านช่างไฟฟ้าในหัวใจ (electrophysiologist)	ชุดละ	175,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
121	**4507**	**4.5.7 สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร** **ลักษณะ** เป็นสายนำไฟฟ้า จากเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร เข้าสู่หัวใจ **ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับรายการ 4.5.1**	ชุดละ	14,000
122	**4508**	**4.5.8 สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราว** **ลักษณะ** เป็นสายนำไฟฟ้า จากเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจ เข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจ ชนิดใส่ไว้ชั่วคราว **ข้อบ่งชี้** เหมือนรายการ 4.5.1 แต่ใช้ในผู้ป่วยซึ่งมีทางเดินไฟฟ้าติดขัดชั่วคราว หรือใช้ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อรอการตัดสินใจที่จะใส่ชนิดถาวรต่อไป	ชุดละ	3,500
123	**4509**	**4.5.9 สายกระตุ้นหัวใจห้องล่างซ้ายพร้อมอุปกรณ์การใส่ (Coronary Sinus Pacing Lead)** **ลักษณะ** ใช้กับเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Resynchronization Pacemaker) **ข้อบ่งชี้** เหมือนรายการ 4.5.5	ชุดละ	65,000
124	**4510**	**4.5.10 สายเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable Cardioverter - Defibrillator Lead)** **ลักษณะ** เป็นสายต่อจากเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติเข้าไปภายในห้องหัวใจ **ข้อบ่งชี้** เหมือนรายการ 4.5.6	ชุดละ	85,000
125	**4511**	**4.5.11 แผ่นปิดหน้าอกเพื่อรับหรือปล่อยไฟฟ้าในการกระตุ้นหัวใจ (Disposable Defibrillation Electrode, Disposable Pacing Electrode)** **ลักษณะ** เป็นแผ่นเจลขนาดใหญ่ใช้ปิดที่หน้าอกผู้ป่วย 2 แผ่น เพื่อรับไฟฟ้าจากผู้ป่วย หรือปล่อยไฟฟ้ากระตุ้นหรือกระตุกหัวใจ จากภายนอกร่างกาย **ข้อบ่งชี้** 1) ใช้กระตุกหัวใจชั่วคราวโดยต่อกับเครื่องกระตุกหัวใจภายนอกร่างกายในกรณีฉุกเฉิน หรือ 2) ใช้ monitor ในการตรวจระบบไฟฟ้าภายในหัวใจ (Cardiac Electrophysiologic Study) 3) ถ้าใช้ monitor ระหว่างทำ PCI ต้องเป็นผู้ป่วยที่มี Cardiovascular Instability เท่านั้น	ชุดละ	2,850
	4600	**4.6 สายสวนหัวใจชนิดขั้วโลหะรับสัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ**		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ 4.6.2 - 4.6.4 สำหรับผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็ว (Tachyarrhythmia) หรือเต้นสะดุด (Ectopic Beats) ที่มีอาการหรืออาจเป็นอันตรายต่อชีวิต		
126	**4601**	**4.6.1 สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ (Multipolar electrode catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย 2-10 ขั้ว ใช้ในการตรวจระบบไฟฟ้าภายในหัวใจ (Cardiac Electrophysiologic study)	ชุดละ	15,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		ข้อบ่งชี้ 1) Syncope or near syncope of unknown etiology 2) Arrhythmia induction		
127	**4602**	**4.6.2 สายสวนหัวใจเพื่อการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดธรรมดา (Deflectable ablation catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย 2-10 ขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วให้หายขาด ด้วยคลื่นวิทยุ (Radiofrequency Ablation)	ชุดละ	24,000
128	**4603**	**4.6.3 ชุดสายสวนหัวใจเพื่อการตรวจรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะโดยการสร้างภาพสามมิติ** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่ใช้ร่วมกับคอมพิวเตอร์ในการสร้างภาพหัวใจแบบสามมิติในสนามแม่เหล็ก เมื่อไม่สามารถใช้สายจี้หัวใจปกติในการตรวจรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วที่ไม่สามารถใช้สายจี้หัวใจปกติในการตรวจรักษาได้ เพราะวงจรการเต้นผิดจังหวะมีความซับซ้อน	ชุดละ	95,000
129	**4604**	**4.6.4 สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจ ชนิดหลายขั้ว (Multi-Electrode Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย 2-10 ขั้ว ใช้ในการรักษา หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation	ชุดละ	55,000
130	**4605**	**4.6.5 สายต่อสายสวนหัวใจเพื่อรับคลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจ (Connecting Cable for Multi-Electrode Catheter)** **ลักษณะ** ใช้ต่อสายสวนหัวใจชนิดขั้วโลหะเพื่อนำสัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจเข้ากับเครื่องแสดงผลบนจอภาพ **ข้อบ่งชี้** 1) Syncope or near syncope of unknown etiology 2) Arrhythmia induction	ชุดละ	4,500
	4700	**4.7 อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับนำเข้าและซ่อมปิดหลอดเลือด ลวดนำสายสวนและสายสวนนำทาง**		
131	**4701**	**4.7.1 ท่อนำสายสวนเข้าหลอดเลือด (Introducer Sheath)** **ลักษณะ** เป็นท่อนำใส่เข้าทางหลอดเลือด (ใช้ได้ทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง) เพื่อเป็นช่องทางสำหรับใส่และเปลี่ยนสายสวนเพื่อการวินิจฉัย หรือรักษาผู้ป่วย **ข้อบ่งชี้** ใช้เพื่อเป็นทางนำเพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคผ่านทางหลอดเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและผู้ป่วยมะเร็งตับที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** 1) รังสีแพทย์ (Radiologist) 2) อายุรแพทย์โรคหัวใจ	ชุดละ	600

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		3) ศัลยแพทย์อนุสาขาวิชาศัลยแพทย์หลอดเลือดที่ได้รับวุฒิบัตรซึ่งรับรองจากแพทยสภาและสมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทย 4) กุมารแพทย์โรคหัวใจ 5) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgery) 6) ศัลยแพทย์หลอดเลือด หัวใจ และทรวงอก (Cardiovascular and thoracic Surgeon) 7) ประสาทศัลยแพทย์ ประกาศนียบัตรศัลยศาสตร์หลอดเลือดสมองและไขสันหลัง		
132	**4702**	**4.7.2 ชุดอุปกรณ์ที่สามารถเย็บปิดรอยเจาะผนังหลอดเลือด (Vascular Closure Device)** **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์ที่สามารถเย็บปิดรอยเจาะผนังหลอดเลือดแดงหรือฉีดสารสมานหลอดเลือดที่ผนังด้านนอกของหลอดเลือดแดง **ข้อบ่งชี้** ใช้เย็บปิดหลอดเลือดแดงหลังการทำหัตถการทุกชนิด (ที่ทำผ่านหลอดเลือดแดง) ในกรณีที่ 1) ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะนอนนิ่ง ๆ นานเกิน 6 ชั่วโมงได้ หลังการห้ามเลือดแบบธรรมดา ได้แก่ โรคทางระบบประสาท หรือกล้ามเนื้อกระตุก และโรคกระดูกสันหลัง 2) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้ยากันเลือดแข็งตัว (Anticoagulant) ต่อเนื่องโดยไม่สามารถหยุดชั่วคราวเพื่อการห้ามเลือดได้ **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** 1) รังสีแพทย์ (Radiologist) 2) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดและกุมารแพทย์โรคหัวใจที่มีประสบการณ์การทำงานด้านหัวใจมาอย่างน้อย 1 ปี และได้รับการรับรองจากคณะอนุกรรมการด้านการรักษาผ่านสายสวนของชมรมกุมารแพทย์ 3) ศัลยแพทย์อนุสาขาวิชาศัลยศาสตร์หลอดเลือด 4) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgery) 5) ศัลยแพทย์หลอดเลือด หัวใจ และทรวงอก (Cardiovascular and thoracic Surgeon) 6) ประสาทศัลยแพทย์ ประกาศนียบัตรศัลยศาสตร์หลอดเลือดสมองและไขสันหลัง	ชุดละ	5,500
133	**4704**	**4.7.4 สายสวนหลอดเลือดนำทางสำหรับการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral Guiding Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายชนิดต่างๆ เข้าในหลอดเลือด **ข้อบ่งชี้** ใช้กับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบหรือตัน	ชุดละ	5,000
134	**4705**	**4.7.5 สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral Angioplasty Guide Wire)** **ลักษณะ** เป็นสายลวดใช้สำหรับนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายชนิดต่าง ๆ ผ่านรอยตีบในหลอดเลือด	ชุดละ	3,500

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบ หรือตัน		
135	**4712**	**4.7.12 สายลวดนำสายสวนชนิดมีความยาวพิเศษ (Exchange wire) (ความยาวไม่ต่ำกว่า 260 ซม.)** **ลักษณะ** เป็นสายลวดนำสายสวนที่มีความยาวพิเศษต่างจากสายลวดนำสายสวนทั่วไป (Guidewire) โดยมีความยาวไม่ต่ำกว่า 260 เซนติเมตร **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับเป็นสายลวดนำทางเข้า ที่บริเวณส่วนปลายของข้อมือ (Radial Artery) เพื่อไว้เป็นเส้นทางสำหรับนำสายสวนอื่นๆ เข้า-ออกจากร่างกายในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ตีบ และมีความจำเป็นต้องขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ (Percutaneous Coronary Intervention)	ชิ้นละ	770
136	**4716**	**4.7.16 ท่อนำสายสวนสำหรับหลอดเลือดขนาดเล็ก** **ลักษณะ** เป็นท่อนำใส่เข้าทางหลอดเลือด เพื่อเป็นช่องทางสำหรับใส่และเปลี่ยนสายสวนเพื่อการวินิจฉัย หรือรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับใส่เข้าทางหลอดเลือดที่บริเวณข้อมือ (Radial Artery) เพื่อไว้เป็นช่องทางสำหรับนำสายสวนอื่นๆ เข้า-ออก จากร่างกายในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ตีบ และมีความจำเป็นต้องขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ (Percutaneous Coronary Intervention)	ชิ้นละ	1,230
137	**4721**	**4.7.21 สายรัดข้อมือเพื่อห้ามเลือดหลังถอดท่อนำสายสวนบริเวณข้อมือ** **ลักษณะ** เป็นสายรัดข้อมือที่มีลูกโป่งติดอยู่เพื่อกดให้เลือดหยุดโดยการใส่ลมเพิ่มเข้าไปในลูกโป่ง **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับกดหยุดเลือดที่บริเวณส่วนปลายของข้อมือ (Radial Artery) หลังจากการทำหัตถการสิ้นสุด ในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ตีบและมีความจำเป็นต้องขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ (Percutaneous Coronary Intervention)	ชิ้นละ	500
	4800	**4.8 อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ ตีบหรือตัน**		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ 4.8.1- 4.8.4 สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดที่อยู่นอกหัวใจ ตีบหรืออุดตัน เฉพาะรายการ 4.8.1 และ 4.8.2 เพิ่มข้อบ่งชี้ให้ใช้สำหรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ		

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
138	**4801**	**4.8.1 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจด้วยบอลลูน (Peripheral Balloon Dilatation Catheter หรือ PTA Balloon)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ **ข้อบ่งชี้** ใช้รักษาโรคหลอดเลือดแดงตีบ **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body Intervention Radiology) 2) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมระบบประสาท (Intervention Neuroradiology) 3) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด 4) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon) 5) ศัลยแพทย์หลอดเลือด หัวใจ และทรวงอก (Cardiovascular and thoracic Surgeon) 6) ประสาทศัลยแพทย์ ประกาศนียบัตรศัลยศาสตร์หลอดเลือดสมองและไขสันหลัง	ชุดละ	10,000
139	**4802**	**4.8.2 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ ด้วยขดลวด (Peripheral Stent)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ **ข้อบ่งชี้** ใช้รักษาโรคหลอดเลือดแดงตีบที่จำเป็นต้องใส่ขดลวดค้ำยัน **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body Intervention Radiology) 2) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมระบบประสาท (Intervention Neuroradiology) 3) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด 4) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon) 5) ศัลยแพทย์หลอดเลือด หัวใจ และทรวงอก (Cardiovascular and thoracic Surgeon) 6) ประสาทศัลยแพทย์ ประกาศนียบัตรศัลยศาสตร์หลอดเลือดสมองและไขสันหลัง	ชุดละ	40,000
140	**4803**	**4.8.3 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ ด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Peripheral Stent Graft)** **ลักษณะ** เป็นโครงลวดถ่างขยายที่มีขนาดและความยาวต่าง ๆ กัน และมีกราฟต์หุ้มขดลวดโดยรอบ โดยใช้สายสวนหลอดเลือดเป็นตัวนำ **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีรูรั่วของหลอดเลือดแดง หรือโรคหลอดเลือดโป่งพอง	ชุดละ	90,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body intervention radiology) 2) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมระบบประสาท (Intervention Neuroradiology) 3) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด 4) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon) 5) ศัลยแพทย์หลอดเลือด หัวใจ และทรวงอก (Cardiovascular and thoracic Surgeon) 6) ประสาทศัลยแพทย์ ประกาศนียบัตรศัลยศาสตร์หลอดเลือดสมองและไขสันหลัง		
141	**4804**	**4.8.4 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้า ด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Aortic Stent Graft)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟที่ปลายสายใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้า **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับขยายหลอดเลือดแดงใหญ่ในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน หรือใช้ค้ำยันหลอดเลือดแดงใหญ่เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโป่งพอง **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** 1) รังสีแพทย์ อนุสาขารังสีร่วมรักษา 2) อายุรแพทย์โรคหัวใจ อนุสาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon) 4) ศัลยแพทย์ทรวงอก	ชุดละ	200,000
142	**4810**	**4.8.10 ชุดอุปกรณ์สลายลิ่มเลือดหลอดเลือดในสมอง (Thrombectomy Device)** **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์สลายลิ่มเลือดหลอดเลือดในสมอง ประกอบด้วย 1) ท่อค้ำยัน (Intracranial Stent) หรือเป็นสายสวนหลอดเลือด (Catheter) ที่ใส่ผ่านสายสวนหลอดเลือดเพื่อการรักษา (Interventional Vascular Guiding Catheter) เพื่อให้เข้าถึงตำแหน่งที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงสมอง เพื่อเข้าไปทำการคล้องเกี่ยวลิ่มเลือดออกมา หรือดูดลิ่มเลือดด้วยเครื่อง Suction ที่มีความจำเพาะ 2) สายสวนหลอดเลือดขนาดเล็กและยาวพิเศษเพื่อการรักษา (Interventional Vascular Microcatheter) เป็นสายสวนหลอดเลือดขนาดเล็กกว่า หรือเท่ากับ 3 Fr และยาวตั้งแต่ 90 เซนติเมตร โดยจำเป็นต้องใช้ร่วมกับสายลวดนำขนาดเล็กพิเศษ (Micro guidewire) เพื่อการนำวัสดุอุดวัสดุถ่างขยาย หรือยา ส่งผ่านให้ถึงตำแหน่งของรอยโรค **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันโดยมีหลักการ ในการเลือกผู้ป่วยดังนี้	**ชุดละ**	**60,000**

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		1) เกิดอาการของการขาดเลือดอย่างเฉียบพลันในเวลาไม่เกิน 8 ชั่วโมง 2) ไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง 3) ผู้ป่วยที่พ้นระยะที่จะให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ หรือมีข้อห้ามของการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เช่น หลังการผ่าตัดใหม่ ๆ ผู้ป่วยที่ได้รับยากันเลือดแข็งตัว หรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่ได้ผลจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ แต่ยังอยู่ในพิสัยของการรักษา **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** 1) รังสีแพทย์ อนุสาขารังสีร่วมรักษา 2) ประสาทศัลยแพทย์ อนุสาขารังสีร่วมรักษาระบบประสาท 3) อายุรแพทย์ประสาทวิทยา อนุสาขารังสีร่วมรักษาระบบประสาท 4) ประสาทศัลยแพทย์ ประกาศนียบัตรศัลยศาสตร์หลอดเลือดสมองและไขสันหลัง		
143	**4817**	**4.8.17 ขดลวดพร้อมอุปกรณ์สำหรับปล่อย ชนิดปลดได้ (Detachable coil delivery system)** **ลักษณะ** ประกอบด้วย 1) เป็นขดลวดที่ทำจาก Platinum มีความนุ่มพิเศษสามารถปรับรูปร่างได้สอดคล้องกับลักษณะ ของรอยโรคเพื่ออุดภายในหลอดเลือดหรือรอยโรคของหลอดเลือดโดยสอดใส่ผ่านสายสวนขนาดเล็ก (Microcatheter) 2) อุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดที่สามารถปลดได้ด้วยกระแสไฟฟ้า (Electric Detachable Coils) หรือด้วยแรงดัน (Pressure syringe) หรือกลไก (Mechanism) ขดลวดจะมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางและความยาวที่ต่างกันเพื่อการเลือกใช้ที่เหมาะสมกับขนาดของรอยโรคและหลอดเลือด และถ้าหากไม่สามารถวางในตำแหน่งที่เหมาะสมได้แล้วสามารถดึงกลับออกมาได้ **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาโรคต่อไปนี้ 1) เพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysms) โดยการนำ Detachable Coils ผ่านทางสายสวนหลอดเลือดเพื่อปิดกั้นเฉพาะส่วนของหลอดเลือดที่โป่งพอง 2) ใช้เพื่ออุดรูรั่วของหลอดเลือดที่ฉีกขาดซึ่งอาจเกิดจากอุบัติเหตุ หรือโรคของผนังหลอดเลือดเอง หรือ Arteriovenous Fistula โดยการนำ Detachable Coils ผ่านทาง Vascular Guiding Catheter ไปยังตำแหน่งนั้น ๆ 3) ผู้ป่วย PDA **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** 1) รังสีแพทย์ อนุสาขารังสีร่วมรักษา 2) อายุรแพทย์โรคหัวใจ อนุสาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) อายุรแพทย์ประสาทวิทยา อนุสาขารังสีร่วมรักษาระบบประสาท 4) ศัลยแพทย์ อนุสาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือด 5) ศัลยแพทย์ทรวงอก	ตัวละ	13,500

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		6) ประสาทศัลยแพทย์ อนุสาขารังสีร่วมรักษาระบบประสาท 7) กุมารแพทย์โรคหัวใจ ที่ได้รับการฝึกอบรมหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดในเด็กจากสถาบันฝึกอบรมที่แพทยสภารับรอง 8) ประสาทศัลยแพทย์ ประกาศนียบัตรศัลยศาสตร์หลอดเลือดสมองและไขสันหลัง		
144	**4834**	**4.8.34 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงด้วยขดลวด สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด** **ลักษณะ** เป็นสายสวนหลอดเลือดที่มีบอลลูนนำขดลวด เพื่อค้ำยันผนังหลอดเลือด โดยร้อยปลายสายสวนไปบนลวดนำและออกจากสายสวนที่ด้านข้างเพื่อใช้งานสะดวกในการนำเข้าและนำออกจากร่างกายได้รวดเร็ว (Monorail-Rapid Exchange) สายสวนสามารถใช้งานร่วมกับลวดนำสายสวน (Guidewire) ขนาดไม่เกิน 0.014 นิ้ว ได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้ถ่างขยายเส้นเลือดแดงที่ตีบตันในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดในเด็ก	ชุดละ	35,000
145	**4835**	**4.8.35 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้าในช่องท้องด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ชนิดมีรูเจาะข้างหรือแขนงข้าง (Fenestrated/Branched aortic stent graft)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้าชนิดมีขดลวดหุ้มกราฟต์แบบมีรูเจาะข้างหรือแขนงข้าง **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาในกรณีที่หลอดเลือดแดงปริแตกในช่องท้องที่มีผลให้การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะภายในต่างๆ ไม่เพียงพอ ซึ่งไม่สามารถผ่าตัดแก้ไขได้ด้วยการผ่าตัดตามปกติ หรือการผ่าตัดด้วยวิธีปกติมีความเสี่ยงสูงกว่า **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ศัลยแพทย์ทรวงอก	ชุดละ	200,000
146	**4836**	**4.8.36 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน ชนิดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-coated balloon catheter)** **ลักษณะ:** สายสวนที่มีบอลลูนและเคลือบด้วยยาที่มีคุณสมบัติป้องกันการเติบโตของเซลล์หลอดเลือด ใช้สำหรับการถ่างขยายรักษาการตีบตันของหลอดเลือดแดง กรณีที่ไม่เหมาะสมจะใส่ขดลวดเคลือบยาได้ (Drug eluting stent) **ข้อบ่งชี้** **ข้อบ่งชี้หลัก** สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีการตีบซ้ำของหลอดเลือดในตำแหน่งที่ได้รับการใส่ขดลวดมาก่อน (In-stent Restenosis)	ชุดละ	26,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		ข้อบ่งชี้รอง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีหลอดเลือดหัวใจขนาดเล็ก (เส้นผ่านศูนย์กลาง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.5 มิลลิเมตร) หรือหลอดเลือดหัวใจที่ไม่สามารถใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจ (Stent) ได้		
147	**4905**	**4.9.5 สายสวนสองช่องแบบกึ่งถาวรสำหรับฟอกเลือดล้างไต (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter)** **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์สายสวนหลอดเลือดสำหรับต่อกับเครื่องฟอกเลือด เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยไตวาย มีขนาดตั้งแต่ 7 - 16 Fr มีการออกแบบพิเศษให้มีคุณสมบัติต้านทานการติดเชื้อและการอุดตัน สามารถใส่ไว้ในร่างกายได้เป็นระยะเวลานานไม่น้อยกว่า 3 เดือน **ข้อบ่งชี้** เพื่อฟอกเลือดล้างไตในผู้ป่วยซึ่งมีภาวะไตวายเรื้อรัง ซึ่งต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง <u>หมายเหตุ</u> เหมาจ่ายค่าอุปกรณ์รวมในค่าบริการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) กรณี Tunnel cuffed catheter สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง	ชุดละ	เหมาจ่ายอุปกรณ์รวมในค่าบริการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access)
		หมวด 5 ทางเดินอาหาร		
	5100	**5.1 ท่อ/สาย/ถุงให้อาหาร**		
148	**5101**	**5.1.1 สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่กระเพาะอาหาร (Nasogastric Tube) ระยะยาว** **ลักษณะ** เป็นท่อซิลิโคนที่มีความอ่อนนุ่ม มีการระคายเคืองต่อจมูกน้อย **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่กินอาหารทางปากไม่ได้ มีความจำเป็นต้องคาสายไว้ นานเกิน 1 เดือน	เส้นละ	300
149	**5103**	**5.1.3 ชุดสายสวนกระเพาะอาหารแบบใส่ผ่านกล้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy : PEG Set)** **ลักษณะ** ประกอบด้วยสายสวนกระเพาะอาหาร และอุปกรณ์สำหรับช่วยในการใส่สายสวนนี้ จากผนังท้องเข้าสู่กระเพาะอาหารโดยตรง ร่วมกับการส่องกล้อง โดยไม่ต้องผ่าตัด **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารเข้าทางกระเพาะอาหารโดยตรง จำเป็นต้องคาสายไว้นาน 4 เดือนขึ้นไป	อันละ	4,400

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
150	**5104**	**5.1.4 สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่ลำไส้เล็ก (Naso jejunostomy, NJ tube)** **ลักษณะ** เป็นท่อซิลิโคน มีความยาวพอสำหรับใส่ผ่านรูจมูกสู่ลำไส้เล็ก มีการระคายเคืองต่อจมูกน้อย **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่กระเพาะอาหารไม่ทำงาน ต้องให้อาหารผ่านทางสายเป็นเวลานานเกิน 1 เดือน	เส้นละ	2,700
	5200	**5.2 วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้/ใส่ภายในทางเดินอาหารเพื่อห้ามเลือด**		
151	**5201**	**5.2.1 ชุดยางรัดเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร (Esophageal Variceal Band Ligator)** **ลักษณะ** ประกอบด้วยยางรัดไม่น้อยกว่า 4 เส้น และอุปกรณ์สำหรับช่วยในการนำไปรัดเส้นเลือดขอดร่วมกับการใช้กล้องส่อง **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร หรือกระเพาะอาหารที่อยู่ในภาวะเลือดออก เฉียบพลัน และที่ต้องได้รับการทำลายหลอดเลือดขอดเพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำ	ชุดละ	4,500
	5300	**5.3 วัสดุ/อุปกรณ์ใช้ถ่างขยายระบายท่อน้ำดี**		
152	**5301**	**5.3.1 อุปกรณ์ขยายท่อน้ำดี (Biliary Dilator)** **ข้อบ่งชี้** ใช้ขยายท่อน้ำดีที่อุดตันก่อนการใส่ท่อระบาย	เส้นละ	2,500
153	**5302**	**5.3.2 ท่อระบายน้ำดี ชนิดพลาสติก (Biliary and Pancreatic Duct Stent : Plastic type)** **ลักษณะ** เป็นท่อใช้ใส่ในท่อน้ำดีเพื่อกันไม่ให้ตีบตัน ใส่ผ่านกล้องส่องทางเดินอาหาร **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีท่อน้ำดีและตับอ่อนอุดตัน	อันละ	1,300
154	**5303**	**5.3.3 ท่อระบายน้ำดี ชนิดโลหะ (Biliary Stent : Self Expandable Metal Stent)** **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์โลหะใช้ใส่ในท่อน้ำดีเพื่อค้ำยันไม่ให้ตีบตัน ใส่โดยผ่านกล้องส่อง เมื่อใส่เข้าไปแล้วจะขยายขึ้นเป็นรูปร่างแบบท่อ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยท่อน้ำดีอุดตันจากเนื้องอกที่ไม่สามารถผ่าตัดรักษาได้	อันละ	20,000
155	**5304**	**5.3.4 ท่อระบายน้ำดีชนิดมีปลายเปิดทางจมูก (Naso Biliary Tube)** **ข้อบ่งชี้** ใช้รักษาผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบรั่ว	อันละ	2,200
	5500	**5.5 เครื่องมือช่วยการผ่าตัด(อวัยวะแบบอัตโนมัติ)**		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ 5.5.1-5.5.3 ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด ตัดต่ออวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ ที่ไม่สามารถผ่าตัดต่อด้วยวิธีปกติ โดยเลือกใช้ตามลักษณะของการผ่าตัดต่ออวัยวะ		
156	**5501**	**5.5.1 เครื่องมือตัดต่ออวัยวะอัตโนมัติแบบวงกลม** **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับตัดต่อหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้	อันละ	10,000
157	**5502**	**5.5.2 เครื่องมือเย็บอวัยวะแบบอัตโนมัติ** **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับการตัดเย็บอวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้	อันละ	4,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
158	**5503**	**5.5.3 เครื่องมือเย็บอวัยวะอัตโนมัติแบบปรับหัวได้** **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับการตัดเย็บอวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้	อันละ	7,000
	5600	**5.6 วัสดุ/อุปกรณ์อื่น ๆ**		
159	**5608**	**5.6.8 แผ่นใยสังเคราะห์แทนผนังท้อง (Mesh Graft) ชนิดธรรมดา** **ลักษณะ** เป็นแผ่นสารสังเคราะห์ ขนาดไม่น้อยกว่า 15 X 10 เซนติเมตร ทำขึ้นจาก polypelene, polyester, **polytetrafluoroethylene** (PTFE) ใช้เย็บปิด และเสริมความแข็งแรงของช่องไส้เลื่อนส่วนเนื้อเยื่อที่ขาดหายไปที่ผนังหน้าท้อง แผ่นนี้จะติดอยู่ในร่างกายตลอดชีวิต โดยจะกลมกลืนกับเนื้อเยื่อในร่างกาย **ข้อบ่งชี้** สำหรับกรณี 1) สำหรับไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia) ที่มีแผลอยู่นอกเยื่อบุช่องท้อง 2) การรักษาโรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบในครั้งแรก และกรณีไส้เลื่อนกลับเป็นซ้ำ **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ศัลยแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์ทำผ่าตัดที่ให้การรักษาโรคไส้เลื่อนขาหนีบ	อันละ	2,800
160	**5611**	**5.6.11 แผ่นใยสังเคราะห์แทนผนังท้อง (Mesh Graft) ชนิดเมมเบรน** **ลักษณะ** เป็นแผ่นใยสังเคราะห์ ขนาดไม่น้อยกว่า 15 X 10 เซนติเมตร ด้านในมีสารสังเคราะห์พิเศษป้องกันไม่ให้ลำไส้มาติดกับผนังหน้าท้อง แผ่นนี้จะติดอยู่ในร่างกายตลอดชีวิต โดยจะกลมกลืนกับเนื้อเยื่อในร่างกาย **ข้อบ่งชี้** สำหรับการผ่าตัดซ่อมไส้เลื่อนจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง (Incisional hernia) ที่มีการฉีกขาดของเยื่อบุช่องท้อง หรือมีโอกาสเกิดการสัมผัสของอวัยวะในช่องท้อง โดยเฉพาะลำไส้กับผนังหน้าท้อง **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ศัลยแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์ทำผ่าตัดที่ให้การรักษาโรคไส้เลื่อน	อันละ	15,000
	5700	**5.7 วัสดุ/อุปกรณ์ใช้เก็บของเสียในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม **** **ข้อบ่งชี้หลัก** รายการ 0.6.4 และ 5.7.1-5.7.4 สำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ที่มีการผ่าตัดเปิดทวารเทียม		
161	**5701**	**5.7.1 ถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด 1 ชิ้น (One piece appliance)** **ลักษณะ** ถุงรองรับอุจจาระชนิดชิ้นเดียวมีแผ่นปิดผิวหนังที่มีสารป้องกันผิวหนัง อายุการใช้งาน 3-5 วัน/ชิ้น ใช้แล้วทิ้ง **ข้อบ่งชี้** ผู้ป่วยที่มีผ่าตัดช่องเปิดลำไส้ที่หน้าท้องเพื่อระบายอุจจาระ เก็บกักแก๊ส ใช้กับผิวหนังรอบลำไส้ที่มีลักษณะเรียบ ช่วยให้ผิวหนังรอบลำไส้แห้งสะอาด ปราศจากกลิ่น	ถุงละ	70

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
162	**5702**	**5.7.2 ถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด 2 ชิ้น (Two pieces appliance)** **ลักษณะ** ถุงรองรับอุจจาระชนิดใช้ร่วมกับแป้นปิดหน้าท้องรอบลำไส้ **ข้อบ่งชี้** ใช้รองรับอุจจาระทางหน้าท้อง เก็บกักแก๊ส ใช้ร่วมกับแป้นปิดหน้าท้อง ช่วยให้ผิวหนังรอบลำไส้แห้ง สะอาด ปราศจากกลิ่น กรณีที่มีเหตุจำเป็นซึ่งผู้รับบริการไม่สามารถใช้ถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด 2 ชิ้น (Two pieces appliance) ที่ได้รับการสนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ ให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ที่ได้ให้บริการถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด 2 ชิ้น (Two pieces appliance) ในอัตราชิ้นละ 70 บาท ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยมีประวัติแพ้อุปกรณ์ยี่ห้ออื่นและได้เปลี่ยนเป็นยี่ห้อที่ไม่แพ้แล้ว ถ้าเปลี่ยนยี่ห้ออีกจะมีโอกาสแพ้สูงจึงไม่ควรเสี่ยง 2) ลักษณะทางกายภาพของทวารเทียม 2.1) ลักษณะหน้าท้องและผิวหนังบริเวณทวารเทียม เช่น มีรอยพับ รอยย่น รอยแผลเป็น ใกล้ปุ่มกระดูก และหลังจากการปรับสภาพผิวหนังให้เรียบเสมอแล้วยังไม่สามารถใช้ถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด 2 ชิ้น (Two pieces appliance) ได้ 2.2) ผู้ป่วยเป็นโรคออโตอิมมูนหรือโรคผิวหนังต่าง ๆ เช่น โรคสะเก็ดเงิน มี Skin Excoriation (ผิวหนังระคายเคืองจากการรั่วซึม) ที่ใช้ชนิดอื่นได้ดีอยู่แล้วไม่ควรเสี่ยงต่อการแพ้หรือกระตุ้นอาการของโรคให้รุนแรง 2.3) กรณี Retracted Stoma (ทวารเทียมหดรั้ง/ยุบตัว) 2.4) กรณี Prolapsed Stoma (ทวารเทียมยื่น), Peristomal Hernia (ไส้เลื่อนรอบทวารเทียม), Stenosis (ทวารเทียมตีบ) 2.5) ผู้ป่วยที่มีความพิการทางร่างกาย เช่น มือผิดรูป นิ้วด้วน สายตาเลือนรางที่ได้รับการสอนการใช้งานจากพยาบาลเฉพาะทาง (ET Nurse) แล้วไม่สามารถใช้ถุงเก็บของเสียจากลำไส้ชนิด 2 ชิ้น (Two pieces appliance) ได้	ชิ้นละ	สนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ
162(1)	5702A	ถุงทวารเทียม (Colostomy Bag Open) D 45 mm(10's/Box)** **ลักษณะและข้อบ่งชี้ตาม 5.7.2**	ชิ้นละ	สนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ
162(2)	5702B	ถุงทวารเทียม (Colostomy Bag Open) D 60 mm(10's/Box)** **ลักษณะและข้อบ่งชี้ตาม 5.7.2**	ชิ้นละ	สนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
162(3)	5702C	ถุงทวารเทียม (Colostomy Bag Open) D 70 mm(10's/Box)** **ลักษณะและข้อบ่งชี้ตาม 5.7.2**	ชิ้นละ	สนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ
	5703	**5.7.3 แป้นปิดรอบลำไส้/ทวารเทียม (Colostomy Flange) ในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม**** รายการอุปกรณ์รหัส 5703A และ 5703B สามารถใช้ร่วมกับถุงเก็บปัสสาวะหน้าท้อง (Urostomy)		
163	**5703A**	**แป้นปิดรอบลำไส้/ทวารเทียม (Colostomy Flange) แบบเรียบ** **ลักษณะ** แป้นปิดหน้าท้องรอบลำไส้/ทวารเทียม แบบเรียบ เป็นแป้นหรือแผ่นรองที่ติดกับผิวหนัง มีลักษณะแบนเรียบ ทำหน้าที่ป้องกันผิวหนังระคายเคืองจากอุจจาระหรือปัสสาวะ และอีกด้านหนึ่งใช้สำหรับปิดถุงรองรับอุจจาระหรือปัสสาวะ **ข้อบ่งชี้** ผู้ป่วยที่มีช่องเปิดลำไส้/ทวารเทียม ที่หน้าท้องเพื่อระบายอุจจาระ หรือปัสสาวะ ใช้กับผิวหนังรอบลำไส้/ทวารเทียมที่มีลักษณะเรียบ ช่วยให้ผิวหนังรอบลำไส้/ทวารเทียม แห้ง สะอาด ปราศจากกลิ่น กรณีที่มีเหตุจำเป็นซึ่งผู้รับบริการไม่สามารถใช้แป้นปิดรอบลำไส้/ทวารเทียม (Colostomy Flange) แบบเรียบที่ได้รับการสนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ ให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ได้ให้บริการแป้นปิดรอบลำไส้/ทวารเทียม (Colostomy Flange) แบบเรียบ ในอัตราชิ้นละ 140 บาท ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยมีประวัติแพ้อุปกรณ์ยี่ห้ออื่นและได้เปลี่ยนเป็นยี่ห้อที่ไม่แพ้แล้ว ถ้าเปลี่ยนยี่ห้ออีกจะมีโอกาสแพ้สูงจึงไม่ควรเสี่ยง 2) ลักษณะทางกายภาพของทวารเทียม 2.1) ลักษณะหน้าท้องและผิวหนังบริเวณทวารเทียม เช่น มีรอยพับ รอยย่น รอยแผลเป็น ใกล้ปุ่มกระดูก และหลังจากการปรับสภาพผิวหนังให้เรียบเสมอแล้วยังไม่สามารถใช้แป้นปิดรอบลำไส้/ทวารเทียม (Colostomy Flange) แบบเรียบได้ 2.2) ผู้ป่วยเป็นโรคออโตอิมมูนหรือโรคผิวหนังต่าง ๆ เช่น โรคสะเก็ดเงิน มี Skin Excoriation (ผิวหนังระคายเคืองจากการรั่วซึม) ที่ใช้ชนิดอื่นได้ดีอยู่แล้วไม่ควรเสี่ยงต่อการแพ้หรือกระตุ้นอาการของโรคให้รุนแรง 2.3) กรณี Retracted Stoma (ทวารเทียมหดรั้ง/ยุบตัว) 2.4) กรณี Prolapsed Stoma (ทวารเทียมยื่น), Peristomal Hernia (ไส้เลื่อนรอบทวารเทียม), Stenosis (ทวารเทียมตีบ) 2.5) ผู้ป่วยที่มีความพิการทางร่างกาย เช่น มือผิดรูป นิ้วด้วน สายตาเลือนรางที่ได้รับการสอนการใช้งานจากพยาบาลเฉพาะทาง (ET Nurse) แล้วไม่สามารถใช้แป้นปิดรอบลำไส้/ทวารเทียม (Colostomy Flange) แบบเรียบได้	ชิ้นละ	สนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
163(1)	5703A1	แป้นปิดรอบลำไส้ (Colostomy Flange) D 45 mm(10's/Box)**	ชิ้นละ	สนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ
163(2)	5703A2	แป้นปิดรอบลำไส้ (Colostomy Flange) D 60 mm(10's/Box)**	ชิ้นละ	สนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ
163(3)	5703A3	แป้นปิดรอบลำไส้ (Colostomy Flange) D 70 mm(10's/Box)**	ชิ้นละ	สนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ
163(4)	**5703B**	**แป้นปิดรอบลำไส้/ทวารเทียม (Colostomy Flange) แบบนูน (Convexity)** **ลักษณะ** แป้นปิดสำหรับปิดหน้าท้องรอบลำไส้/ทวารเทียม แบบนูน เป็นแป้น หรือแผ่นรองที่ติดกับผิวหนัง มีลักษณะแบนนูน ทำหน้าที่ป้องกันผิวหนังระคายเคืองจากอุจจาระ หรือปัสสาวะ และอีกด้านหนึ่งใช้สำหรับปิดถุงรองรับอุจจาระหรือปัสสาวะ อายุการใช้งาน 3-5 วัน/ชิ้น ใช้แล้วทิ้ง **ข้อบ่งชี้** ใช้กับผู้ป่วยที่ผิวหนังมีร่องหรือรอยพับ ไม่เรียบเสมอกับลำไส้/ทวารเทียม ไม่เสมอกับผิวหนังหน้าท้องของผู้ป่วย จากลำไส้ถูกดึงรั้งเข้าไปในช่องท้อง หรือ ผนังหน้าท้องขยายใหญ่ ช่วยให้ผิวหนังรอบลำไส้/ทวารเทียมที่มีระดับเดียวหรือต่ำกว่าผนังหน้าท้องแห้ง สะอาด ปราศจากกลิ่น	ชิ้นละ	185
164	**5704**	**5.7.4 อุปกรณ์เสริมใช้ร่วมกับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม** รายการอุปกรณ์รหัส 5704A, 5704B, 5704C และ 5704D สามารถใช้ร่วมกับถุงเก็บปัสสาวะหน้าท้อง (Urostomy)		
164(1)	**5704A**	**ผงแป้ง (Stoma Powder)** **ลักษณะ** ผงแป้งดูดซับความชื้นและละลายให้เป็นลักษณะเจลาตินเคลือบปกป้องผิวหนัง **ข้อบ่งชี้** ใช้โรย/พ่นบาง ๆ บนผิวหนังรอบลำไส้/ทวารเทียม ที่เป็นแผล ช่วยการหายของแผลได้เร็วขึ้น	ขวดละ	300

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
164(2)	**5704B**	**กาว (Stoma Paste)** **ลักษณะ** ครีมข้นที่มีลักษณะคล้ายกาว หรือแป้งเปียกดูดซับความชื้น ปกป้องผิว ส่งเสริมการหายของแผล **ข้อบ่งชี้** ใช้ทา หรือป้ายบนผิวหนังที่มีแผลเพื่อส่งเสริมการหายของแผล ใช้ปกป้องผิวหนังรอบลำไส้/ทวารเทียม ไม่ให้สัมผัสกับของเสีย ใช้เติมหรือเสริมผิวหนังที่มีรอยพับ มีช่องของผิวหนัง หรือลำไส้/ทวารเทียม ไม่เสมอกับผิวหนังหน้าท้องของผู้ป่วย	หลอดละ	300
164(3)	**5704C**	**แผ่นปิดรักษาแผลเปื่อย (Stoma Wafer) ขนาด 10 x 10 ซม.** **ลักษณะ** เป็นแผ่นรองที่บางและยืดหยุ่น ทำหน้าที่ดูดซับความชื้น ไม่ยอมให้ของเหลว อากาศ และเชื้อโรคผ่านเข้าสู่ผิวหนังสามารถตัดให้เข้ากับรูปร่างของผิวหนังได้ **ข้อบ่งชี้** ใช้ติดกับผิวที่มีแผล เพื่อปกป้องผิวหนัง หรือใช้เพื่อปรับสภาพผิวหนัง ให้เรียบ	ชิ้นละ	300
164(4)	**5704D**	**เข็มขัด (Stoma Belt)** **ลักษณะ** เข็มขัดรัดแป้นปิดหน้าท้อง ชนิด two-pieces appliance **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดแป้นรองให้ติดกับผนังหน้าท้อง กรณีลำไส้/ทวารเทียมที่หน้าท้องมีระดับเดียว หรือต่ำกว่าผนังหน้าท้อง	เส้นละ	300
165	**0604**	**0.6.4 ถุงเก็บปัสสาวะหน้าท้อง (Urostomy) ชนิดใช้ระยะยาว** **ลักษณะ** ถุงรองรับปัสสาวะต้องมีลิ้นกั้นไม่ให้น้ำปัสสาวะไหลย้อนกลับไปยังบริเวณทวารเทียมป้องกันการติดเชื้อ ปลายถุงเป็นก๊อกเพื่อสะดวกในการระบายน้ำปัสสาวะ **ข้อบ่งชี้** สำหรับรองรับปัสสาวะในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีการผ่าตัดเปิดทวารเทียม	ถุงละ	150
		หมวด 7 กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น		
	7000	**7.0 ข้อเทียม**		
166	**7001**	**7.0.1 ข้อนิ้ว** **ลักษณะ** เป็นข้อเทียมสำหรับ Metacarpophalangeal Joint **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วยซึ่ง 1) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (Conservative Treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ 2) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ 4) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนแล้วไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา	ข้อละ	11,000
167	**7002**	**7.0.2 ข้อศอก** **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีสภาพตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ 1) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (Conservative Treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา	ข้อละ	22,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		2) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น 4) กระดูกข้อศอกแตกละเอียดในผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปี		
168	**7003**	**7.0.3 ข้อไหล่** **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีสภาพตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ 1) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (Conservative Treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา 2) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น 4) กระดูกข้อไหล่แตกละเอียดในผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปี	ข้อละ	65,000
169	**7004**	**7.0.4 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้**	ข้อละ	48,000
169(1)	**7004A**	**7.0.4 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้** **ข้อบ่งชี้** 1) สำหรับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty, TKA) เป็นไปตามข้อบ่งชี้ในประกาศแนวปฏิบัติสำหรับให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมตามที่สำนักงานประกาศกำหนด 2) สำหรับกรณีอื่น ๆ ได้แก่ อุบัติเหตุ เนื้องอกของกระดูก และการเจ็บป่วยอื่นซึ่งมีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น	ข้อละ	48,000
169(2)	**7004B**	**7.0.4 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้** **ข้อบ่งชี้** 1) สำหรับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน (Medial Unicompartmental Knee Arthroplasty, UKA) เป็นไปตามข้อบ่งชี้ในประกาศแนวปฏิบัติสำหรับให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมตามที่สำนักงานประกาศกำหนด 2) สำหรับกรณีอื่น ๆ ได้แก่ อุบัติเหตุ เนื้องอกของกระดูกและการเจ็บป่วยอื่น ซึ่งมีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น	ข้อละ	48,000
170	**7005**	**7.0.5 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้**	ข้อละ	48,000
170(1)	**7005A**	**7.0.5 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 7004A	ข้อละ	48,000
170(2)	**7005B**	**7.0.5 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 7004B	ข้อละ	48,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
171	**7006**	**7.0.6 ข้อตะโพกมีเบ้า (Total Hip Prosthesis) รวมทั้งอุปกรณ์เสริมไม่รวมซีเมนต์กระดูก** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 7.0.1	ข้อละ	37,000
172	**7007**	**7.0.7 ข้อตะโพกไม่มีเบ้า (Unipolar prosthesis)** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วยซึ่ง 1) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (Conservative Treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา 2) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น 4) ใช้ในผู้ป่วยที่มีกระดูกข้อตะโพกหักในผู้สูงอายุ	ข้อละ	10,500
173	**7008**	**7.0.8 ข้อตะโพกแบบมีเบ้า ชนิดผ่าแก้ไข (Total hip Revision Arthroplasty)** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพในผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมมาแล้ว หรือข้อถูกทำลายจากเนื้องอก หรือการติดเชื้อ ซึ่ง 1) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยมที่ ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ 2) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ 4) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนแล้วไม่ทุเลาหรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา	ข้อละ	120,000
174	**7009**	**7.0.9 วัสดุรองเบ้าข้อตะโพก (Supporting Ring)** **ข้อบ่งชี้** เสริมเบ้าข้อตะโพกที่เสื่อมสภาพ ที่มีพยาธิสภาพมากไม่สามารถใช้ข้อเทียมชนิดที่ใช้กันทั่วไปได้ พิจารณาได้จากภาพถ่ายรังสีและลักษณะข้อที่ถูกทำลายที่ตรวจพบขณะผ่าตัด	ข้อละ	9,500
175	**7010**	**7.0.10 ข้อตะโพกไม่มีเบ้าชนิด 2 ชั้น (ไบโพล่า)** **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพ ซึ่ง 1) ข้อเสื่อมสภาพ ชนิดที่เกิดการทำลายเฉพาะหัวกระดูกต้นขา หรือ 2) กระดูกบริเวณข้อตะโพกหัก ชนิดที่ไม่สามารถดึงกระดูกให้เข้าที่และดามกระดูกภายในด้วยโลหะได้	ข้อละ	35,000
176	**7011**	**7.0.11 ข้อตะโพกมีเบ้า (ชนิดไม่ใช้ซีเมนต์)** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วย ซึ่ง 1) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (conservative treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ 2) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ	ข้อละ	60,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		4) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนแล้วไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา 5) เป็นการรักษาสำหรับผู้ที่อายุน้อยกว่า 75 ปี หรือพิจารณาวินิจฉัยการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ		
177	**7019**	**7.0.19 ข้อตะโพกมีเบ้า (ชนิด hybrid)** **ลักษณะ** **1. ก้านตะโพกเทียมแบบใช้สารยึดกระดูก** 1.1) ก้านตะโพกเป็นชนิดผิวเรียบเป็นมัน มีลักษณะเป็นรูปลิ่ม และผิวก้านตะโพกไม่ยึดติดกับสารยึดกระดูก (bone cement) ไม่มีส่วนคอของก้านตะโพก (collar) 1.2) ส่วนที่ต่อกับหัวข้อตะโพกมีลักษณะเป็น modular คือ สามารถใช้กับหัวข้อตะโพกหลาย ๆ ขนาดได้ 1.3) เป็นก้านตะโพกเทียมลักษณะก้านตรงและก้านมี Taper เพื่อป้องกันการเกิด Stress Shielding 1.4) สามารถต่อกับ Centralizer ด้านปลายของก้านตะโพกเทียมได้ 1.5) ก้านตะโพกมีขนาดให้เลือกหลายขนาดให้เหมาะสมกับขนาดของโพรงกระดูกผู้ป่วย **2. เบ้าตะโพกเทียมแบบไม่ใช้สารยึดกระดูก** 2.1) เป็นเบ้าตะโพกเทียมแบบไม่ใช้สารยึดกระดูก 2.2) พื้นผิวของเบ้าตะโพกเทียมทั้งหมดมีการทำพื้นผิวแบบ porous-coated เพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดมีกระดูกเข้าไปยึดติดกับเบ้าข้อเทียม 2.3) ผลิตจากโลหะ Titanium Alloy 2.4) เบ้าตะโพกเทียมมีขนาดให้เลือกหลายขนาด **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วย ซึ่ง 1) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (conservative treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ 2) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทาง ชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ 4) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนแล้วไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา	ข้อละ	45,000
178	**7027**	**7.0.27 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Full set** **ลักษณะ** เป็นข้อเข่าเทียมที่ใช้ทดแทนข้อเข่าเทียมที่เสื่อมสภาพและมีองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้ 1) ข้อเข่าเทียมส่วนฟีเมอร์ (Femoral component) 2) ข้อเข่าเทียมส่วนทิเบีย (Tibial component) 3) ก้านต่อของ Femoral Extension Rod 4) ก้านต่อของ Tibial Extension Rod 5) โลหะเสริมส่วนกระดูกที่หายไป (Metal augmentation)	ชุดละ	100,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		6) ผิวข้อเทียมที่ทำจาก Polyethylene (Polyethylene insert) 7) ผิวลูกสะบ้าเทียม **ข้อบ่งชี้** 1) ใช้ในการผ่าตัดแก้ไขในผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาแล้ว 2) ใช้ในการผ่าตัดข้อเข่าเทียมที่มีกระดูกรอบข้อเข่าหายไปอย่างมาก จนข้อเข่าเทียมแบบปกติไม่สามารถมีความมั่นคงได้หลังจากการผ่าตัด 3) ใช้ในการผ่าตัดข้อเข่าเทียมที่ผู้ป่วยไม่มีความมั่นคงของข้อเข่าแบบธรรมดาจากเส้นเอ็นรอบเข่าที่หลวมมาก 4) ใช้ร่วมกับการผ่าตัดเนื้องอกของกระดูก หรือเนื้อเยื่อรอบกระดูกที่ต้องมีการตัดกระดูกบริเวณข้อเข่าทิ้ง **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์		
179	**7028**	**7.0.28 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Half set ส่วนฟีเมอร์ (Femoral component)** **ลักษณะ** เป็นข้อเข่าเทียมที่ใช้ทดแทนข้อเข่าเทียมส่วนฟีเมอร์ที่เสื่อมสภาพ และมีองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้ 1) ข้อเข่าเทียมส่วนฟีเมอร์ Femoral component 2) ก้านต่อของ Femoral Extension Rod 3) โลหะเสริมส่วนกระดูกที่หายไป (Metal augmentation) 4) ผิวข้อเทียมที่ทำจาก Polyethylene (Polyethylene insert) 5) ผิวลูกสะบ้าเทียม **ข้อบ่งชี้** 1) ใช้ในการผ่าตัดแก้ไขในผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาแล้ว 2) ใช้ในการผ่าตัดข้อเข่าเทียมที่มีกระดูกรอบข้อเข่าหายไปอย่างมาก จนข้อเข่าเทียมแบบปกติไม่สามารถมีความมั่นคงได้หลังจากการผ่าตัด 3) ใช้ในการผ่าตัดข้อเข่าเทียมที่ผู้ป่วยไม่มีความมั่นคงของข้อเข่าแบบธรรมดาจากเส้นเอ็นรอบเข่าที่หลวมมาก 4) ใช้ร่วมกับการผ่าตัดเนื้องอกของกระดูก หรือเนื้อเยื่อรอบกระดูกที่ต้องมีการตัดกระดูกบริเวณข้อเข่าทิ้ง **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์	ชุดละ	75,000
180	**7029**	**7.029 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Half set ส่วนทิเบีย (Tibial component)** **ลักษณะ** เป็นข้อเข่าเทียมที่ใช้ทดแทนข้อเข่าเทียมส่วนทิเบียที่เสื่อมสภาพ และมีองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้ 1) ข้อเข่าเทียมส่วนทิเบีย (Tibial component) 2) ก้านต่อของ Tibial Extension Rod 3) โลหะเสริมส่วนกระดูกที่หายไป (Metal augmentation) 4) ผิวข้อเทียมที่ทำจาก Polyethylene (Polyethylene insert) 5) ผิวลูกสะบ้าเทียม	ชุดละ	75,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		ข้อบ่งชี้ 1) ใช้ในการผ่าตัดแก้ไขในผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาแล้ว 2) ใช้ในการผ่าตัดข้อเข่าเทียมที่มีกระดูกรอบข้อเข่าหายไปอย่างมาก จนข้อเข่าเทียมแบบปกติไม่สามารถมีความมั่นคงได้หลังจากการผ่าตัด 3) ใช้ในการผ่าตัดข้อเข่าเทียมที่ผู้ป่วยไม่มีความมั่นคงของข้อเข่าแบบธรรมดาจากเส้นเอ็นรอบเข่าที่หลวมมาก 4) ใช้ร่วมกับการผ่าตัดเนื้องอกของกระดูก หรือเนื้อเยื่อรอบกระดูกที่ต้องมีการตัดกระดูกบริเวณข้อเข่าทิ้ง **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์		
181	**7030**	**7.0.30 ข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ (Hinge total knee prosthesis) ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision total knee arthroplasty)** **ลักษณะ** เป็นข้อเข่าเทียมที่ใช้ทดแทนข้อเข่าเทียมที่เสื่อมสภาพ และมีองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้ 1) ข้อเข่าเทียมส่วนฟีเมอร์ (Femoral component) 2) ข้อเข่าเทียมส่วนทิเบีย (Tibial component) 3) ก้านต่อของ Femoral Extension Rod 4) ก้านต่อของ Tibial Extension Rod 5) โลหะเสริมส่วนกระดูกที่หายไป (Metal augmentation) 6) ผิวข้อเทียมที่ทำจาก Polyethylene (Polyethylene insert) 7) ผิวลูกสะบ้าเทียม **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการผ่าตัดแก้ไขในผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาแล้ว **หมายเหตุ** 1) หน่วยบริการที่เบิกอุปกรณ์ข้อเข่าเทียม ประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ (Hinge total knee prosthesis) ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision total knee arthroplasty) จะต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (Pre-authorized: PA) ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด หลักเกณฑ์และเงื่อนไขอื่น ๆ ให้เป็นไปตามแนวทางการใช้ข้อเข่าเทียม ประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ (Hinge total knee prosthesis) ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision total knee arthroplasty)	ชุดละ	150,000
	7100	**7.1 กระดูกเทียม และเส้นเอ็นเทียม**		
182	**7101**	**7.1.1 หัวกระดูกเรเดียสเทียม** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนส่วนกระดูกเรเดียสที่ชำรุด เสียหายจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การดึงกระดูกให้เข้าที่และดามด้วยโลหะได้	ชิ้นละ	4,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
183	**7102**	**7.1.2 สารทดแทนกระดูกเพื่อการสร้างกระดูก** **ลักษณะ** เป็นสารจำพวกเซรามิก เช่น Hydroxyapatite, Calcium phosphate, Tricalcium phosphate และ Calcium sulfate **ข้อบ่งชี้** ทดแทนกระดูกที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูก หรือกระดูกของผู้ป่วยมีปริมาณไม่เพียงพอ โดยไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยม และการผ่าตัดบางวิธี เช่น การตรึงกระดูกให้เข้าที่ การเชื่อมกระดูกให้ติดกัน การดามกระดูกด้วยโลหะดามกระดูก **<u>หมายเหตุ</u>** ใช้ได้ไม่เกิน 20 ซีซี ต่อการผ่าตัด 1 ครั้ง	5 ซีซี	2,000
184	**7103**	**7.1.3 เส้นเอ็นเทียมใช้บริเวณมือ** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนเส้นเอ็นบริเวณมือและแขนส่วนล่างที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บหรือโรคของเอ็นที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การเย็บต่อเส้นเอ็นให้เข้าที่หรือใช้การปลูกเส้นเอ็นจากส่วนอื่นของร่างกายได้	เส้นละ	3,500
	7200	**7.2 โลหะดามยึดกระดูก**		
185	**7201**	**7.2.1 โลหะใส่ในโพรงกระดูก (Nail) ชนิดไม่มีรูล็อก (K-nail)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณรยางค์ โดยเป็นการหักชนิดที่ ไม่รุนแรง และรูปแบบการหักไม่ซับซ้อน	ชิ้นละ	1,400
186	**7202**	**7.2.2 โลหะใส่ในโพรงกระดูก(Nail) ชนิดมีรูล็อก สำหรับยึดกระดูกส่วนกลาง (Diaphysis) (รวมค่าสกรู)** **ข้อบ่งชี้** 1) ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณรยางค์ 2) กระดูกยาวในบริเวณรยางค์ที่หัก เนื่องจากภาวะเนื้องอกหรือกระดูกพรุน หรือโรคทางเมตะโบลิซึม	ชุดละ	15,000
187	**7203**	**7.2.3 โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดไม่มีเกลียว (Nail Plate) รวมสกรู** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อตะโพก และข้อเข่าจากการบาดเจ็บ หรือโรคโดยเป็นการหักชนิดที่ยังคงมีความมั่นคง เป็นการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง และรูปแบบการหักไม่ซับซ้อน	ชุดละ	5,000
188	**7204**	**7.2.4 โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกข้อตะโพก ชนิดมีเกลียว เช่น ชุด Dynamic Hip Screw** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อตะโพกจากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรง และรูปแบบการหักที่ซับซ้อน	ชุดละ	11,000
189	**7205**	**7.2.5 โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกที่เข่า ชนิดมีเกลียว เช่น ชุด Dynamic Condylar Screw** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อเข่าจากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคงกระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อน	ชุดละ	11,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
190	**7206**	**7.2.6 โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดแยกชิ้น เช่น Gamma Nail รวมสกรู** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อตะโพกจากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อน	ชุดละ	24,000
191	**7207**	**7.2.7 โลหะดามกระดูกสันหลัง ส่วนคอ (Cervical Locking Plate)**		
191(1)	**7207A**	7.2.7A โลหะดามกระดูกสันหลัง ส่วนคอ (Cervical Locking Plate) โลหะดามกระดูกสันหลังส่วนคอด้านหลัง (Posterior Cervical Spine Instrument Fixation) ระดับแรก **ลักษณะ** มีแผ่นโลหะ 1 ชิ้นและสกรูอย่างน้อย 4 ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด) **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้	ระดับละ	24,000
191(2)	**7207B**	7.2.7B โลหะดามกระดูกสันหลัง ส่วนคอ (Cervical Locking Plate) โลหะดามกระดูกสันหลังส่วนคอด้านหลัง (Posterior Cervical Spine Instrument Fixation) ระดับถัดไป **ลักษณะ** มีแผ่นโลหะ 1 ชิ้นและสกรูอย่างน้อย 4 ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด) **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้	ระดับละ	12,000
192	**7208**	**7.2.8 โลหะดามกระดูกสันหลัง ส่วนอก, เอว (PDS)**		
192(1)	**7208A**	**7.2.8A โลหะดามกระดูกสันหลัง ส่วนอก,เอว (PDS)(ระดับแรก)** **ลักษณะ** มีแท่งโลหะ 2 ชิ้น และสกรูอย่างน้อย 4 ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด) **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนอก หรือเอว ที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้	ระดับละ	25,000
192(2)	**7208B**	**7.2.8B โลหะดามกระดูกสันหลัง ส่วนอก,เอว (PDS)(ระดับถัดไป)** **ลักษณะ** มีแท่งโลหะ 2 ชิ้น และสกรูอย่างน้อย 4 ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด) **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนอก หรือเอว ที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้	ระดับละ	12,500
193	**7209**	**7.2.9 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดกว้าง (Broad Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกรยางค์ขนาดใหญ่ที่หักและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	5,200
194	**7210**	**7.2.10 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดแคบ (Narrow Plate)** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 7.2.9	ชิ้นละ	2,500

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
195	**7211**	**7.2.11 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดมีแผ่นพยุง (Buttress Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกรยางค์ขนาดใหญ่ที่หักบริเวณข้อและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	3,800
196	**7212**	**7.2.12 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดเล็ก (Small Fragment Plate, Mini Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกรยางค์ขนาดเล็กที่หัก และไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้ หรือการยึดตรึงกระดูกใบหน้าและกะโหลกศีรษะในกรณีกระดูกหัก หรือมีการตัดกระดูกเพื่อการรักษาโรค	ชิ้นละ	1,500
197	**7213**	**7.2.13 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดดัดได้ (Reconstruction Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะการหักซับซ้อน และไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	2,700
198	**7214**	**7.2.14 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดมีหัวสกรูพยุง (Lock plate)**		
198(1)	**7214A**	**แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดหัวล็อค (Locking compression plate)** **ข้อบ่งชี้** 1) ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูกยาวบริเวณรยางค์ โดยที่เป็นการหักชนิดที่รุนแรง หรือรูปแบบการหักที่ซับซ้อน 2) กระดูกยาวในบริเวณรยางค์หักเนื่องจากภาวะเนื้องอก หรือกระดูกพรุน หรือโรคทางเมตะโบลิซึม	ชิ้นละ	10,000
198(2)	**7214B**	**แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดหัวล็อกสำหรับใส่บริเวณที่หักใกล้ข้อ (Anatomical Plate)** **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักซับซ้อน (Complex Fracture) ในโรคดังต่อไปนี้ 1) เนื้อกระดูกผิดปกติจากภาวะเนื้องอก กระดูกพรุน หรือโรคทางเมตะโบลิซึม 2) กระดูกหักบริเวณใกล้หรือเข้าข้อ (Periarticular or Intra-articular Fracture) 3) กระดูกหักบริเวณใกล้ข้อเทียม หรือใกล้โลหะดามกระดูกเดิม	ชิ้นละ	17,000
199	**7215**	**7.2.15 แผ่นโลหะขนาดเล็กที่ใช้ดามกระดูก** **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นดามกระดูกหรือใช้ยึดกระดูกโดยตรงก็ได้	ชิ้นละ	1,500
200	**7216**	**7.2.16 โลหะดามกระดูกภายนอก** **ลักษณะ** 1 ชุด มีแท่งโลหะ ดามกระดูก 2 แท่ง โลหะยึดกระดูก 4-6 แท่ง และคีมยึด 4-6 ตัว **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีการบาดเจ็บรุนแรง การติดเชื้อ และการผ่าตัดที่มีลักษณะจำเพาะ ได้แก่ การยืด เลื่อน และหดกระดูก	ชุดละ	10,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
201	**7224**	**7.2.24 อุปกรณ์ใส่โพรงกระดูกเพื่อเชื่อมข้อเท้าและข้อใต้เท้า (Tibiotalocalcaneal fusion nail : TTC nail) พร้อมสกรู 3-4 ชิ้น** **ข้อบ่งชี้** 1) ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักและข้อเคลื่อนบริเวณข้อเท้า หรือข้อเท้าเสื่อมและกระดูกถูกทำลาย ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของเส้นประสาทที่ผิดปกติจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ไขสันหลังบาดเจ็บ ข้ออักเสษรูมาตอยด์ หรือในรายที่ตรวจพบว่ามีการทำงานของเส้นประสาทผิดปกติแต่ไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน (idiopathic neuropathy) 2) ผู้ป่วยที่มีการทำงานของเส้นประสาทที่ผิดปกติ (neuropathy) ทั้งที่พบสาเหตุและไม่พบสาเหตุโดยมีรอยโรคอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้ 2.1) กระดูกหักและหรือข้อเคลื่อนบริเวณข้อเท้าโดยจะมีประวัติอุบัติเหตุหรือไม่ก็ได้ 2.2) ข้อเท้าเสื่อมและหรือมีการทำลายของกระดูกบริเวณข้อเท้า 2.3) ไม่สามารถรักษาโดยวิธีอนุรักษ์หรือการผ่าตัดยึดกระดูกหรือเชื่อมข้อโดยวิธีปกติได้ **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์	ชุดละ	20,000
	7300	**7.3 โลหะยึดกระดูก/เอ็น**		
202	**7301**	**7.3.1 สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw)** **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีปัญหา ไม่สามารถใช้สกรูธรรมดาและใช้ร่วมกับแผ่นโลหะดามกระดูกชนิดหัวล็อก แบบตรงสำหรับใส่บริเวณกระดูกส่วนกลาง (Diaphysis) และโลหะดามกระดูกชนิดหัวล็อคสำหรับใส่บริเวณที่หักใกล้ข้อ (Anatomical plate)	ตัวละ	1,600
203	**7302**	**7.3.2 สกรูยึดแผ่นโลหะดามกระดูก** **ข้อบ่งชี้** 1) ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีปัญหาไม่สามารถใช้สกรูธรรมดา หรือ 2) ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นโลหะดามกระดูกชนิดหัวล็อก	ตัวละ	300
204	**7303**	**7.3.3 แท่งโลหะดามกระดูกขนาดต่างๆ (Schanz Screw)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักทั่วไป	อันละ	900
205	**7304**	**7.3.4 สกรูขนาดเล็กที่ใช้ดามกระดูก** **ลักษณะ** ใช้ยึดกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นดามกระดูกหรือใช้ยึดกระดูกโดยตรงก็ได้ **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หัก	ตัวละ	800
206	**7305**	**7.3.5 สกรูยึดเอ็นข้อเข่า** **ลักษณะ** เป็นสกรูหัวจมหกเหลี่ยมมีเกลียวหยาบที่สามารถยึดส่วนกระดูกของเอ็นที่นำไปปลูกกับโพรงในกระดูกข้อเข่า **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อเข่า	ตัวละ	5,700

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
207	**7306**	**7.3.6 หมุดสมอยึดติดกับกระดูกชนิดมีวัสดุยึดเส้นเอ็น** **ลักษณะ** เป็นหมุดที่สามารถใช้ยึดเอ็นกับกระดูกได้โดยตรงและมีส่วนต่อกับวัสดุที่ใช้เย็บเอ็น **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อไหล่และมือ	ตัวละ	5,000
208	**7307**	**7.3.7 สมอยึดกระดูกเข้ากับเนื้อเยื่อ (Suture Anchor)** **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับการเย็บซ่อมเอ็นบริเวณข้อต่าง ๆ ที่เอ็นถูกกระชากหลุดออกจากกระดูก	อันละ	6,000
209	**7308**	**7.3.8 ชุดสมอสำหรับเย็บซ่อมหมอนรองกระดูกเข่า (Arthroscopic Meniscus Repair System)** **ลักษณะ** เป็นชุดประกอบด้วยเข็ม 1 อันและด้ายสำหรับเย็บ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับเย็บซ่อมแซมหมอนรองกระดูกอ่อนในข้อเข่า	ชุดละ	5,000
210	**7311**	**7.3.11 ตะขอตรึงกระดูก (Staple)** **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะจำเพาะและการตัดต่อกระดูก	ชิ้นละ	1,000
211	**7313**	**7.3.13 K-wire** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกส่วนปลายและกระดูกที่หักมีขนาดเล็ก รวมทั้งใช้เพื่อการดึงรักษากระดูกหัก	ชิ้นละ	300
212	**7314**	**7.3.14 สกรูชนิดพิเศษสำหรับใส่ข้อมือ** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกข้อมือ	ชิ้นละ	3,000
213	**7315**	**7.3.15 สกรูยึดกระดูกชนิดมีรูสอดแกนนำทาง (Cannulated screw)** **ลักษณะ** สกรูยึดกระดูกชนิดที่มีรูสอดตามแนวแกนของสกรู (Canulated) โดยใช้แกนโลหะนำทาง ยิงนำและสอดสกรูตามแนวแกน **ข้อบ่งชี้** 1) ใช้สำหรับการผ่าตัดยึดกระดูก ด้วยวิธีผ่าตัดแบบแผลเล็ก 2) ใช้สำหรับการผ่าตัดยึดกระดูกผิวข้อแตกหัก (articular fracture) และ/หรือ การแตกหักรอบๆข้อ (periarticular fracture) 3) ใช้สำหรับการผ่าตัดซ่อมกระดูกที่แตกหักบริเวณรอยต่อระหว่างเส้นเอ็นและกระดูก (avulsion fracture) 4) ใช้สำหรับการผ่าตัดเชื่อมกระดูกหรือข้อต่อกระดูก (arthrodesis) **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้** ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์	ชิ้นละ	2,000
	7400	**7.4 วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้ยึดกระดูกอื่น ๆ**		
214	**7401**	**7.4.1 สารยึดกระดูก (Bone Cement) ชนิดธรรมดา** **ลักษณะ** เป็นสารเมตทิลเมตาไคลเลต มีสองส่วนคือส่วนที่เป็นของเหลวและส่วนที่เป็นผง ใช้ผสมกันเพื่อให้เกิดการโพลิเมอไรเซชั่นและเป็นวัสดุปราศจากเชื้อ **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงข้อเทียมกับกระดูกและใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกของกระดูก	ชุดละ	2,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
215	**7402**	**7.4.2 สารยึดกระดูก (Bone Cement) ชนิดมียาปฏิชีวนะผสม** **ลักษณะ** เป็นสารเมตทิลเมตาไคลเลต มีสองส่วน คือ ส่วนที่เป็นของเหลว และส่วนที่เป็นผงใช้ผสมกันเพื่อให้เกิดการโพลิเมอไรเซชั่น และเป็นวัสดุปราศจากเชื้อและมียาปฏิชีวนะผสม เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ และใช้ในรายที่เป็นการผ่าตัดแก้ไขข้อเทียมที่เคยติดเชื้อ **ข้อบ่งชี้** 1) ใช้ในการยึดข้อเทียมติดกับกระดูกใช้ปั้นเป็นรูปร่างเพื่อเติมเข้าไปในพื้นที่ว่างระหว่างกระดูกชั่วคราว เพื่อทำการรักษาการติดเชื้อในกระดูกและข้อ 2) ใช้ในผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกของกระดูก	ชุดละ	4,300
	7500	**7.5 กระดูกชีวภาพ**		
216	**7502**	**7.5.2 กระดูกแช่แข็งขนาดเล็ก** **ลักษณะ** เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า 70 องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึกโดยระบบสุญญากาศ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรค ในบริเวณกระดูกขนาดเล็ก	ชิ้นละ	5,000
217	**7503**	**7.5.3 กระดูกแช่แข็งขนาดกลาง** **ลักษณะ** เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า 70 องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึกโดยระบบสุญญากาศ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่	ชิ้นละ	15,000
218	**7504**	**7.5.4 กระดูกแช่แข็งขนาดใหญ่** **ลักษณะ** เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาดและการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า 70 องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึก โดยระบบสุญญากาศ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่และบริเวณข้อและใช้ร่วมกับข้อเทียม	ชิ้นละ	25,000
219	**7506**	**7.5.6 แคลเซี่ยมไฮดรอกซี เอพาไตต์ ขนาด 1 ลูกบาศก์เซนติเมตร** **ลักษณะ** เป็นสารไฮดรอกซีเอพาไตต์ที่สังเคราะห์ขึ้นหรือกึ่งสังเคราะห์หรือผลิตจากวิธีทางธรรมชาติผ่านขบวนการทำให้ปราศจากเชื้อและผนึกด้วยวิธีที่ใช้ในการเก็บวัสดุทางการแพทย์ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกกระดูกบริเวณใบหน้า กราม และกระดูกคอส่วนบนเท่านั้น	ชิ้นละ	2,500
	7600	**7.6 อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดกระดูกและข้อ**		
220	**7601**	**7.6.1 ใบมีดตัดเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ (Blade for Arthroscopic Shaver)** **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาของเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ ใช้ในกรณีส่องกล้อง Arthroscopy	อันละ	4,500

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		หมวด 8 วัสดุ/อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู		
	8300	**8.3 อุปกรณ์พยุงแกนลำตัว (Spinal orthosis)**		
221	8305	**8.3.5 เฝือกพยุงลำตัว**	ชุดละ	2,000
222	8306	**8.3.6 โลหะหรือ พลาสติกดามหลังคด**	ชุดละ	8,000
223	8307	**8.3.7 เฝือกพยุงระดับเอว (Lumbosacral support)**	ชุดละ	1,000
	8400	**8.4 โลหะ/พลาสติกดามแขนภายนอก (Orthosis, upper extremity)**		
224	8401	**8.4.1 โลหะ/พลาสติกดามข้อไหล่ ข้อมือ และข้อศอกเด็ก**	ข้างละ	800
225	8402	**8.4.2 โลหะ/พลาสติกดามข้อไหล่ ข้อมือ และข้อศอกผู้ใหญ่**	ข้างละ	1,000
226	8403	**8.4.3 โลหะ/พลาสติกดามข้อมือและข้อศอกพร้อมลวดสปริง**	ชุดละ	1,000
	8500	**8.5 โลหะ/หรือพลาสติกดามขาภายนอกไม่รวมรองเท้า (Orthosis, Lower Extremity)**		
227	8501	**8.5.1 โลหะ/พลาสติกดามขาเด็กเล็ก ชนิดยาวไม่มีข้อเข่า**	ข้างละ	1,500
228	8502	**8.5.2 พลาสติกดามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้**	ข้างละ	5,500
229	8503	**8.5.3 โลหะดามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้**	ข้างละ	11,000
230	8504	**8.5.4 พลาสติกดามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้**	ข้างละ	5,500
231	8505	**8.5.5 โลหะดามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้**	ข้างละ	11,000
232	8506	**8.5.6 พลาสติกดามขาขนาดใหญ่มีข้อเข่าล็อกได้**	ข้างละ	5,500
233	8507	**8.5.7 โลหะดามขาขนาดใหญ่มีข้อเข่าล็อกได้**	ข้างละ	12,000
234	8509	**8.5.9 เบ้ารับน้ำหนักที่เอ็นสะบ้า (PTB)**	ข้างละ	3,000
235	8510	**8.5.10 พลาสติกดามขาเด็กเล็กชนิดสั้น (กันเท้าตก)**	ข้างละ	1,200
236	8512	**8.5.12 พลาสติกดามขาขนาดกลาง (กันเท้าตก)**	ข้างละ	1,500
278	8514	**8.5.14 พลาสติกดามขาชนิดสั้นขนาดใหญ่ (กันเท้าตก)**	ข้างละ	1,800
238	8519	**8.5.19 พลาสติกดามข้อเท้า (Ankle-Foot Orthosis)** **ข้อบ่งชี้** ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อเท้าที่หลวม (Ankle Instability)	ข้างละ	3,000
239	8520	**8.5.20 สายรัดกันเท้าตก**	ข้างละ	150
	8600	**8.6 อุปกรณ์พยุงข้อ (Single joint orthosis)**		
240	8601	**8.6.1 สายคล้องแขนกันไหล่หลุด**	ข้างละ	200
241	8602	**8.6.2 สายคล้องแขน (Arm sling)**	อันละ	150
242	8603	**8.6.3 อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) มีแกนด้านข้าง**	ข้างละ	1,500
243	8604	**8.6.4 อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) ไม่มีแกนด้านข้าง**	ข้างละ	1,500
244	8605	**8.6.5 แผ่นโลหะ/พลาสติกบังคับเชิงกรานเด็ก**	ข้างละ	500
245	8606	**8.6.6 แผ่นโลหะบังคับเชิงกรานผู้ใหญ่**	ข้างละ	1,500
246	8609	**8.6.9 อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าชนิดสำเร็จรูป** **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อเท้า เอ็นข้อเท้า กระดูกฝ่าเท้าอักเสบ และใช้ในการบำบัดรักษาเอ็นฝ่าเท้าอักเสบที่เรื้อรังต่อเนื่อง	คู่ละ	1,200
247	8610	**8.6.10 อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับ 8.6.9	ข้างละ	1,200

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
248	**8612**	**8.6.12 อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis)** **ลักษณะ** เป็นวัสดุที่เสริมรองรับเท้าชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis) มีคุณสมบัติ 1) ทำจากวัสดุที่ชั้นบนมีความนุ่มและยืดหยุ่น (Cushion) ส่วนวัสดุชั้นล่างช่วยในการคงรูปของชั้นบน (Contour) 2) ต้องหล่อพิเศษเฉพาะราย มีความหนาอย่างน้อย 5 มิลลิเมตร และโค้งเข้ารูปตลอดความยาวของฝ่าเท้าผู้ป่วยแต่ละราย (Total Contact Insole/Orthosis) **ข้อบ่งชี้** ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยเกณฑ์ แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าแล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง	คู่ละ	1,200
	8700	**8.7 เครื่องช่วยเดิน (Walking Aids)**		
249	**8701**	**8.7.1 เครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขา (Pick-Up-Walker)**	อันละ	700
250	**8702**	**8.7.2 เครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขา มีล้อ (จ่ายให้ครั้งเดียวไม่มีค่าซ่อมหรือซื้อใหม่)**	อันละ	3,000
251	**8703**	**8.7.3 ไม้เท้า 1 ปุ่ม**	อันละ	190
252	**8704**	**8.7.4 ไม้เท้าชนิด 3 หรือ 4 ปุ่ม**	อันละ	600
253	**8705**	**8.7.5 ไม้ค้ำยัน**	คู่ละ	250
	8800	**8.8 รองเท้า**		
254	**8813**	**8.8.13 รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง และยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้** **ลักษณะ** 1) รองเท้าทำจากหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่มีความยืดหยุ่น ระบายอากาศ บุ/หรือซับในด้วยหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่อ่อนนุ่ม (วัสดุสังเคราะห์ที่ใช้ห้ามเป็นยางพารา /ไวนิล /พลาสติก) 2) ส่วนหัวรองเท้าเป็นชนิดปิดปลายนิ้วเท้าและต้องกว้างพอเพื่อไม่ให้บีบหรือกดนิ้วเท้า ไม่มีตะเข็บแข็ง เพื่อป้องกันการเกิดแผล และต้องมีสายรัดส้นหรือหุ้มส้นเท้า (Back strap /Heel counter) ส่วนหัวรองเท้าชนิดเปิดปลายนิ้วเท้า ใช้ได้เฉพาะกรณีที่มีแผลและอยู่ระหว่างการทำแผล เท่านั้น 3) รองเท้าต้องปรับขนาดได้ด้วยเชือก หรือ Velcro เป็นต้น เพื่อสามารถกระชับเท้าให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่เกิดการเสียดสี 4) เป็นรองเท้าที่มีความลึกมากกว่าปกติอย่างน้อย 5 มิลลิเมตร (Deep Inlay) สามารถถอดพื้นรองเท้าด้านใน เพื่อใส่แผ่นเสริมได้ 5) พื้นรองเท้าด้านใน รวมแผ่นรองสำเร็จรูปที่ได้รับการปรับแต่งทำจากวัสดุที่มีความยืดหยุ่น นุ่ม มีความหนาอย่างน้อย 5 มิลลิเมตร 6) พื้นรองเท้าด้านนอก (Outsole) ทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ไม่ลื่น สามารถปรับแต่งพื้นได้ และมีความโค้ง ลักษณะ Toe Only Rocker Bottom Shoes	คู่ละ	1,800

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน โดยเกณฑ์แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน และดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าแล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง		
255	**8814**	**8.8.14 รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้** **ลักษณะ** เหมือนรหัส 8813 แต่เป็นรองเท้าตัด ไม่ใช่รองเท้าสำเร็จรูป **ข้อบ่งชี้** เหมือนรหัส 8813 แต่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปชนิด Depth-Inlay Shoes ให้สวมใส่ได้ **หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ทั้ง 3 รายการ** ให้มีสิทธิเบิกได้คนละไม่เกิน 1 คู่ต่อรายภายในระยะเวลา 1 ปี นับจากวันที่ได้รับอุปกรณ์ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้าตามที่สำนักงานประกาศกำหนด	คู่ละ	2,800
256	**8815**	**8.8.15 ค่าซ่อมรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง และยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้** **ข้อบ่งชี้** ให้เบิกได้ตามที่แพทย์ของสถานพยาบาลที่ตรวจรักษาเป็นผู้สั่งซ่อมโดยประหยัด	ครั้งละ	900
257	**8816**	**8.8.16 ค่าซ่อมรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้** **ข้อบ่งชี้** ให้เบิกได้ตามที่แพทย์ของสถานพยาบาลที่ตรวจรักษาเป็นผู้สั่งซ่อมโดยประหยัด	ครั้งละ	1,400
		หมวด 9 อื่น ๆ		
		9.1 ชุดอุปกรณ์ที่เกี่ยวกับการผ่าตัดที่ใช้ในหลายระบบ 1) ชุดอุปกรณ์สำหรับการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในมะเร็งต่อมลูกหมาก ประกอบด้วยอุปกรณ์รหัส 9106 อัตราเหมาจ่ายไม่เกิน 100,000 บาทต่อครั้ง 2) ชุดอุปกรณ์สำหรับการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก ประกอบด้วยอุปกรณ์ รหัส 9106, 9107 และ 5501 อัตราเหมาจ่ายไม่เกิน 140,000 บาทต่อครั้ง 3) ชุดอุปกรณ์สำหรับการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดสำหรับเนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน ประกอบด้วยอุปกรณ์รหัส 9106 และ 9107 อัตราเหมาจ่ายไม่เกิน 130,000 บาทต่อครั้ง **คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้และข้อบ่งชี้** เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด		

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
258	**9106**	**9.1.6 ชุดอุปกรณ์พื้นฐานสำหรับการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (Standard Basic Set for Robotic Surgery)** **ลักษณะ** ประกอบด้วยรายการอุปกรณ์ ดังต่อไปนี้ 1) Generated Bipolar Forceps 2) Bipolar Forceps for Robotic surgery/ Maryland Bipolar Forceps 3) Monopolar Curved Scissors หรือ Permanent Cautery Hook 4) Large Suture-Cut Needle Driver หรือ Needle Driver 5) Forceps for Robotic surgery 6) Camera Lens 7) Arm Drape 8) Column Drape 9) Canula 5-8 mm 10) Bladeless Obturator 8 mm 11) Canula 12 mm 12) Suture materials **ข้อบ่งชี้** เป็นชุดอุปกรณ์พื้นฐานสำหรับการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด	ชุดละ	100,000
259	**9107**	**9.1.7 ชุดอุปกรณ์จี้ปิด และตัดต่อสำหรับการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (Robotic Surgery)** **ลักษณะ** ประกอบด้วยอุปกรณ์ ดังต่อไปนี้ 1) Clip Applier คุณลักษณะเป็นเครื่องมือเฉพาะสำหรับหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ใช้ยึดจับคลิปหนีบเส้นเลือด (Vessel) หรือท่อ (Duct) เพื่อให้ควบคุมการหนีบได้แน่นและตรงตำแหน่งที่ต้องการ โดยใช้ร่วมกับลูกคลิปสำหรับหนีบเส้นเลือดขนาดกลางที่สามารถหนีบจับเส้นเลือดที่มีขนาด 3-10 มิลลิเมตร และขนาดใหญ่ที่สามารถหนีบจับเส้นเลือดที่มีขนาด 5-13 มิลลิเมตร 2) อุปกรณ์จี้ปิดตัดสำหรับการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (Vascular sealing and cutting Device for Robotic Surgery) อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 2.1) Energy-based vascular Sealer 2.2) Harmonic Scalpel 2.3) Cavitron Ultrasonic Surgical Aspirator (CUSA) 3) Endo GIA Staplers คุณลักษณะเป็นเครื่องมือเฉพาะสำหรับหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดใช้ตัดปิดหรือตัดเย็บเนื้อเยื่อโดยใช้ร่วมกับตลับบรรจุลวดเย็บเนื้อเยื่อ มีความยาวตั้งแต่ 30-60 มิลลิเมตร **ข้อบ่งชี้** เป็นชุดอุปกรณ์เพิ่มเติมสำหรับการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด	ครั้งละ	30,000

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		9.2 รายการฟันเทียมถอดได้และอุปกรณ์ **หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกฟันเทียม** 1) ฟันเทียมถอดได้และอุปกรณ์ ให้มีสิทธิเบิกได้คนละไม่เกินชิ้นละ/ชุดละ ภายในระยะเวลา 5 ปี (โดยให้ระบุตำแหน่งที่ทำแต่ละครั้ง) 2) การเบิกฟันเทียมทั้งหมด ราคาที่ให้เบิกเป็นราคาที่เหมาจ่ายและได้รวมค่าวัสดุที่ใช้ในการพิมพ์ปากแล้ว 3) สำหรับอุปกรณ์ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ รายการ 9.2.0.4 และ 9.2.0.5 ในกรณีที่จำเป็นต้องใช้ตะขอ ราคาตะขอจะรวมอยู่กับราคาฟันเทียมบางส่วนถอดได้แล้ว		
		9.2.0 ฟันเทียมทั้งปากถอดได้		
260	**9202**	**9.2.0.2 ฟันเทียมทั้งปาก ถอดได้ 1 ชิ้น บนหรือล่าง (Single Denture)** **ลักษณะ** ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ฐานอะคริลิก ชิ้นเดียว **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปทั้งหมด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร	ชิ้นละ	2,400
261	**9203**	**9.2.0.3 ฟันเทียมทั้งปาก ถอดได้ 2 ชิ้น บนและล่าง (Complete Denture)** **ลักษณะ** ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ฐานอะคริลิก สองชิ้น **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปทั้งหมด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร	ชุดละ	4,400
262	**9204**	**9.2.0.4 ฟันเทียมบางส่วน ถอดได้ 1-5 ซี่** **ลักษณะ** ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานอะคริลิก **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติบางซี่ที่สูญเสียไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร	ชิ้นละ	1,300
263	**9205**	**9.2.0.5 ฟันเทียมบางส่วน ถอดได้ มากกว่า 5 ซี่** **ลักษณะ** ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานอะคริลิก **ข้อบ่งชี้** ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติบางซี่ที่สูญเสียไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร	ชิ้นละ	1,500
264	**9220**	**9.2.20 ชุดรากฟันเทียมพร้อมอุปกรณ์จับยึดฟันเทียมทั้งปาก *** **ลักษณะ** 1. ใช้เป็นอุปกรณ์จับยึดฟันเทียมสำหรับผู้ที่มีฟันเทียมทั้งปากแบบถอดได้ 2. ประกอบด้วยชิ้นส่วนในการใช้งาน 3 ชิ้น ร่วมกับฟันเทียมแบบถอดได้ ได้แก่ 2.1 รากฟันเทียม (Implant Fixture) 2.2 เดือยรับฟันเทียม (Abutment) 2.3 ชุดจับยึดฟันเทียม (Abutment Accessory) **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้สูญเสียฟันทั้งหมดของขากรรไกรบนและหรือขากรรไกรล่างซึ่งทันตแพทย์พิจารณาแล้วพบว่ามีการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรเป็นอย่างมากจนไม่สามารถใส่ฟันเทียมตามวิธีการปกติได้	ชุดละ	สนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ

* สำนักงานสนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ผ่านระบบ Vender Managed Inventory: VMI ดังนี้

๑. ชุดประสาทหูเทียม รหัส 2405, 2405A

๒. ชุดสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ ด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent) รหัส 4305A, 4305B, 4305C และ 4305D

๓. รากฟันเทียม รหัส 9220

กรณีที่สำนักงานไม่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเป็นอุปกรณ์ตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษได้ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามอัตราที่จัดหาได้ตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

** เป็นรหัสอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาที่มีในบัญชีนวัตกรรมไทย สำนักงานสนับสนุนให้มีการใช้ผลิตภัณฑ์/บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในบัญชีนวัตกรรม โดยหน่วยบริการบันทึก เบิกในรหัส และราคาตามประกาศนี้

<u>หมายเหตุ</u>:

๑. การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม อุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผลซ้ำซ้อน-การตัดเท้า การใช้เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ การใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม การผ่าตัดใส่รากฟันเทียม สำหรับผู้สูญเสียฟันทั้งหมดของขากรรไกรบนและ/หรือขากรรไกรล่าง และบริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ

๒. อุปกรณ์ รหัส 0604 ถุงเก็บปัสสาวะหน้าท้อง (Urostomy) ชนิดใช้ระยะยาว เป็นรายการที่เทียบเคียงกับรายการเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา (วัสดุสิ้นเปลือง) ของกรมบัญชีกลาง จึงขึ้นต้นด้วยรหัส “0”

รายการและอัตราจ่าย อุปกรณ์ อวัยวะเทียม สำหรับคนพิการ

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
	2.5	**เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการ**			
		ข้อบ่งชี้ทั่วไปของการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง 1. ใช้กับคนพิการที่สูญเสียการได้ยิน 2 หู และมีการได้ยินที่ยังคงเหลืออยู่ (Residual Hearing) ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด และมีลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1.1 ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาหรือการผ่าตัดหรือมีข้อห้ามในการผ่าตัดหรือปฏิเสธการผ่าตัด 1.2 สูญเสียการได้ยินแบบประสาทหูเสื่อมอย่างเฉียบพลันหลังการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 100 วัน 1.3 การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการสื่อความหมายและการดำรงชีวิตประจำวัน หรือทำให้คุณภาพชีวิตลดลง 1.4 การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาภาษาและการพูด หรือมีความพิการซ้อน 2. ระดับการสูญเสียการได้ยิน มีการสูญเสียการได้ยินทั้งสองข้าง โดยข้างที่ดีกว่าจะต้องมีค่าเฉลี่ยของระดับการได้ยินทางอากาศ (Air Conduction Threshold) ของความถี่ 500, 1,000 และ 2,000 เฮิรตซ์ เท่ากับหรือมากกว่า 40 เดซิเบล จากการตรวจวัดการได้ยินตามมาตรฐานวิชาชีพ			ตามแนวเวชปฏิบัติและมาตรฐานวิชาชีพที่ราชวิทยาลัยโสตศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมโสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทยกำหนด
1	**2505**	**2.5.5 เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบดิจิทัล** **ลักษณะ** 1. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) 50-90 เดซิเบล 2. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) 100-3,000 เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า 3. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า 120 เดซิเบล **ข้อบ่งชี้** 1. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการใช้มือ การควบคุมปรับปุ่มต่าง ๆ การเปลี่ยนแบตเตอรี่ การใส่เครื่อง เช่น ผู้สูงอายุ คนตาบอด ผู้ที่มีความพิการ 2. ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคศาสตร์ของใบหน้า เช่น ผู้ที่ไม่มีใบหู ใบหูขนาดเล็ก หรือช่องหูผิดปกติ ที่ไม่สามารถเลือกใช้เครื่องช่วยฟังแบบอื่นได้ 3. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (แบตเตอรี่สำหรับแบบกล่องราคาถูกกว่าแบบอื่น ๆ) 4. ผู้ที่มีความลำบากในการหาซื้อแบตเตอรี่ (แบตเตอรี่สำหรับเครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ถ่าน AA, AAA หาซื้อได้ง่าย)	เครื่องละ	9,000	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย 3,000 บาท

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		5. ผู้ต้องการเครื่องช่วยฟังที่มีความทนทานเป็นพิเศษ เช่น เด็กที่มีความพิการซ้ำซ้อน **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 3 ปี			
2	**2506**	**2.5.6 เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบแอนาล็อก** **ลักษณะ** 1. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) 50-90 เดซิเบล 2. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) 100 - 3,000 เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า 3. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า 120 เดซิเบล **ข้อบ่งชี้** 1. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการใช้มือ การควบคุมปรับปุ่มต่าง ๆ การเปลี่ยนแบตเตอรี่ การใส่เครื่อง เช่น ผู้สูงอายุ คนตาบอด ผู้ที่มีความพิการ 2. ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคศาสตร์ของใบหน้า เช่น ผู้ที่ไม่มีใบหู ใบหูขนาดเล็ก หรือช่องหูผิดปกติที่ไม่สามารถเลือกใช้เครื่องช่วยฟังแบบอื่นได้ 3. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (แบตเตอรี่สำหรับแบบกล่องราคาถูกกว่าแบบอื่น ๆ) 4. ผู้ที่มีความลำบากในการหาซื้อแบตเตอรี่ แบตเตอรี่สำหรับเครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ถ่าน AA, AAA หาซื้อได้ง่าย 5. ผู้ต้องการเครื่องช่วยฟังที่มีความทนทานเป็นพิเศษ เช่น เด็กที่มีความพิการซ้ำซ้อน **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 3 ปี	เครื่องละ	7,000	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย 3,000 บาท
3	**2507**	**2.5.7 เครื่องช่วยฟังแบบทัดหลังใบหู ระบบดิจิทัล** **ลักษณะ** 1. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) 40-90 เดซิเบล 2. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) 100-3,900 เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า 3. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า 110 เดซิเบล **ข้อบ่งชี้** 1. เหมาะสำหรับเด็กและทุกวัย 2. ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินระดับน้อยจนถึงรุนแรงมาก **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 3 ปี	ข้างละ	12,000	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย 3,000 บาท

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
4	**2508**	**2.5.8 เครื่องช่วยฟังแบบใส่ในช่องหู ระบบดิจิทัล** **ลักษณะ** 1. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) 30-70 เดซิเบล 2. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) 100-4,900 เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า 3. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า 100 เดซิเบล **ข้อบ่งชี้** 1. ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินระดับน้อยจนถึงรุนแรง 2. ผู้ใหญ่หรือผู้ที่มีกิจกรรมมาก 3. เด็กที่อายุมากกว่า 7 ปี หรือเด็กที่มีการพัฒนาใบหูช่องหูเต็มที่แล้ว เด็กในวัยเรียน 4. ผู้ที่ทำงานที่ต้องมีการรับโทรศัพท์บ่อย หรือต้องใช้เครื่องช่วยฟังร่วมกับที่ครอบหู 5. ผู้ที่ไม่มีปัญหาในการใช้มือ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 3 ปี	ข้างละ	12,500	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย 1,500 บาท
5	**2509**	**2.5.9 เครื่องช่วยฟังแบบนำเสียงผ่านกระดูกแบบหูเดียว ระบบดิจิทัล** **ลักษณะ** 1. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) ไม่ต่ำกว่า 60 เดซิเบล 2. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) 130-3,300 เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า 3. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า 120 เดซิเบล **ข้อบ่งชี้** 1. ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินแบบทางนำเสียงบกพร่อง (Conductive Hearing Loss) ซึ่งไม่สามารถใช้เครื่องช่วยฟังแบบอื่นๆ ได้ เช่น มีการติดเชื้อที่หู เป็นหูน้ำหนวกเรื้อรัง มีน้ำไหลออกจากหู 2. ผู้ที่ไม่มีใบหู ช่องหูผิดปกติ หรือไม่มีช่องหู **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 3 ปี	เครื่องละ	12,500	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย 1,500 บาท
		แขนเทียม (Prosthesis, upper extremity)			
		ข้อบ่งชี้ทั่วไป ของการใช้อุปกรณ์ส่วนปลายที่มีระบบการใช้งาน (มือ 5 นิ้ว หรือมือตะขอ) หรือ Body-Powered Prosthesis คือ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ต้องมีการเคลื่อนไหวข้อต่อไหล่ (shoulder joint) รวมทั้ง scapulothoracic motion ที่ปกติ และกำลังกล้ามเนื้อรอบหัวไหล่ที่แข็งแรง สามารถออกแรงดึงหรือควบคุมสายบังคับของอุปกรณ์ส่วนปลายได้ (การเคลื่อนไหวที่สำคัญ คือ glenohumeral			

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		flexion และ scapular abduction) สำหรับการเลือกใช้ Body-Powered Prosthesis สิ่งที่จำเป็นต้องประเมินและฝึกให้ผู้ป่วย/คนพิการ คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย 1) Scapular Abduction 2) Chest Expansion 3) Shoulder Depression, Extension และ Abduction 4) Humeral Flexion 5) Elbow Flexion และ Extension 6) Forearm Pronation และ Supination			
6	8101	**8.1.1 แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วมีระบบการใช้งาน** **ลักษณะ** 1. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ 5 นิ้ว สามารถใช้งานได้ระบบดึงแล้วอ้า 2. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า 30 ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC 3. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม 4. สายเคเบิลควบคุม เป็นชนิดสายเอ็น หรือสายโลหะปลอดสนิมพร้อมตัวยึดสาย 5. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง 2.5-3.5 ซม. พร้อมวงแหวน (Oring) ขอบมนทำด้วย สแตนเลส พร้อมนอต แป้นยึดสาย 6. เบ้าแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติก **ข้อบ่งชี้** 1. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) 2. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อมือเทียม (Wrist Component) และมือเทียม (Terminal Device) ได้ 3. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสม สำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) 4. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดมือมีห้านิ้วมีระบบการใช้งานมือเทียม **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	36,500	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
7	**8102**	**8.1.2 แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้ว ไม่มีระบบการใช้งาน** **ลักษณะ** 1. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ 5 นิ้ว ชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ 2. ข้อมือใช้ต่อกับมือเทียม 3. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า 30 ซม. ทำจากยาง หรือวัสดุชนิด PVC 4. เบ้าแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติก **ข้อบ่งชี้** 1. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) 2. ความยาวของตอแขน อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อมือเทียม (Wrist Component) และมือเทียม (Terminal Device) ได้ 3. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการความสวยงามหรือในผู้ป่วย/คนพิการกลุ่มผู้สูงอายุ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	17,200	
8	**8103**	**8.1.3 แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะ** **ลักษณะ** 1. มือตะขอโลหะทำด้วยโลหะปลอดสนิม 2. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม 3. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายโลหะปลอดสนิม พร้อมตัวยึดสาย 4. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง 2.5-3.5 ซม. พร้อมวงแหวน (O ring) ขอบมนทำด้วย สแตนเลส พร้อมนอตแป้นยึดสาย 5. เบ้าแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก **ข้อบ่งชี้** 1. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) 2. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อมือเทียม (Wrist Component) และมือเทียม ชนิดตะขอโลหะ (Terminal Device) ได้	ข้างละ	28,500	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		3. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) 4. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดตะขอโลหะมีระบบการใช้งานที่ต้องการใช้หยิบจับสิ่งของขนาดเล็กหรืองานที่ต้องการความละเอียดสูง **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี			
9	**8104**	**8.1.4 แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วไม่มีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ** **ลักษณะ** 1. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ 5 นิ้วชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ 2. ข้อมือใช้ต่อกับมือเทียม 3. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า 30 ซม. ทำจากยาง หรือวัสดุชนิด PVC 4. ข้อศอกปรับล็อกได้ด้วยมือ (manual lock) 5. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติก **ข้อบ่งชี้** 1. ใช้สำหรับผู้ป่วย/คนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) หรือระดับศอก (Elbow disarticulation amputation level) 2. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อศอกเทียม (Elbow joint unit) ได้ 3. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดมือมีห้านิ้ว ไม่มีระบบการใช้งานมือเทียม **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	37,000	
10	**8105**	**8.1.5 แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลาย ชนิดตะขอโลหะข้อศอกล๊อกได้ด้วยมือ** **ลักษณะ** 1. มือตะขอโลหะทำด้วยโลหะปลอดสนิม 2. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม 3. ข้อศอกปรับล็อกได้ด้วยมือ (manual lock) 4. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายโลหะปลอดสนิมพร้อมตัวยึดสาย	ข้างละ	48,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		5. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสาย ที่มีความกว้างระหว่าง 2.5–3.5 ซม. พร้อมวงแหวน (Oring) ขอบมนทำด้วย สแตนเลส พร้อมนอตแป้นยึดสาย 6. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก **ข้อบ่งชี้** 1. ใช้สำหรับผู้ป่วย/คนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) หรือระดับศอก (Elbow disarticulation amputation level) 2. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อศอกเทียม (Elbow joint unit) ได้ 3. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) 4. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดตะขอโลหะ มีระบบการใช้งานที่ต้องการใช้หยิบจับสิ่งของขนาดเล็ก หรืองานที่ต้องการความละเอียดสูง **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี			
11	**8106**	**8.1.6 แขนเทียมชิดไหล่หรือแนบไหล่ส่วนปลายชนิดห้านิ้วไม่มีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ (ระบบแกนนอก)** **ลักษณะ** 1. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ 5 นิ้ว ชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ 2. ข้อมือใช้ต่อกับมือเทียม 3. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า 30 ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC 4. ข้อศอกปรับล็อกได้ด้วยมือ (manual lock) 5. เบ้าแขนเทียมระดับชิดไหล่หรือแนบไหล่ ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก **ข้อบ่งชี้** 1. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับไหล่ (Shoulder disarticulation level) 2. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดมือมีห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งานมือเทียม 3. การตัดระดับนี้ความยาวตอแขนและกล้ามเนื้อที่เหลืออยู่มีไม่เพียงพอต่อการควบคุมการทำงานของแขนเทียม **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	38,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
12	**8107**	**8.1.7 แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วมีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ** **ลักษณะ** 1. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ 5 นิ้ว สามารถใช้งานได้ระบบดึงแล้วอ้า 2. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า 30 ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC 3. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม 4. ข้อศอกปรับล็อกได้ด้วยมือ (manual lock) 5. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายเอ็นหรือสายโลหะปลอดสนิม พร้อมตัวยึดสาย 6. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง 2.5-3.5 ซม. พร้อมวงแหวน (Oring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลส พร้อมนอตแป้นยึดสาย 7. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก **ข้อบ่งชี้** 1. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) 2. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อศอกเทียม (Elbow joint unit) ได้ 3. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	56,000	
		ส่วนประกอบแขนเทียมสำหรับกรณีซ่อม			
13	**8108**	**8.1.8 เบ้าแขนเทียมใต้ศอก** **ลักษณะ** ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก แบบขอบเบ้า ขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนที่เหลืออยู่ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับผู้ป่วย/คนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) **อายุการใช้งาน** หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ 2 ครั้งใน 1 ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	2,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
14	**8109**	**8.1.9 เบ้าแขนเทียมระดับศอก** **ลักษณะ** ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมระดับศอก แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนที่เหลืออยู่ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับระดับศอก (Elbow disarticulation amputation level) **อายุการใช้งาน** หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ 2 ครั้งใน 1 ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	3,000	
15	**8110**	**8.1.10 เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก** **ลักษณะ** ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมระดับเหนือศอก แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนที่เหลืออยู่ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) **อายุการใช้งาน** หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ 2 ครั้งใน 1 ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	3,000	
16	**8111**	**8.1.11 เบ้าแขนเทียมระดับไหล่** **ลักษณะ** ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมระดับไหล่ แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนเหลืออยู่ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับไหล่ (Shoulder disarticulation level) **อายุการใช้งาน** หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ 2 ครั้งใน 1 ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	4,000	
17	**8112**	**8.1.12 สายบังคับแขนเทียม/มือเทียม** **ลักษณะ** ทำหน้าที่ยึดแขนเทียมกับตอแขนที่เหลืออยู่ ควบคุมการล็อกและปลดล็อกของข้อศอกและการทำงานหุบอ้าของมือเทียมหรือการเคลื่อนไหวของอุปกรณ์ส่วนปลาย **ข้อบ่งชี้** สำหรับคนพิการที่ใช้แขนเทียมระดับต่าง ๆ ที่มีระบบการใช้งาน **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	เส้นละ	3,200	
18	**8114**	**8.1.14 มือเทียมห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งาน** **ลักษณะ** มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ 5 นิ้ว ชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ ทำจากโฟมนุ่มมีหลายขนาดให้เลือก รูปร่างเหมือนมือและใช้ร่วมกับถุงมือเทียมสวยงาม **ข้อบ่งชี้** สำหรับเปลี่ยนเฉพาะมือเทียมชนิดห้านิ้ว ไม่มีระบบการใช้งาน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	8,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
19	**8115**	**8.1.15 มือตะขอโลหะ** **ลักษณะ** 1. มือตะขอโลหะทำด้วยโลหะปลอดสนิม หุ้มด้วยพลาสติก 2. เป็นตะขอสำหรับถือ จับ หิ้วอุปกรณ์/เครื่องมือ สามารถอ้าหรือหุบได้ตามความต้องการของคนพิการ ควบคุมการใช้งานด้วยลำตัว **ข้อบ่งชี้** สำหรับเปลี่ยนเฉพาะมือเทียมตะขอโลหะ กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	20,000	
20	**8116**	**8.1.16 มือเทียมห้านิ้วมีระบบการใช้งาน** **ลักษณะ** สามารถอ้าหรือหุบได้ตามความต้องการของผู้พิการ ควบคุมการใช้งานด้วยลำตัว **ข้อบ่งชี้** สำหรับเปลี่ยนเฉพาะมือเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ชิ้นละ	21,000	
21	**8117**	**8.1.17 ข้อมือเทียมชนิดโลหะ** **ลักษณะ** เป็นส่วนประกอบที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และมือเทียม/มือตะขอโลหะ โดยข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม **ข้อบ่งชี้** สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อมือเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถ ซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ชิ้นละ	5,000	
22	**8118**	**8.1.18 ข้อมือเทียมชนิดไม้** **ลักษณะ** เป็นส่วนประกอบที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และมือเทียม/มือตะขอโลหะ โดยข้อมือทำจากไม้ เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม **ข้อบ่งชี้** สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อมือเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ชิ้นละ	1,900	
23	**8119**	**8.1.19 ข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ** **ลักษณะ** 1. เป็นส่วนประกอบของข้อศอกเทียมที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และแขน/เบ้าท่อนบน (Arm) เพื่อประกอบเป็นแขนเทียม 2. ข้อศอกเทียมเป็นชนิดปรับล็อกได้ด้วยมือ (manual lock) **ข้อบ่งชี้** สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อศอกเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ชิ้นละ	19,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
24	**8120**	**8.1.20 ข้อศอกเทียมล็อกได้แบบอัตโนมัติ** **ลักษณะ** 1. เป็นส่วนประกอบของข้อศอกเทียมที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และแขน/เบ้าท่อนบน (Arm) เพื่อประกอบเป็นแขนเทียม 2. ข้อศอกเทียมเป็นชนิดปรับล็อกได้แบบอัตโนมัติ **ข้อบ่งชี้** สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อศอกเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ชิ้นละ	40,000	
25	**8121**	**8.1.21 ข้อศอกเทียมล็อกได้ด้วยสายบังคับ** **ลักษณะ** 1. เป็นส่วนประกอบของข้อศอกเทียมที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และแขน/เบ้าท่อนบน (Arm) เพื่อประกอบเป็นแขนเทียม 2. ข้อศอกเทียมเป็นชนิดปรับล็อกได้ด้วยสายบังคับ **ข้อบ่งชี้** สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อศอกเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ชิ้นละ	45,000	
26	**8122**	**8.1.22 สายรัดแขนเทียม** **ลักษณะ** สายคล้องรัดพยุงแขนเทียมกับลำตัว เป็นชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) ทำจากสายไนล่อนเป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง 2.5-3.5 ซม. พร้อมวงแหวน (Oring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลสพร้อมนอตแป้นยึดสาย **ข้อบ่งชี้** สำหรับเปลี่ยนเฉพาะสายรัดแขนเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	เส้นละ	250	
		ขาเทียม (Prosthesis, lower extremity)			
		ใช้ในผู้ที่ขาขาดเพื่อทดแทนขาที่หายไปเพื่อประโยชน์ในการยืนเดิน			
27	**8201**	**8.2.1 ขาเทียมระดับข้อเท้า (Symes)** **ลักษณะ** ขาเทียมระดับข้อเท้าที่มีเบ้าขาเทียมติดกับเท้าเทียมโดยตรง ประกอบด้วย 1. เบ้าขาเทียมระดับข้อเท้า ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน 2. เท้าเทียม ชนิดไม่มีข้อ หรือเท้าเทียมแบบเฉพาะสำหรับขาเทียมระดับข้อเท้า **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับข้อเท้า (Syme/Ankle disarticulation amputation level) **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	11,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
28	**8202**	**8.2.2 ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนนอก** **ลักษณะ** ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนนอก ใช้ไม้หรือโฟมสังเคราะห์เชื่อมระหว่างเบ้าขาเทียม ข้อเท้าเทียมและเท้าเทียม ภายหลังจัดแนวขาเทียมจะใช้วิธีตกแต่งรูปร่างของไม้หรือโฟมสังเคราะห์ให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง แล้วเคลือบด้วยเรซิ่นอีกครั้งเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ประกอบด้วย 1. เบ้าขาเทียมใต้เข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน 2. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot 3. ข้อเท้าไม้ โดยมีหัวฝังหกเหลี่ยมพร้อมแป้นดาวกระจายและแหวนสปริง เพื่อใช้ยึดกับนอต ยึดฝ่าเท้า 4. นอตยึดฝ่าเท้า 5. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) 6. แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส 1 ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มีก็ได้) **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า (Trans tibial amputation level) **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	ข้างละ	6,000	
29	**8203**	**8.2.3 ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน** **ลักษณะ** ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน มีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียม และเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียม จะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็งในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย 1. เบ้าขาเทียมใต้เข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน 2. ตัวยึดเบ้าขาเทียม 3. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง 4. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ 5. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ ตัวยึดเท้าเทียม 6. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot 7. นอตยึดฝ่าเท้า 8. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) 9. แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส 1 ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) 10. โฟมขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี)	ข้างละ	12,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ 1. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า (Trans tibial amputation level) 2. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือคนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม **<u>อายุการใช้งาน</u> :** ไม่น้อยกว่า 1 ปี			
30	**8204**	**8.2.4 ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนนอก** **ลักษณะ** ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนนอก ใช้ไม้หรือโฟมสังเคราะห์เชื่อมระหว่างข้อเข่าขาเทียมข้อเท้าเทียม และเท้าเทียม ภายหลังจัดแนวขาเทียมจะใช้วิธีตกแต่งรูปร่างของไม้หรือโฟมสังเคราะห์ให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่งแล้วเคลือบด้วยเรซิ่นอีกครั้งเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ประกอบด้วย 1. เบ้าขาเทียมระดับเข่า ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อน หรือไม่มีเบ้าอ่อน 2. ข้อเข่าแบบประกบข้างนอกและข้างในข้อ ชนิด Outside hinge joint ทำจากสแตนเลส หรือโลหะอย่างดี 3. หน้าแข้งขาเทียม ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก 4. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot 5. ข้อเท้าไม้ โดยมีหัวฝังหกเหลี่ยม พร้อมแป้นดาวกระจายและแหวนสปริง เพื่อใช้ยึดกับนอตยึดฝ่าเท้า 6. นอตยึดฝ่าเท้า 7. สายเข็มขัดขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) 8. แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส 1 ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับข้อเข่า (Knee Disarticulation level) **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	21,000	
31	**8205**	**8.2.5 ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนนอก** **ลักษณะ** ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนนอก ใช้ไม้หรือโฟมสังเคราะห์เชื่อมระหว่างเบ้าขาเทียมต่อกับข้อเข่าเทียม และระหว่างข้อเข่าเทียมกับข้อเท้าเทียมและเท้าเทียม ภายหลังจัดแนวขาเทียมจะใช้วิธีตกแต่งรูปร่างของไม้หรือโฟมสังเคราะห์ให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง แล้วเคลือบด้วยเรซิ่นอีกครั้งเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ประกอบด้วย 1. เบ้าขาเทียมระดับเหนือเข่า ผลิตจากเรซิ่น หรือพลาสติกชนิด มีเบ้าอ่อน หรือไม่มีเบ้าอ่อน	ข้างละ	26,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		2. ข้อเข่าชนิดแกนเดี่ยวพร้อมระบบเบรกอัตโนมัติ มีตัวช่วยเหยียดข้อเข่าและปรับความฝืดข้อเข่าได้ 3. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot 4. ข้อเท้าไม้ โดยมีหัวฝังหกเหลี่ยมพร้อมแป้นดาวกระจายและแหวนสปริงเพื่อใช้ยึดกับนอตยึดฝ่าเท้า 5. นอตยึดฝ่าเท้า 6. สายเข็มขัดขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) 7. แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส 1 ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเหนือเข่า (Trans femoral amputation level) **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี			
32	**8206**	**8.2.6 ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน** **ลักษณะ** ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน มีตัวต่อเบ้าเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียมกับข้อเข่าเทียมและมีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างข้อเข่าและเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็ง ในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย 1. เบ้าขาเทียมเหนือเข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน 2. ตัวยึดเบ้าขาเทียม 3. ข้อเข่าเทียม ชนิดแกนเดี่ยว หรือหลายแกน ตามความแข็งแรงและเหมาะสมกับกิจกรรมของคนพิการ 4. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง 5. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ 6. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ ตัวยึดเท้าเทียม 7. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot หรือแกนเดี่ยว หรือหลายแกน 8. นอตยึดฝ่าเท้า 9. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) 10. แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส 1 ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมี หรือไม่มี) 11. โฟมขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี)	ข้างละ	28,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ 1. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเหนือเข่า (Transfemoral amputation level) 2. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือคนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี			
33	**8209**	**8.2.9 เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ** **ลักษณะ** เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ แบ่งออกเป็นหลายๆ แบบ ตัวอย่าง เช่น Solid Ankle Cushion Heel (SACH), Single-axis, Multiaxial, Flexible keel และ Dynamic response เป็นต้น **ข้อบ่งชี้** สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเท้าเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	ข้างละ	3,000	
34	**8218**	**8.2.18 เบ้าขาเทียมใต้เข่า/ข้อเท้า** **ลักษณะ** ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับใต้เข่า/ข้อเท้า แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ **ข้อบ่งชี้** 1. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้าขาเทียม 2. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า/ข้อเท้า **อายุการใช้งาน** หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ 2 ครั้งใน 1 ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	3,000	
35	**8219**	**8.2.19 เบ้าขาเทียมระดับเข่า** **ลักษณะ** ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับเข่าแบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ **ข้อบ่งชี้** 1. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้าขาเทียม 2. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเข่า **อายุการใช้งาน** หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ 2 ครั้งใน 1 ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	4,000	
36	**8220**	**8.2.20 เบ้าขาเทียมเหนือเข่า** **ลักษณะ** ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับเหนือเข่า แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่	ข้างละ	4,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ 1. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า 2. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเหนือเข่า **อายุการใช้งาน** หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ 2 ครั้งใน 1 ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 2 ปี			
37	**8221**	**8.2.21 เบ้าขาเทียมระดับสะโพก** **ลักษณะ** ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับเหนือเข่า แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ **ข้อบ่งชี้** 1. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า 2. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับสะโพก **อายุการใช้งาน** หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ 2 ครั้งใน 1 ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	6,000	
38	**8222**	**8.2.22 สายเข็มขัดเทียม/สายยึดเบ้าขาเทียม** **ลักษณะ** เป็นสายเข็มขัดหนังหรือไนลอน เพื่อยึดเบ้าขาเทียมกับลำตัวของคนพิการ **ข้อบ่งชี้** 1. ใช้สำหรับยึดขาเทียมระดับใต้เข่า (Supracondylar cuff suspension) 2. ใช้สำหรับยึดขาเทียมระดับเหนือเข่า/ระดับเข่า (Silesian band) **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	250	
39	**8223**	**8.2.23 แป้นสายเข็มขัด** **ข้อบ่งชี้** 1.ใช้สำหรับยึดสายเข็มขัดขาเทียมระดับใต้เข่า/เหนือเข่า/ระดับเข่า 2. ใช้ควบคู่กับสายเข็มขัดขาเทียม **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	คู่ละ	100	
40	**8224**	**8.2.24 ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนในเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis)** **ลักษณะ** ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน มีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียม และเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็ง ในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย	ข้างละ	30,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		1. เบ้าขาเทียมใต้เข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน 2. ตัวยึดเบ้าขาเทียม 3. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง 4. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ 5. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ ตัวยึดเท้าเทียม 6. เท้าเทียมชนิด Single axis 7. นอตยึดฝ่าเท้า 8. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) 9. แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส 1 ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) 10. โฟมขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) **ข้อบ่งชี้** 1. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า (Trans tibial amputation level) 2. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ ผู้สูงอายุ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือ คนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม มีกำลังกล้ามเนื้อไม่เพียงพอในการควบคุมข้อเข่าในช่วงการเดินได้ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี			
41	**8225**	**8.2.25 ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนใน** **ลักษณะ** ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนใน มีตัวต่อเบ้าเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียมกับข้อเข่าเทียมและมีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างข้อเข่าและเท้าเทียม โดยส่วน ประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็งในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย 1. เบ้าขาเทียมระดับข้อเข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน 2. ตัวยึดเบ้าขาเทียม 3. ข้อเข่าเทียมชนิดแกนเดี่ยวหรือหลายแกนตามความแข็งแรงและเหมาะสมกับกิจกรรมของคนพิการ 4. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง 5. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ 6. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ตัวยึดเท้าเทียม 7. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot หรือแกนเดี่ยวหรือหลายแกน	ข้างละ	28,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		8. นอตยึดฝ่าเท้า 9. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) 10. แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส 1 ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) 11. โฟมขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) **ข้อบ่งชี้** 1. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับข้อเข่า (Knee Disarticulation level) 2. คนพิการสามารถลงน้ำหนักที่ปลายตอขาได้ 3. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือคนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี			
		ส่วนประกอบขาเทียมสำหรับกรณีซ่อม			
42	8226	**8.2.26 ข้อเข่าเทียมแบบแกนใน** **ลักษณะ** เป็นชิ้นส่วนข้อเข่าเทียมเพื่อประกอบขาเทียมแบบแกนในระดับข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพก **ข้อบ่งชี้** สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะข้อเข่าเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	13,000	
43	8227	**8.2.27 ข้อเท้าสำหรับเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis ankle joint)** **ลักษณะ** ข้อเท้าโลหะอย่างดีชนิดแกนเดี่ยวสามารถขยับกระดกขึ้นลงได้ในแนวหน้าหลัง มีลูกยางด้านหลังสำหรับประคองขณะกระดกข้อเท้าลง **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะข้อเท้าสำหรับเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	ข้างละ	2,500	
44	8228	**8.2.28 เท้าหลุมสำหรับข้อเท้าโยกได้** **ลักษณะ** เป็นเท้าเทียมชนิดพิเศษที่ใช้ประกอบกับข้อเท้าโยก (Single Axis Ankle Joint) **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับเปลี่ยนเท้าเทียมกับขาเทียมแกนในที่มีข้อเท้าโยกได้ **อายุการใช้งาน** 1 ปี	ข้างละ	3,000	
45	8229	**8.2.29 แป้นยึดฝ่าเท้าเทียมระบบแกนใน / ตัวยึดเท้าเทียม** **ลักษณะ** เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดเท้าเทียมกับตัวยึดแกนขาเทียมเพื่อประกอบขาเทียมระดับใต้เข่า/ข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพกแบบแกนใน	ข้างละ	1,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะแป้นยึดฝ่าเท้าเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน :** ไม่น้อยกว่า 2 ปี			
46	8230	**8.2.30 แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง** **ลักษณะ** เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดระหว่างเบ้าขาเทียมหรือข้อเข่าเทียมกับเท้าเทียม เพื่อประกอบขาเทียมให้มีความยาวที่เหมาะสมใช้ได้กับ ขาเทียมระดับใต้เข่า/ข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพกแบบแกนใน **ข้อบ่งชี้** สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะแกน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	1,000	
47	8231	**8.2.31 ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ** **ลักษณะ** เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดระหว่างแป้นยึดฝ่าเท้าเทียมกับเบ้า ขาเทียม/ข้อเข่า เพื่อประกอบขาเทียมระดับใต้เข่า/ข้อเข่า/ เหนือเข่า/ สะโพก แบบแกนใน **ข้อบ่งชี้** สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะตัวยึด/ปลอกกรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	อันละ	1,000	
48	8232	**8.2.32 ตัวยึดเบ้าเทียม** **ลักษณะ** เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดระหว่างแกนขาเทียมกับเบ้าขาเทียมหรือข้อเข่าเทียม เพื่อประกอบขาเทียมระดับใต้เข่า/ข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพกแบบแกนใน **ข้อบ่งชี้** สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะตัวยึดเบ้าเทียม **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	1,000	
49	8233	**8.2.33 โฟมขาเทียมเหนือเข่า** **ลักษณะ** เป็นฟองน้ำหุ้มขาเทียมแกนในเพื่อความสวยงาม **ข้อบ่งชี้** สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะโฟมขาเทียมเหนือเข่าระบบแกนใน **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	อันละ	3,500	
50	8234	**8.2.34 โฟมขาเทียมใต้เข่า** **ลักษณะ** เป็นฟองน้ำหุ้มขาเทียมแกนในเพื่อความสวยงาม **ข้อบ่งชี้** สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะโฟมขาเทียมใต้เข่าระบบแกนใน **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	อันละ	1,500	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
51	**8235**	**8.2.35 ถุงน่องขาเทียมเหนือเข่า** **ลักษณะ** เป็นถุงน่องสำหรับหุ้มบนฟองน้ำหุ้มขาเทียมเหนือเข่าแกนในเพื่อความสวยงาม **ข้อบ่งชี้** สำหรับการเปลี่ยนถุงน่องหุ้มโฟมขาเทียมเหนือเข่าระบบแกนใน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	อันละ	200	
52	**8236**	**8.2.36 ถุงน่องขาเทียมใต้เข่า** **ลักษณะ** เป็นถุงน่องสำหรับหุ้มบนฟองน้ำหุ้มขาเทียมใต้เข่าแกนในเพื่อความสวยงาม **ข้อบ่งชี้** สำหรับการเปลี่ยนถุงน่องหุ้มโฟมขาเทียมใต้เข่าระบบแกนใน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	อันละ	200	
53	**8237**	**8.2.37 เท้าเทียมไดนามิก (Dynamic Prosthetic Foot) ซึ่งเป็นรายการในบัญชีนวัตกรรมไทย**** **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์เท้าเทียมไดนามิก โดยชิ้นส่วนหลักของเท้าเทียมไดนามิก ผลิตจากวัสดุคาร์บอนไฟเบอร์ ประกอบด้วย เท้าเทียมไดนามิก ฝ่าเท้าด้านหน้า (Forefoot) พร้อมวัสดุกันกระแทกด้านหน้า (Front Stropper) และตัวต่อด้านบน (Connector) ส้นเท้า (Heel) พร้อมวัสดุกันกระแทกด้านหลัง (Heel Support) ยางหุ้มเท้า(Foot Cover) พร้อมถุงเท้าไฟเบอร์กลาส **ข้อบ่งชี้** 1. ใช้สำหรับผู้พิการขาขาดที่มีความสามารถในการเดินอยู่ในระดับ K2 หรือสูงกว่า 2. มีน้ำหนักตัวไม่เกิน 100 กิโลกรัม **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี ยกเว้นยางหุ้มเท้าไม่น้อยกว่า 1 ปี	ข้างละ	29,000	
54	**8238**	**8.2.38 ฝ่าเท้าด้านหน้า (Forefoot)** **ลักษณะ** ทำจากวัสดุคาร์บอนไฟเบอร์ มีการออกแบบให้สามารถบิดตัวได้ในแนวด้านข้าง เช่น การผ่า หรือการเจาะร่องเป็นแนวยาว มีวัสดุกันกระแทกด้านหน้า (Front Stopper) และตัวต่อด้านบน (Connector) เป็นแบบพีระมิดทำจากวัสดุสแตนเลส **ข้อบ่งชี้** สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะฝ่าเท้าด้านหน้า (Forefoot) ของเท้าเทียมไดนามิก (Dynamic Prosthetic Foot) สำหรับกรณีซ่อม **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	18,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
55	**8239**	**8.2.39 ส้นเท้า (Heel)** **ลักษณะ** ทำจากวัสดุคาร์บอนไฟเบอร์ มีการผ่าให้สามารถบิดตัวได้ในแนวด้านข้างและมีวัสดุกันกระแทกด้านหลัง (Heel Stopper) **ข้อบ่งชี้** สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะส้นเท้า (Heel) ของเท้าเทียมไดนามิก (Dynamic Prosthetic Foot) สำหรับกรณีซ่อม **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	8,500	
56	**8240**	**8.2.40 ยางหุ้มเท้า (Foot Cover)** **ลักษณะ** ยางหุ้มเท้าเทียม สีเนื้อ ทำจากวัสดุโพลียูรีเทน หรือยางพารา ความยาวด้านในต้องสอดคล้องกับแกนในเท้าเทียมไดนามิกพอดี พร้อมถุงเท้าไฟเบอร์กลาสป้องกันการสึกหรอ **ข้อบ่งชี้** สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะยางหุ้มเท้า (Foot Cover) ของเท้าเทียมไดนามิก (Dynamic Prosthetic Foot) สำหรับกรณีซ่อม **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	ข้างละ	2,000	
57	**8241**	**8.2.41 อุปกรณ์ขาเทียมระดับใต้เข่าพร้อมเท้าเทียมไดนามิกในบัญชีนวัตกรรมไทย**** **ลักษณะ** ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน มีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียม และเท้าเทียมไดนามิก โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ประกอบด้วย 1) เบ้าขาเทียมใต้เข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน 2) ตัวยึดเบ้าขาเทียม 3) แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง 4) ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ 5) เท้าเทียมไดนามิก (Dynamic Prosthetic Foot) มีชิ้นส่วนหลักผลิตจากวัสดุคาร์บอนไฟเบอร์ สามารถเก็บพลังงานและมีแรงส่ง (Energy Storage) สามารถบิดตัวเข้าและออกในแนวด้านข้างลำตัวได้ (Inversion/Eversion Movement) สามารถงอส้นเท้าและปลายเท้าได้ (Plantar-Dorsi Flexion) ผ่านการทดสอบตามมาตรฐานสากล ISO10328 จากสถานที่ทดสอบที่ได้การรับรองมาตรฐาน ISO17025 และ ผ่านมาตรฐานระบบบริหารคุณภาพสำหรับเครื่องมือแพทย์ ISO13485 แล้ว และมีหลายขนาดให้เลือก โดยมีตารางเลือกเท้าให้เหมาะสมกับน้ำหนักและความยาวเท้าของผู้พิการ	ข้างละ	37,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		6) สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) 7) แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส 1 ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) 8) โฟมขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับผู้ป่วยอาจจะมีหรือไม่มี) **ข้อบ่งชี้** 1) ใช้กับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า (Trans Tibial Ambulation Level) 2) ใช้สำหรับผู้พิการขาขาดที่มีระดับกิจกรรม K2 หรือสูงกว่า อายุการใช้งาน ไม่น้อยกว่า 2 ปี ยกเว้นยางหุ้มเท้าเทียม ไม่น้อยกว่า 1 ปี			
58	8242	**8.2.42 อุปกรณ์ขาเทียมระดับเข่าพร้อมเท้าเทียมไดนามิกในบัญชีนวัตกรรมไทย**** **ลักษณะ** ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนใน มีตัวต่อเบ้าเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียมกับข้อเข่าเทียม และมีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างข้อเข่าและเท้าเทียมไดนามิก โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ประกอบด้วย 1) เบ้าขาเทียมระดับข้อเข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน 2) ตัวยึดเบ้าขาเทียม 3)ข้อเข่าเทียมชนิดแกนเดี่ยวหรือหลายแกนตามความแข็งแรงและเหมาะสมกับกิจกรรมของคนพิการ 4) แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง 5) ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ 6) เท้าเทียมไดนามิก (Dynamic Prosthetic Foot) มีชิ้นส่วนหลักผลิตจากวัสดุคาร์บอนไฟเบอร์ สามารถเก็บพลังงานและมีแรงส่ง (Energy Storage) สามารถบิดตัวเข้าและออกในแนวด้านข้างลำตัวได้ (Inversion/Eversion Movement) สามารถงอส้นเท้าและปลายเท้าได้ (Plantar-Dorsi Flexion) ผ่านการทดสอบตามมาตรฐานสากล ISO10328 จากสถานที่ทดสอบที่ได้การรับรองมาตรฐาน ISO17025 และ ผ่านมาตรฐานระบบบริหารคุณภาพสำหรับเครื่องมือแพทย์ ISO13485 แล้ว และมีหลายขนาดให้เลือก โดยมีตารางเลือกเท้าให้เหมาะสมกับน้ำหนักและความยาวเท้าของผู้พิการ 7) สายเข็มขัดขาเทียม (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) 8) แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส 1 ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี)	ข้างละ	53,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		9) โฟมขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) **ข้อบ่งชี้** 1) ใช้กับคนพิการที่ตัดขาระดับข้อเข่า (Knee Disarticulation Level) 2) ใช้สำหรับผู้พิการขาขาดที่มีระดับกิจกรรม K2 หรือสูงกว่า อายุการใช้งาน ไม่น้อยกว่า 2 ปี ยกเว้นยางหุ้มเท้าเทียม ไม่น้อยกว่า 1 ปี			
59	**8243**	**8.2.43 อุปกรณ์ขาเทียมระดับเหนือเข่าพร้อมเท้าเทียมไดนามิกในบัญชีนวัตกรรม**** **ลักษณะ** ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน มีตัวต่อเบ้าเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียมกับข้อเข่าเทียม และมีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างข้อเข่าและเท้าเทียมไดนามิก โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ประกอบด้วย 1)เบ้าขาเทียมระดับเหนือเข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน 2) ตัวยึดเบ้าขาเทียม 3) ข้อเข่าเทียมชนิดแกนเดี่ยวหรือหลายแกนตามความแข็งแรงและเหมาะสมกับกิจกรรมของคนพิการ 4) แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง 5) ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ 6) เท้าเทียมไดนามิก (Dynamic Prosthetic Foot) มีชิ้นส่วนหลักผลิตจากวัสดุคาร์บอนไฟเบอร์ สามารถเก็บพลังงานและมีแรงส่ง (Energy Storage) สามารถบิดตัวเข้าและออกในแนวด้านข้างลำตัวได้ (Inversion/Eversion Movement) สามารถงอส้นเท้าและปลายเท้าได้ (Plantar-Dorsi Flexion) ผ่านการทดสอบตามมาตรฐานสากล ISO10328 จากสถานที่ทดสอบที่ได้การรับรองมาตรฐาน ISO17025 และ ผ่านมาตรฐานระบบบริหารคุณภาพสำหรับเครื่องมือแพทย์ ISO13485 แล้ว และมีหลายขนาดให้เลือก โดยมีตารางเลือกเท้าให้เหมาะสมกับน้ำหนักและความยาวเท้าของผู้พิการ 7) สายเข็มขัดขาเทียม (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) 8) แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส 1 ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) 9) โฟมขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) **ข้อบ่งชี้** 1) ใช้กับคนพิการที่ตัดขาระดับเหนือเข่า (Transfemoral Amputation Level)	ข้างละ	53,000	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
		2) ใช้สำหรับผู้พิการขาขาดที่มีระดับกิจกรรม หรือสูงกว่า อายุการใช้งาน ไม่น้อยกว่า 2 ปี ยกเว้นยางหุ้มเท้าเทียม ไม่น้อยกว่า 1 ปี			
		โลหะ/หรือพลาสติกดามขาภายนอก			
60	**8508**	**8.5.8 เบ้ารับน้ำหนักที่กระดูกก้นกบ (Ischium tuberosity)** **ลักษณะ** วัสดุโครงสร้างทำจากพลาสติกหรือเรซิ่นใช้ประกอบกับส่วนขาท่อนบน **ข้อบ่งชี้** ใช้ร่วมกับอุปกรณ์โลหะหรือพลาสติกดามขาชนิดยาว เพื่อให้กระดูกก้นกบเป็นส่วนที่รับน้ำหนักตัวผู้ป่วยแทนการลงน้ำหนักที่ขาหรือเท้าโดยตรง **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	4,200	
61	**8524**	**8.5.24 PTB brace ชนิดโลหะแบบมีข้อเท้า** **ลักษณะ** วัสดุโครงสร้างที่รองรับขาท่อนล่างและเท้าทำจากโลหะหรือพลาสติกมีฝาประกบด้านหน้าและด้านหลังทำจากพลาสติกหรือเรซิ่น เพื่อเป็นพื้นที่รับน้ำหนักที่ Patella tendon มีแกนโลหะพร้อมข้อเท้าขนาบด้านข้างใน-นอก **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บที่เท้าบริเวณเท้าหรือกระดูกขาท่อนล่างขณะลงน้ำหนัก และมีปัญหาการควบคุมการเคลื่อนไหว ข้อเท้า **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ชิ้นละ	6,500	
62	**8526**	**8.5.26 ที่คลุมเข่า Knee pad** **ลักษณะ** ทำจากหนังหรือวัสดุที่นิ่ม มีสายเข็มขัดยึดระหว่างแผ่นรองคลุมเข่ากับอุปกรณ์ **ข้อบ่งชี้** สำหรับใช้ร่วมกับพลาสติก/โลหะดามขามีข้อเข่า มีข้อเท้าหรือไม่มีข้อเท้า **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	ชิ้นละ	350	
63	**8527**	**8.5.27 โลหะดามขาชนิดสั้น** **ลักษณะ** วัสดุโครงสร้างที่รองรับขาท่อนล่างและเท้าทำจากโลหะ ประกอบกันเป็นข้อเท้าโลหะ **ข้อบ่งชี้** สำหรับคนพิการที่มีอาการเกร็งมาก (severe spasticity) ต้องการความแข็งแรง ทนทานของอุปกรณ์สูง ใช้ดัดแก้ข้อเท้าผิดรูป varus /valgus ได้ดี เนื่องจากสามารถเพิ่ม T- straps ได้ เช่น ผู้ป่วย Stroke, Hemiplegia and Hemiparesis, CP, Polio late effect ,Muscular dystrophy, ankle contracture, Equinovarus/valgus **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ข้างละ	5,500	ยุบรายการโลหะดามขา รหัส 8511, 8513, 8515

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
64	**8528**	**8.5.28 PTB brace ชนิดพลาสติกไม่มีข้อเท้า** **ลักษณะ** วัสดุโครงสร้างที่รองรับขาท่อนล่างและเท้าทำจากพลาสติก มีฝาประกบด้านหน้าและด้านหลังทำจากพลาสติกหรือเรซิ่นเพื่อเป็นพื้นที่รับน้ำหนักที่ Patella tendon **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วย fracture ที่กระดูกขาท่อนล่าง หรือเจ็บที่เท้าขณะลงน้ำหนักโดยให้เอ็นสะบ้าเป็นบริเวณรับน้ำหนัก และใช้หลักการ circumferential pressure ในการกระจายน้ำหนัก **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	ชิ้นละ	4,000	
65	**8706**	**8.7.6 ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม** **ลักษณะ** ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากอลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียมไม่ต่ำกว่า 1.2 มม. มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น **ข้อบ่งชี้** สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	คู่ละ	650	
66	**8707**	**8.7.7 ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา** **ลักษณะ** ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากอลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียมไม่ต่ำกว่า 1.2 มม. มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น **ข้อบ่งชี้** สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	อันละ	600	
67	**8708**	**8.7.8 ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้** **ลักษณะ** ไม้เท้าก้านยาว ทำจากวัสดุโลหะ อลูมิเนียม หรือสแตนเลส สามารถพับเก็บได้ **ข้อบ่งชี้** สำหรับคนพิการทางการเห็น **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	อันละ	500	
68	**8709**	**8.7.9 ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง (Anterior Wheel Walker)** **ลักษณะ** คอกเดินทำจากอลูมิเนียม มีขา 2 ข้างพร้อมลูกยางกันลื่น และมีล้อ 2 ข้างขนาดเล็ก **ข้อบ่งชี้** สำหรับเด็กพิการที่สามารถเดินได้แต่มีอาการอ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง หรือเดินได้แต่ไม่มั่นคง **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	อันละ	1,200	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
69	**8710**	**8.7.10 ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก (Anterior Wheel Walker)** **ลักษณะ** คอกเดินทำจากอลูมิเนียม มีขา 2 ข้าง พร้อมลูกยางกันลื่น และมีล้อ 2 ข้างขนาดเล็ก **ข้อบ่งชี้** สำหรับเด็กพิการที่สามารถเดินได้แต่มีอาการอ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง หรือเดินได้แต่ไม่มั่นคง **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 2 ปี	อันละ	1,000	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
70	**8711**	**8.7.11 ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้** **ลักษณะ** ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากไม้ มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลางมีลูกยางกันลื่น **ข้อบ่งชี้** สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้ แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่งหรือมีอาการขาอ่อนแรงหรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	คู่ละ	350	
		รองเท้าคนพิการ			
71	**8801**	**8.8.1 รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก ชนิดตัดเฉพาะราย** **ลักษณะ** วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย **ข้อบ่งชี้** สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่งขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติกดามขา โดยมีความยาวเท้าต่ำกว่า 15 ซม. **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี ยกเว้นกรณีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 6 เดือน	คู่ละ	800	
72	**8802**	**8.8.2 รองเท้าคนพิการขนาดกลาง ชนิดตัดเฉพาะราย** **ลักษณะ** วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย **ข้อบ่งชี้** สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่งขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติกดามขา โดยมีความยาวเท้า 15-22 ซม. **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	คู่ละ	1,000	
73	**8803**	**8.8.3 รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่ ชนิดตัดเฉพาะราย** **ลักษณะ** วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย **ข้อบ่งชี้** สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่งขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติกดามขา โดยมีความยาวเท้า 22-27 ซม. **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	คู่ละ	1,200	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่าย ไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
74	**8804**	**8.8.4 รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่พิเศษ ชนิดตัดเฉพาะราย** **ลักษณะ** วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย **ข้อบ่งชี้** สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่ง ขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติก ต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติก **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	คู่ละ	1,400	
75	**8805**	**8.8.5 ค่าดัดแปลงรองเท้าคนพิการ** **ลักษณะ** การเสริมอุ้งเท้าภายใน ขนาดใหญ่/เล็ก เสริมลิ่มเท้าภายใน/นอก เสริมความสูงรองเท้า เปลี่ยนส้นรองเท้าด้วยการใช้วัสดุสำหรับทำรองเท้า เช่น โฟมชนิดต่าง ๆ ยาง **ข้อบ่งชี้** สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่ง ขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี ต่อหนึ่งข้าง	ข้างละ	400	
76	**8809**	**8.8.9 เสริมฝ่าเท้าส่วนหน้า** **ลักษณะ** วัสดุที่นำมาเสริมเท้าส่วนหน้าทำจากโฟมนิ่ม หรือโฟมแข็ง หรือวัสดุที่สามารถต่อความยาวเท้าร่วมกับอุปกรณ์ได้ **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่เท้าบางส่วนถูกตัด **อายุการใช้งาน** 1 ปี	ข้างละ	1,500	
77	**8810**	**8.8.10 T-strap** **ลักษณะ** ทำจากหนังหรือวัสดุที่นิ่ม มีสายเข็มขัดคลุมข้อเท้ายึดกับอุปกรณ์ **ข้อบ่งชี้** สำหรับใช้ร่วมกับพลาสติก/โลหะดามขา มีข้อเข่า มีข้อเท้า หรือไม่มีข้อเท้า ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อเท้าบิด **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	เส้นละ	300	
		อุปกรณ์อื่น ๆ			
78	**6006**	**6.0.6 สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตนเอง** **ลักษณะ** เป็นสายซิลิโคนสำหรับสวนปัสสาวะ มีปลอกพลาสติกสำหรับใส่สายสวนปัสสาวะ และสายสวนสามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้ โดยนำมาแช่น้ำยาฆ่าเชื้อโรคในหลอดพลาสติก **ข้อบ่งชี้** สำหรับคนพิการที่มีความบกพร่องของระบบทางเดินปัสสาวะ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	เส้นละ	800	

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาจ่ายไม่เกิน (บาท)	หมายเหตุ
79	**8901**	**8.9.1 รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้** **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียม อัลลอยด์ หรือโลหะอื่นที่ผ่านกระบวนการชุบหรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้ และสามารถปรับส่วนต่าง ๆ ให้เข้ากับขนาดร่างกายของผู้ใช้งานได้ **ข้อบ่งชี้** สำหรับคนพิการ โดยรถนั่งคนพิการที่ได้ต้องปรับให้เหมาะสมกับความพิการนั้น **อายุการใช้งาน** 3 ปี	คันละ	6,600	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
80	**8902**	**8.9.2 รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้** **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียมอัลลอยด์ หรือโลหะอื่นที่ผ่านกระบวนการชุบหรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้ **ข้อบ่งชี้** สำหรับคนพิการที่ไม่สามารถเดินได้ **อายุการใช้งาน** 3 ปี	คันละ	4,400	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
81	**8903**	**8.9.3 เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ** **ลักษณะ** ทำจากวัสดุนิ่มที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า polyurethane foam, gel cushion, water cushion, หรือชนิด air cushion ที่มีลักษณะนิ่มสามารถกระจายน้ำหนัก **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับคนพิการที่ต้องนั่งรถนั่งคนพิการแต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง **อายุการใช้งาน** 1 ปี	อันละ	800	
82	**8904**	**8.9.4 รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ** **ลักษณะ** เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ในระยะไกล โครงสร้างหลักทำด้วยเหล็กชุบสี หรือโลหะอื่นที่มีความแข็งแรงมั่นคง ขับเคลื่อนโดยการควบคุมก้านโยก **ข้อบ่งชี้** สำหรับคนพิการที่ทรงตัวในท่านั่งได้ดีแขน 2 ข้างปกติ และสามารถออกนอกบ้านเพื่อการเข้าสู่สังคมหรือประกอบอาชีพ **อายุการใช้งาน** 3 ปี	คันละ	6,000	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
83	**9001**	**9.0.1 แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม** **ลักษณะ** เป็นแผ่นสำหรับรองบนที่นอน ทำจากวัสดุนิ่มที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า polyurethane foam, gel, water, air สามารถกระจายแรงกดทับได้ดี และสามารถรองรับร่างกายผู้ใช้งานได้ **ข้อบ่งชี้** สำหรับคนพิการระดับรุนแรง หรือนอนติดเตียง ไม่สามารถพลิกตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอนเองได้และมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ **อายุการใช้งาน** ไม่น้อยกว่า 1 ปี	อันละ	1,000	ชื่อรายการเดิม “ฟองน้ำรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาต”

เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการตรวจสอบและเกณฑ์การตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

๑. เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการตรวจสอบ

(๑) บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หรือบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ที่มีบริการการใช้อุปกรณ์อวัยวะเทียม ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๒) หลักฐานการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมภายในร่างกาย ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เช่น โลหะดามกระดูก โดยมีหลักฐาน ดังนี้

(ก) หลักฐานการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในเวชระเบียน เช่น บันทึก Operative note

(ข) หลักฐานข้อมูล Serial number หรือ Barcode ของอุปกรณ์ รวมทั้งสติกเกอร์ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม กรณีที่อุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นมีสติกเกอร์

(๓) หลักฐานการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมภายนอกร่างกาย ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เช่น ฟันเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดิน โดยมีหลักฐานการสั่งจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมโดยแพทย์และหรือหลักฐานการลงนามรับของผู้ป่วยหรือญาติ

๒. เกณฑ์ในการตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ ของหน่วยบริการ ดังนี้

(๑) พบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หรือบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ที่มีบริการการใช้อุปกรณ์อวัยวะเทียม ที่สอดคล้องกับภาวะของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๒) พบหลักฐานการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ดังนี้

(ก) พบหลักฐานการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมภายในร่างกาย เช่น โลหะดามกระดูก ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย โดยมีหลักฐาน ดังนี้

๑) หลักฐานการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในเวชระเบียน เช่น บันทึก Operative note

๒) หลักฐานข้อมูล Serial number หรือ Barcode ของอุปกรณ์ รวมทั้งสติกเกอร์ ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม กรณีที่อุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นมีสติกเกอร์

(ข) พบหลักฐานการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมภายนอกร่างกาย เช่น ฟันเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดิน ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย โดยมีหลักฐานการสั่งจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมโดยแพทย์และหรือหลักฐานการลงนามรับของผู้ป่วยหรือญาติ

(๓) พบการใช้อุปกรณ์ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ที่มีลักษณะและข้อบ่งชี้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ และเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๔.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๖/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๑๐๐ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
“100	4815	**4.8.15 ขดลวดปิดกั้นหลอดเลือด (Coils) หรือขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว (Coil)** **ลักษณะ** เป็นขดลวด มีรูปร่างและขนาดต่าง ๆ กัน (Pre-Shaped) **ข้อบ่งชี้** 1. ใช้อุดโพรงหลอดเลือดในโรคที่มีการเชื่อมต่อกันอย่างผิดปกติ (AVM)	ชุดละ	4,500”

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		2. ใช้เพื่ออุดรูรั่วของหลอดเลือดที่ฉีกขาดซึ่งอาจเกิดจากอุบัติเหตุหรือโรคของผนังหลอดเลือดเอง และเป็นการรักษาที่จำเพาะกับหลอดเลือดที่รอยโรคโดยตรง 3. สำหรับรักษาผู้ป่วย PDA หรือผู้ป่วยมะเร็งตับ		

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๑๐๘ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
“108	4420	**4.4.20 สายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายรูผนังกั้นห้องหัวใจเอเตรียม (Balloon Atrial Septostomy Catheter)** **ลักษณะ** เป็นสายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายผนังกั้นห้องหัวใจเอเตรียม **ข้อบ่งชี้** สำหรับรักษาผู้ป่วยเพื่อเปิดทางเดินระหว่างผนังกั้นห้องหัวใจห้องบน ในกรณีที่เลือดไม่สามารถไหลเวียนในทิศทางปกติได้	ชุดละ	14,175”

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๓)
พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อให้การจ่ายค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๔.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๑๖๖ ลำดับ ๑๖๗ และลำดับ ๑๖๘ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
“166	**7001**	**7.0.1 ข้อนิ้ว** **ลักษณะ** เป็นข้อเทียมสำหรับ Metacarpophalangeal Joint **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วยซึ่งมีสภาพตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ 1) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (Conservative Treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว 2) มีความทุพพลภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้งานตามปกติ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น	ข้อละ	9,900

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		4) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนแล้วไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา		
167	7002	**7.0.2 ข้อศอก** **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีสภาพตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ 1) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (Conservative Treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้วหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา 2) มีความทุพพลภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้งานตามปกติ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น 4) กระดูกข้อศอกแตกละเอียดในผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปี	ข้อละ	40,000
168	7003	**7.0.3 ข้อไหล่** **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีสภาพตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ 1) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (Conservative Treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้วหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา 2) มีความทุพพลภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้งานตามปกติ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น 4) กระดูกข้อไหล่แตกละเอียดในผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปี	ข้อละ	58,500”

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๑๖๙ (๒) ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
“169(2)	7004B	**7.0.4 ข้อเข่าชนิดที่เป็นส่วนรับน้ำหนักการเคลื่อนไหวได้** **ข้อบ่งชี้** 1) สำหรับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน (Medial Unicompartmental Knee Arthroplasty, UKA) เป็นไปตามข้อบ่งชี้สำหรับบริการผ่าตัด	ข้อละ	43,200”

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		ข้อเข่าเทียมตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ 2) สำหรับกรณีอื่น ๆ ได้แก่ อุบัติเหตุ เนื้องอกของกระดูกและการเจ็บป่วยอื่น ซึ่งมีความทุพพลภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้งานตามปกติ หรือมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น		

ข้อ ๕ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๑๗๐ (๒) ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
“170(2)	**7005B**	**7.0.5 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้** **ข้อบ่งชี้** เช่นเดียวกับลำดับ 169(2) รหัส 7004B	ข้อละ	43,200”

ข้อ ๖ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๑๗๒ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
“172	**7007**	**7.0.7 ข้อตะโพกไม่มีเบ้า (Unipolar prosthesis)** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วยซึ่งมีสภาพตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ 1) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (Conservative Treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้วหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา 2) มีความทุพพลภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้งานตามปกติ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น 4) ใช้ในผู้ป่วยที่มีกระดูกข้อตะโพกหักในผู้สูงอายุ	ข้อละ	9,400”

ข้อ ๗ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๑๗๔ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
“174	7009	**7.0.9 วัสดุรองเบ้าข้อตะโพก (Supporting Ring)** **ข้อบ่งชี้** เสริมเบ้าข้อตะโพกที่เสื่อมสภาพ ที่มีพยาธิสภาพมาก ไม่สามารถใช้ข้อเทียมชนิดที่ใช้กันทั่วไปได้ พิจารณาได้จากภาพถ่ายรังสี และลักษณะข้อที่ถูกทำลายที่ตรวจพบขณะผ่าตัด	ข้อละ	8,500”

ข้อ ๘ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๑๗๗ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
“177	7019	**7.0.19 ข้อตะโพกมีเบ้า (ชนิด hybrid)** **ลักษณะ** **1) ก้านตะโพกเทียมแบบใช้สารยึดกระดูก** 1.1) ก้านตะโพกเป็นชนิดผิวเรียบเป็นมัน มีลักษณะเป็นรูปลิ่ม และผิวก้านตะโพกไม่ยึดติดกับสารยึดกระดูก (bone cement) ไม่มีส่วนคอของก้านตะโพก (collar) 1.2) ส่วนที่ต่อกับหัวข้อตะโพกมีลักษณะเป็น modular คือสามารถใช้กับหัวข้อตะโพกหลาย ๆ ขนาดได้ 1.3) เป็นก้านตะโพกเทียมลักษณะก้านตรงและก้านมี Taper เพื่อป้องกันการเกิด Stress Shielding 1.4) สามารถต่อกับ Centralizer ด้านปลายของก้านตะโพกเทียมได้ 1.5) ก้านตะโพกมีขนาดให้เลือกหลายขนาดให้เหมาะสมกับขนาดของโพรงกระดูกผู้ป่วย **2) เบ้าตะโพกเทียมแบบไม่ใช้สารยึดกระดูก** 2.1) เป็นเบ้าตะโพกเทียมแบบไม่ใช้สารยึดกระดูก 2.2) พื้นผิวของเบ้าตะโพกเทียมทั้งหมดมีการทำพื้นผิวแบบ porous-coated เพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดมีกระดูกเข้าไปยึดติดกับเบ้าข้อเทียม 2.3) ผลิตจากโลหะ Titanium Alloy	ข้อละ	40,500”

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
		2.4) เบ้าตะโพกเทียมมีขนาดให้เลือกหลายขนาด **ข้อบ่งชี้** ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วยซึ่งมีสภาพตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ 1) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยม (conservative treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว 2) มีความทุพพลภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้งานตามปกติ 3) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น 4) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนแล้วไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา		

ข้อ ๙ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๑๘๒ ลำดับ ๑๘๓ ลำดับ ๑๘๔ และลำดับ ๑๘๕ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
“182	**7101**	**7.1.1 หัวกระดูกเรเดียสเทียม** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนส่วนกระดูกเรเดียสที่ชำรุด เสียหายจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การดึงกระดูกให้เข้าที่และดามด้วยโลหะได้	ชิ้นละ	40,000
183	**7102**	**7.1.2 สารทดแทนกระดูกเพื่อการสร้างกระดูก** **ลักษณะ** เป็นสารจำพวกเซรามิก เช่น Hydroxyapatite, Calcium phosphate, Tricalcium phosphate และ Calcium sulfate **ข้อบ่งชี้** ทดแทนกระดูกที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูก หรือกระดูกของผู้ป่วยมีปริมาณไม่เพียงพอ โดยไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยม และการผ่าตัดบางวิธี เช่น การตรึงกระดูกให้เข้าที่ การเชื่อมกระดูกให้ติดกัน การดามกระดูกด้วยโลหะดามกระดูก **<u>หมายเหตุ</u>** ใช้ได้ไม่เกิน 20 ซีซี ต่อการผ่าตัด 1 ครั้ง	5 ซีซี	1,800

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
184	7103	**7.1.3 เส้นเอ็นเทียมใช้บริเวณมือ** **ข้อบ่งชี้** ทดแทนเส้นเอ็นบริเวณมือและแขนส่วนล่างที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บหรือโรคของเอ็นที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การเย็บต่อเส้นเอ็นให้เข้าที่ หรือใช้การปลูกเส้นเอ็นจากส่วนอื่นของร่างกายได้	เส้นละ	3,000
185	7201	**7.2.1 โลหะใส่ในโพรงกระดูก (Nail) ชนิดไม่มีรูล็อก (K-nail)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณรยางค์ โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่รุนแรง และรูปแบบการหักไม่ซับซ้อน	ชิ้นละ	1,200”

ข้อ ๑๐ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๑๘๗ ลำดับ ๑๘๘ และลำดับ ๑๘๙ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
“187	7203	**7.2.3 โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดไม่มีเกลียว (Nail Plate) รวมสกรู** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อตะโพกและข้อเข่าจากการบาดเจ็บ หรือโรคโดยเป็นการหักชนิดที่ยังคงมีความมั่นคง เป็นการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง และรูปแบบการหักไม่ซับซ้อน	ชุดละ	4,500
188	7204	**7.2.4 โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกข้อตะโพก ชนิดมีเกลียว เช่น ชุด Dynamic Hip Screw** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อตะโพก จากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรง และรูปแบบการหักที่ซับซ้อน	ชุดละ	9,900
189	7205	**7.2.5 โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกที่เข่า ชนิดมีเกลียว เช่น ชุด Dynamic Condylar Screw** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อเข่าจากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคงกระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อน	ชุดละ	9,900”

ข้อ ๑๑ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๑๙๒ (๑) ลำดับ ๑๙๒ (๒) ลำดับ ๑๙๓ ลำดับ ๑๙๔ ลำดับ ๑๙๕ ลำดับ ๑๙๖ และลำดับ ๑๙๗ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
“192(1)	**7208A**	**7.2.8A โลหะดามกระดูกสันหลัง ส่วนอก, เอว (PDS) (ระดับแรก)** **ลักษณะ** มีแท่งโลหะ 2 ชิ้น และสกรูอย่างน้อย 4 ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด) **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนอก หรือเอว ที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้	ระดับละ	23,000
192(2)	**7208B**	**7.2.8B โลหะดามกระดูกสันหลัง ส่วนอก, เอว (PDS) (ระดับถัดไป)** **ลักษณะ** มีแท่งโลหะ 2 ชิ้น และสกรูอย่างน้อย 4 ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด) **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนอก หรือเอว ที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้	ระดับละ	10,000
193	**7209**	**7.2.9 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดกว้าง (Broad Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกรยางค์ขนาดใหญ่ที่หักและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	4,600
194	**7210**	**7.2.10 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดแคบ (Narrow Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกรยางค์ขนาดใหญ่ที่หักและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	2,200
195	**7211**	**7.2.11 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดมีแผ่นพยุง (Buttress Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกรยางค์ขนาดใหญ่ที่หักบริเวณข้อและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	3,400
196	**7212**	**7.2.12 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดเล็ก (Small Fragment Plate, Mini Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกรยางค์ขนาดเล็กที่หัก และไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้ หรือการยึดตรึงกระดูกใบหน้าและกะโหลกศีรษะในกรณีกระดูกหัก หรือมีการตัดกระดูกเพื่อการรักษาโรค	ชิ้นละ	1,300

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
197	**7213**	**7.2.13 แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดดัดได้ (Reconstruction Plate)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะการหักซับซ้อน และไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	2,400”

ข้อ ๑๒ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๑๙๙ และลำดับ ๒๐๐ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
“199	**7215**	**7.2.15 แผ่นโลหะขนาดเล็กที่ใช้ดามกระดูก** **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นดามกระดูกหรือใช้ยึดกระดูกโดยตรงก็ได้	ชิ้นละ	1,300
200	**7216**	**7.2.16 โลหะดามกระดูกภายนอก** **ลักษณะ** 1 ชุด มีแท่งโลหะ ดามกระดูก 2 แท่ง โลหะยึดกระดูก 4-6 แท่ง และคีมยึด 4-6 ตัว **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีการบาดเจ็บรุนแรง การติดเชื้อ และการผ่าตัดที่มีลักษณะจำเพาะ ได้แก่ การยืด เลื่อน และหดกระดูก	ชุดละ	9,000”

ข้อ ๑๓ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๒๐๓ ลำดับ ๒๐๔ ลำดับ ๒๐๕ ลำดับ ๒๐๖ ลำดับ ๒๐๗ ลำดับ ๒๐๘ ลำดับ ๒๐๙ ลำดับ ๒๑๐ ลำดับ ๒๑๑ และลำดับ ๒๑๒ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
“203	**7302**	**7.3.2 สกรูยึดแผ่นโลหะดามกระดูก** **ข้อบ่งชี้** 1) ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีปัญหาไม่สามารถใช้สกรูธรรมดา หรือ 2) ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นโลหะดามกระดูกชนิดหัวล็อก	ตัวละ	270
204	**7303**	**7.3.3 แท่งโลหะดามกระดูกขนาดต่าง ๆ (Schanz Screw)** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หักทั่วไป	อันละ	800
205	**7304**	**7.3.4 สกรูขนาดเล็กที่ใช้ดามกระดูก** **ลักษณะ** ใช้ยึดกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นดามกระดูกหรือใช้ยึดกระดูกโดยตรงก็ได้ **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกที่หัก	ตัวละ	600

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
206	**7305**	**7.3.5 สกรูยึดเอ็นข้อเข่า** **ลักษณะ** เป็นสกรูหัวจมหกเหลี่ยมมีเกลียวหยาบที่สามารถยึดส่วนกระดูกของเอ็นที่นำไปปลูกกับโพรงในกระดูกข้อเข่า **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อเข่า	ตัวละ	5,000
207	**7306**	**7.3.6 หมุดสมอยึดติดกับกระดูกชนิดมีวัสดุยึดเส้นเอ็น** **ลักษณะ** เป็นหมุดที่สามารถใช้ยึดเอ็นกับกระดูกได้โดยตรงและมีส่วนต่อกับวัสดุที่ใช้เย็บเอ็น **ข้อบ่งชี้** ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อไหล่และมือ	ตัวละ	4,500
208	**7307**	**7.3.7 สมอยึดกระดูกเข้ากับเนื้อเยื่อ (Suture Anchor)** **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับการเย็บซ่อมเอ็นบริเวณข้อต่าง ๆ ที่เอ็นถูกกระชากหลุดออกจากกระดูก	อันละ	5,500
209	**7308**	**7.3.8 ชุดสมอสำหรับเย็บซ่อมหมอนรองกระดูกเข่า (Arthroscopic Meniscus Repair System)** **ลักษณะ** เป็นชุดประกอบด้วยเข็ม 1 อันและด้ายสำหรับเย็บ **ข้อบ่งชี้** ใช้สำหรับเย็บซ่อมแซมหมอนรองกระดูกอ่อนในข้อเข่า	ชุดละ	4,500
210	**7311**	**7.3.11 ตะขอตรึงกระดูก (Staple)** **ข้อบ่งชี้** ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะจำเพาะและการตัดต่อกระดูก	ชิ้นละ	900
211	**7313**	**7.3.13 K-wire** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกส่วนปลายและกระดูกที่หักมีขนาดเล็กรวมทั้งใช้เพื่อการดึงรักษากระดูกหัก	ชิ้นละ	200
212	**7314**	**7.3.14 สกรูชนิดพิเศษสำหรับใส่ข้อมือ** **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงกระดูกข้อมือ	ชิ้นละ	2,700”

ข้อ ๑๔ ให้ยกเลิกความในลำดับ ๒๑๔ ลำดับ ๒๑๕ ลำดับ ๒๑๖ ลำดับ ๒๑๗ ลำดับ ๒๑๘ ลำดับ ๒๑๙ และลำดับ ๒๒๐ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
“214	**7401**	**7.4.1 สารยึดกระดูก (Bone Cement) ชนิดธรรมดา** **ลักษณะ** เป็นสารเมตทิลเมตาไคลเลต มีสองส่วน คือ ส่วนที่เป็นของเหลวและส่วนที่เป็นผง ใช้ผสมกันเพื่อให้เกิดการโพลิเมอไรเซชั่นและเป็นวัสดุปราศจากเชื้อ **ข้อบ่งชี้** ยึดตรึงข้อเทียมกับกระดูกและใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกของกระดูก	ชุดละ	1,800
215	**7402**	**7.4.2 สารยึดกระดูก (Bone Cement) ชนิดมียาปฏิชีวนะผสม** **ลักษณะ** เป็นสารเมตทิลเมตาไคลเลต มีสองส่วน คือ ส่วนที่เป็นของเหลว และส่วนที่เป็นผงใช้ผสมกันเพื่อให้เกิดการโพลิเมอไรเซชั่นและเป็นวัสดุปราศจากเชื้อและมียาปฏิชีวนะผสม เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ และใช้ในรายที่เป็นการผ่าตัดแก้ไขข้อเทียมที่เคยติดเชื้อ **ข้อบ่งชี้** 1) ใช้ในการยึดข้อเทียมติดกับกระดูกใช้ปั้นเป็นรูปร่างเพื่อเติมเข้าไปในพื้นที่ว่างระหว่างกระดูกชั่วคราว เพื่อทำการรักษาการติดเชื้อในกระดูกและข้อ 2) ใช้ในผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกของกระดูก	ชุดละ	4,000
216	**7502**	**7.5.2 กระดูกแช่แข็งขนาดเล็ก** **ลักษณะ** เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า 70 องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึกโดยระบบสุญญากาศ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรค ในบริเวณกระดูกขนาดเล็ก	ชิ้นละ	4,500
217	**7503**	**7.5.3 กระดูกแช่แข็งขนาดกลาง** **ลักษณะ** เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า 70 องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึกโดยระบบสุญญากาศ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่	ชิ้นละ	13,500

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
218	**7504**	**7.5.4 กระดูกแช่แข็งขนาดใหญ่** **ลักษณะ** เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาดและการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า 70 องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึก โดยระบบสุญญากาศ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่และบริเวณข้อและใช้ร่วมกับข้อเทียม	ชิ้นละ	22,500
219	**7506**	**7.5.6 แคลเซี่ยมไฮดรอกซี เอพาไตต์ ขนาด 1 ลูกบาศก์เซนติเมตร** **ลักษณะ** เป็นสารไฮดรอกซีเอพาไตต์ที่สังเคราะห์ขึ้นหรือกึ่งสังเคราะห์หรือผลิตจากวิธีทางธรรมชาติผ่านขบวนการทำให้ปราศจากเชื้อและผนึกด้วยวิธีที่ใช้ในการเก็บวัสดุทางการแพทย์ **ข้อบ่งชี้** เพื่อการปลูกกระดูกบริเวณใบหน้า กราม และกระดูกคอส่วนบนเท่านั้น	ชิ้นละ	2,200
220	**7601**	**7.6.1 ใบมีดตัดเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ (Blade for Arthroscopic Shaver)** **ข้อบ่งชี้** สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาของเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ ใช้ในกรณีส่องกล้อง Arthroscopy	อันละ	4,200”

ข้อ ๑๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๓.๓ ข้อ ๓๔.๑ ข้อ ๓๔.๑.๓ ข้อ ๓๔.๑.๔ และข้อ ๓๔.๑.๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า "ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖"

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

๓.๑ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๓ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

๓.๒ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๓.๓ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๓

๓.๔ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๓.๕ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๓.๖ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายและแนวทางการให้บริการผ่าตัดต้อกระจก พ.ศ. ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“สำนักงานเขต” หมายความว่า สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคสำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ

ข้อ ๕ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

๕.๑ บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๒ บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม ตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๓ บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๔ การใช้เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal Membrane Oxygenator : ECMO) ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๕ การใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๖ บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๖ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๗ บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๗ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๖ ให้การบริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ถือเป็นการดำเนินการตามประกาศนี้ด้วย

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และบริการการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ตามเอกสารหมายเลข ๑.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

ทั้งนี้ กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดให้บริการผู้ป่วยได้ โดยขอทำความตกลงกับสำนักงาน เป็นรายกรณี

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ ค่าทำหัตถการ รวมกรณีทำหัตถการตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

๒.๒ ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม จ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

หมวด ๒
วิธีเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

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

กรณีการบริการทำหัตถการตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ให้บันทึกข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่าย ตามเอกสารหมายเลข ๑.๑ แนบท้ายประกาศนี้

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A : accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C : cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๕.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบ ตามเอกสารหมายเลข ๑.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๖.๑ กรณีการให้บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

๖.๑.๑ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่ชี้บ่งการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ อาการปวดเค้นอก

๖.๑.๒ พบเอกสารหลักฐานการรักษา หรือการตรวจประเมินอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องที่สนับสนุนข้อบ่งชี้ในการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

๖.๑.๓ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

๖.๑.๔ พบเอกสารหลักฐานรอยโรคของหลอดเลือดโคโรนารี ที่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดในการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

๖.๑.๕ พบเอกสารหลักฐานที่บ่งชี้การใช้ขดลวดค้ำยันเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดโคโรนารี

๖.๑.๖ พบเอกสารหลักฐานการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

๖.๑.๗ พบเอกสารหลักฐานการใช้อุปกรณ์และเกณฑ์ในการตรวจสอบการใช้อุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

๖.๑.๘ เกณฑ์ในการตรวจสอบกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ตรวจสอบตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนกรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

๖.๑.๙ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)

๖.๒ การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

๖.๒.๑ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่บ่งชี้การขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ อาการปวดเค้นอก หรือภาวะอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด

๖.๒.๒ พบเอกสารหลักฐานการรักษา เอกสารหลักฐานรอยโรคของหลอดเลือดโคโรนารี หรือการตรวจประเมินอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๖.๒.๓ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

๖.๒.๔ พบเอกสารหลักฐานการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

๖.๒.๕ พบเอกสารหลักฐานการใช้อุปกรณ์และเกณฑ์ในการตรวจสอบการใช้อุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

๖.๒.๖ เกณฑ์ในการตรวจสอบกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ตรวจสอบตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

๖.๒.๗ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

๗.๒ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๖

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามข้อบ่งชี้ ตามเอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ http://cpp.nhso.go.th/CPP/

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ ค่าผ่าตัด จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

๒.๒ จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคให้กับหน่วยบริการตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

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

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A : accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๔.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C : cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๔.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๕.๑ พบเวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่มีบันทึกการบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม และแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ใช้แบบมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หรือตามที่โรงพยาบาลกำหนด

๕.๒ พบเวชระเบียนผู้ป่วยใน เอกสารหลักฐาน ที่มีบันทึกเวชระเบียน การวินิจฉัยของแพทย์ หลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยและผลการตรวจภาพรังสีข้อเข่า ที่เป็นไปตามข้อบ่งชี้และไม่มีลักษณะต้องห้ามในการรักษาตามเอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๓ เกณฑ์ในการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ให้เป็นไปตามที่กำหนดในหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

๕.๔ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการ

๕.๕ พบผลการตรวจภาพรังสีข้อเข่าก่อนและหลังการผ่าตัด

๕.๖ พบบันทึกการผ่าตัดที่มีการผ่าตัดรักษาข้อเข่า และมีการบันทึกการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียม ตามรายการที่ขอเบิกค่าใช้จ่าย

๕.๗ พบเอกสารหลักฐานการใช้อุปกรณ์และเกณฑ์ในการตรวจสอบการใช้อุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

๕.๘ พบข้อเข่าเทียมในภาพรังสีข้อเข่าหลังการผ่าตัด

๕.๙ พบหลักฐานการขออนุมัติก่อนการผ่าตัด และได้รับการอนุมัติในกรณีที่ผู้รับบริการอายุน้อยกว่า ๕๕ ปี ที่วินิจฉัยเป็นข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิหรือข้อเข่าเสื่อมไม่ทราบสาเหตุหรือกรณีที่บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ (Hinge total knee prosthesis) ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision total knee arthroplasty)

ข้อ ๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๖.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

๖.๒ ไม่พบหลักฐานการขออนุมัติก่อนการผ่าตัด และไม่ได้รับการอนุมัติในกรณีที่ผู้รับบริการอายุน้อยกว่า ๕๕ ปี ที่วินิจฉัยเป็นข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิหรือข้อเข่าเสื่อมไม่ทราบสาเหตุ หรือกรณีที่บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ (Hinge total knee prosthesis) ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision total knee arthroplasty)

๖.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๕

เอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยและมีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน ที่สามารถเดินและเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง และได้รับการตรวจเท้าตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ของกระทรวงสาธารณสุข และมีผลการประเมินระดับความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงสูง

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ http://cpp.nhso.go.th/CPP/

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคให้กับหน่วยบริการ ตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

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

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A : accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C : cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๕.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ หากหน่วยบริการเห็นว่าการจ่ายค่าใช้จ่ายไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ ให้ยื่นขอทบทวนต่อสำนักงานภายในสามสิบวันนับจากวันที่ได้รับการจ่ายค่าใช้จ่าย

ข้อ ๗ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๗.๑ พบเอกสารหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์ และมีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน

๗.๒ พบเอกสารหลักฐานการตรวจเท้าตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ของกระทรวงสาธารณสุข และมีผลการประเมินระดับความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงสูง

๗.๒.๑ พบบันทึกการตรวจพบพยาธิสภาพของเท้าที่มีแผล

๗.๒.๒ พบบันทึกวิธีการตรวจเท้าด้วย Monofilament และการประเมินชีพจร

๗.๓ พบเอกสารหลักฐานบันทึกการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการเดินและเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง

๗.๔ พบเอกสารหลักฐานบันทึกการสั่งจ่ายอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยแพทย์ที่ให้การรักษา

๗.๕ พบเอกสารหลักฐานบันทึกการได้รับอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยมีหลักฐานลายมือชื่อของผู้ป่วย และวันที่ได้รับอุปกรณ์

๗.๖ เกณฑ์ในการตรวจสอบการใช้อุปกรณ์ ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

ข้อ ๘ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๘.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๘.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๘.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๗

เอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การใช้เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการใช้เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา ข้อห้ามในการรักษา ข้อพิจารณายุติการรักษา ตามเอกสารหมายเลข ๔.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ http://cpp.nhso.go.th/CPP/

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ กรณีบริการผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

๒.๒ จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคให้กับหน่วยบริการ ตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

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

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A : accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๔.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C : cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๔.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๕.๑ พบเวชระเบียนผู้ป่วยใน เอกสารหลักฐานการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมต่าง ๆ ที่มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ และหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัย ที่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ของการรักษาด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจในแต่ละประเภท รวมทั้งไม่มีลักษณะต้องห้ามในการรักษาและข้อพิจารณายุติการรักษา ตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามเอกสารหมายเลข ๔.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๒ เกณฑ์ในการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ให้เป็นไปตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

๕.๓ พบบันทึกการทำหัตถการ ในการรักษาด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจในแต่ละประเภท หรือใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียม ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๕.๔ พบหลักฐานการใช้อุปกรณ์และเกณฑ์ในการตรวจสอบการใช้อุปกรณ์ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

๕.๕ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการ

ข้อ ๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๖.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

๖.๒ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๕

เอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า ๕ ปี และมีข้อบ่งชี้ในการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม ตามเอกสารหมายเลข ๕.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม โดยการรับรองจากราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย หรือกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ ค่าผ่าตัด จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

๒.๒ จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคให้กับหน่วยบริการตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

๒.๓ ค่าบริการฟื้นฟูการได้ยินและการฝึกพูด โดยผู้ป่วยต้องลงทะเบียนคนพิการ จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่มีศักยภาพตามผลงานการให้บริการ จำนวนไม่เกิน ๔ ครั้งต่อเดือน จากงบค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ มีเงื่อนไขและอัตราการจ่าย ดังนี้

๒.๓.๑ ค่าบริการฟื้นฟูการได้ยิน ๑๕๐ บาทต่อครั้ง

๒.๓.๒ ค่าบริการแก้ไขการพูด ๑๕๐ บาทต่อครั้ง

ทั้งนี้ คุณสมบัติและลักษณะของอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๕.๑ แนบท้ายประกาศนี้

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

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

๓.๑ หน่วยบริการสามารถเบิกอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมได้จำนวน ๑ ชุดต่อการให้บริการผู้ป่วย ๑ คน

๓.๒ หน่วยบริการต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม ตามแนวทางการขออนุมัติ ตามเอกสารหมายเลข ๕.๑ แนบท้ายประกาศนี้

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A : accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C : cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๕.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๖.๑ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน ที่มีการวินิจฉัยตามข้อบ่งชี้การใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม และไม่มีลักษณะต้องห้ามต่อการผ่าตัด

๖.๒ พบเอกสารหลักฐานผู้ป่วยขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการทางการได้ยิน (ท.๗๔) และมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓ ปี ๖ เดือน ในกรณี Prelingual หรืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ปี ในกรณี Postlingual ณ วันที่ผู้รับบริการได้รับการประเมินว่ามีความพร้อมในการผ่าตัดตามข้อบ่งชี้ครบทุกข้อ

๖.๓ พบเอกสารหลักฐานผลประเมินสุขภาพจิตและสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือต่ำกว่าปกติเล็กน้อย (IQ ไม่ต่ำกว่า ๘๐) โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น หรือกุมารแพทย์พัฒนาการเด็ก

๖.๔ พบเอกสารหลักฐานผลการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวินิจฉัย (High resolution CT scan ของ Temporal Bone ที่เป็น Official report) ไม่พบความผิดปกติระบบการได้ยินของสมองส่วนกลาง และพบว่ามีเส้นประสาทรับการได้ยินคู่ที่ ๘

๖.๕ พบเอกสารหลักฐานผล MRI ของ Brain และ Internal Acoustic Canal (IAC) ที่เป็น Official report กรณีที่สงสัยว่ามีความผิดปกติของสมองส่วนกลาง หรือหูหนวกจากโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือไม่มีเส้นประสาทรับการได้ ยินคู่ที่ ๘

๖.๖ พบเอกสารหลักฐานวัดการได้ยิน โดยดูการตอบสนองของเสียงผ่านก้านสมอง (Auditory Brainstem Response; ABR และ Auditory Steady State Response; ASSR) มีระดับการได้ยินตั้งแต่ ๙๐ เดซิเบลขึ้นไปในหูทั้งสองข้าง

๖.๗ พบเอกสารหลักฐานการฟื้นฟูสมรรถภาพการฟังและการพูด กรณีผู้รับบริการไม่ได้หูหนวกจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ณ สถานพยาบาลที่ทำการผ่าตัดประสาทหูเทียม ๓ ครั้งในเวลา ๓ เดือน ขณะใช้เครื่องช่วยฟังที่ปรับอย่างเหมาะสมแล้วไม่ได้ผลหรือได้ผลน้อย จากการใช้เครื่องช่วยฟังประเมินโดยแบบประเมินมาตรฐาน ไม่มีพัฒนาการ ความก้าวหน้าทางด้านการได้ยิน ภาษาและการพูด อย่างน้อย ๓ ถึง ๖ เดือน

๖.๘ พบเอกสารหลักฐานผลประเมินศักยภาพ ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองมีศักยภาพที่จะดูแลและบำรุงรักษาเครื่องประสาทหูเทียมได้ โดยผ่านการประเมินผลจากนักสังคมสงเคราะห์ หรือแพทย์ผู้ผ่าตัด หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมาย

๖.๙ พบเอกสารหลักฐานขออนุมัติก่อนให้บริการการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมและได้รับการอนุมัติ ตามเอกสารหมายเลข ๕.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๖.๑๐ พบเอกสารหลักฐานผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม ภายในระยะเวลา ๖ เดือนนับแต่ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากผู้เชี่ยวชาญ ตามที่สำนักงานกำหนด

๖.๑๑ พบเอกสารหลักฐานการให้บริการการฟื้นฟูการได้ยิน ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ไม่เกิน ๔ ครั้งต่อเดือน

๖.๑๒ พบเอกสารหลักฐานการให้บริการการแก้ไขการพูด ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ไม่เกิน ๔ ครั้งต่อเดือน

๖.๑๓ พบหลักฐานชุดประสาทหูเทียมมีคุณสมบัติ และลักษณะของอุปกรณ์เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

๗.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๗.๓ ไม่พบเอกสารหลักฐานขออนุมัติก่อนให้บริการการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมและไม่ได้รับการอนุมัติก่อนการให้บริการ

๗.๔ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๖

เอกสารหมายเลข ๖ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่สูญเสียฟันทั้งหมดของขากรรไกรบนและหรือขากรรไกรล่าง ซึ่งทันตแพทย์พิจารณาแล้วพบว่ามีการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรเป็นอย่างมากจนไม่สามารถใส่ฟันเทียมตามวิธีการปกติได้ ตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการรักษาทางทันตกรรมรากเทียมของกระทรวงสาธารณสุข

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการรากฟันเทียม

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการบริการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ รายการรากฟันเทียม สนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

๒.๒ ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๗,๕๐๐ บาทต่อราย

๒.๓ ค่าติดตามการรักษา จ่ายเป็นระยะเวลา ๕ ปี ดังนี้

๒.๓.๑ ปีที่ ๑ (ปีที่ผ่าตัด) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๗๐๐ บาท

๒.๓.๒ ปีที่ ๒ ถึงปีที่ ๕ จ่ายตามจำนวนครั้งบริการอัตรา ๗๐๐ บาทต่อครั้ง จำนวนไม่เกิน ๔ ครั้งต่อปี

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A : accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C : cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๕.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๖.๑ เป็นผู้รับบริการที่มีสิทธิได้รับบริการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

๖.๒ พบเวชระเบียนหรือเอกสารหลักฐานที่มีการลงนามของทันตแพทย์ ในการบันทึกการวินิจฉัย การรักษา และการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมต่าง ๆ ซึ่งสนับสนุนว่าเป็นการบริการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมสำหรับผู้สูญเสียฟันทั้งหมดของขากรรไกรบนและหรือขากรรไกรล่าง ซึ่งทันตแพทย์พิจารณาแล้วพบว่า มีการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรเป็นอย่างมาก จนไม่สามารถใส่ฟันเทียมตามวิธีการปกติได้ และบันทึกการให้บริการติดตามการรักษา

๖.๓ พบเวชระเบียนหรือเอกสารหลักฐานบันทึกที่มีการลงนามของทันตแพทย์ในการให้บริการติดตามการรักษา ตามจำนวนครั้งในการติดตามการรักษาที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้จำนวนครั้งในการติดตามการรักษาต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

๖.๔ พบบันทึกการทำหัตถการที่มีการลงนามของทันตแพทย์ ในการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม รวมทั้งบันทึกการใช้รากฟันเทียมและจำนวนชิ้นของอุปกรณ์ที่ขอรับการสนับสนุน

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

๗.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๗.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๖

เอกสารหมายเลข ๗ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบบริการที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม โดยมีข้อบ่งชี้ตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจก และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ http://cpp.nhso.go.th/CPP/

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่าย กรณีค่าบริการผ่าตัด ดังนี้

๒.๑.๑ กรณีผ่าตัดปกติ ในผู้รับบริการที่มีระดับสายตาแย่กว่า ๒๐/๒๐๐ จ่ายในอัตราเหมาจ่าย ๗,๐๐๐ บาท ต่อการผ่าตัด ๑ ข้าง

๒.๑.๒ กรณีมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและมีการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนนั้น จ่ายในอัตราเหมาจ่าย ๙,๐๐๐ บาท ต่อการผ่าตัด ๑ ข้าง

๒.๑.๓ กรณีผ่าตัดผู้รับบริการที่มีระดับสายตา ๒๐/๒๐๐ ถึง ๒๐/๑๐๐ ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ต้องรับการผ่าตัด หรือมีความจำเป็น จ่ายในอัตราเหมาจ่าย ๕,๐๐๐ บาท ต่อการผ่าตัด ๑ ข้าง

๒.๒ หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่าย กรณีค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ดังนี้

๒.๒.๑ ค่าบริการเลนส์แก้วตาเทียม หน่วยบริการสามารถเลือกใช้โดยพิจารณาตามคุณสมบัติเลนส์แก้วตาเทียม ตามเอกสารหมายเลข ๗.๑ แนบท้ายประกาศนี้ ในอัตราดังนี้

(๑) เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพับได้ เหมาจ่ายในอัตราอันละ ๒,๘๐๐ บาท

(๒) เลนส์แก้วตาเทียมชนิดแข็งพับไม่ได้ เหมาจ่ายในอัตราอันละ ๗๐๐ บาท

๒.๒.๒ ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรคที่เกี่ยวข้อง นอกเหนือจากข้อ ๒.๒.๑ ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

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

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A : accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C : cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๕.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๖.๑ การตรวจสอบค่าผ่าตัด

๖.๑.๑ พบการวินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุและมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย

๖.๑.๒ พบเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีการให้บริการผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม หรือพบแบบบันทึกการผ่าตัด บันทึกทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด บันทึกอาการก่อนจำหน่าย กรณีที่การผ่าตัดต้อกระจกเป็นบริการแบบผู้ป่วยนอก

๖.๑.๓ พบระดับสายตาของผู้รับบริการเป็นไปตามระดับสายตาที่กำหนดในอัตราเหมาจ่าย

๖.๑.๔ พบข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ต้องรับการผ่าตัด หรือเหตุผลความจำเป็นกรณีผ่าตัดผู้รับบริการที่มีระดับสายตา ๒๐/๒๐๐ ถึง ๒๐/๑๐๐

๖.๑.๕ พบบันทึกการผ่าตัดที่มีการผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียมที่ระบุจำนวนข้างที่ได้รับการผ่าตัด การบันทึกภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และมีการบันทึกการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียม ตามรายการที่ขอเบิกค่าใช้จ่าย

๖.๑.๖ พบหลักฐานการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด และการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว กรณีที่เหมาจ่ายค่าใช้จ่าย ๙,๐๐๐ บาท ต่อการผ่าตัด ๑ ข้าง

๖.๑.๗ การตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการ

๖.๒ การตรวจสอบค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

๖.๒.๑ พบคุณสมบัติเลนส์แก้วตาเทียม เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๗.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๖.๒.๒ พบหลักฐานการใช้อุปกรณ์และเกณฑ์ในการตรวจสอบการใช้อุปกรณ์ตามแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

๗.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๗.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๖

๗.๔ ในกรณีที่ตรวจสอบพบระดับสายตาไม่เป็นไปตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงที่ตรวจสอบได้

เอกสารหมายเลข ๑.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด
ด้วยวิธีการผ่าตัด

ก. เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน
ข. เกณฑ์การพิจารณาเพื่อประกอบการจ่ายกรณีบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน
ค. รายการอุปกรณ์ที่หน่วยบริการมีสิทธิเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) แบ่งตามระดับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน
ง. ข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายกรณีบริการสวนหลอดเลือดโคโรนารี

ก. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention)

โรคหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary Artery Disease) หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน ส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อบุผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดหัวใจได้ตีบตันไปแล้วอย่างน้อยร้อยละ ๕๐ อาการสำคัญที่พบได้บ่อย เช่น อาการปวดเค้นอก (Angina)[๓] ใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อยขณะออกแรง เป็นลมหมดสติ หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน ลักษณะอาการปวดเค้นอกของโรคหัวใจขาดเลือดจะมีลักษณะเฉพาะ คือ อาการเจ็บหนัก ๆ เหมือนมีอะไรมาทับหรือรัดบริเวณกลางหน้าอก ใต้กระดูก Sternum อาจมีร้าวไปบริเวณคอ กราม ไหล่ และแขนทั้งสองข้าง โดยเฉพาะข้างซ้าย มักเป็นมากขึ้นขณะออกกำลัง จะมีอาการปวดเค้นอกครั้งละ ๒ ถึง ๓ นาที เมื่อนั่งพักหรืออมยา Nitroglycerin อาการจะทุเลาลง โดยสามารถแบ่งอาการทางคลินิกได้ ๒ กลุ่ม คือ

๑. ภาวะปวดเค้นอกคงที่ (stable angina) หรือ ภาวะปวดเค้นอกเรื้อรัง (chronic stable angina) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (chronic ischemic heart disease) โดยผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บเค้นอกเป็น ๆ หาย ๆ เป็นระยะเวลานานกว่า ๒ เดือนขึ้นไป

๒. ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome : ACS) หมายถึง กลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการที่สำคัญ คือ ปวดเค้นอกรุนแรงเฉียบพลันหรือเจ็บขณะพัก (Rest angina) นานกว่า ๒๐ นาที หรือ ปวดเค้นอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่ หรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิม จำแนกเป็น ๒ ชนิดดังนี้

๒.๑ ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูง วินิจฉัยโดย

๒.๑.๑ EKG มีการยกขึ้นมากกว่า ๐.๑ mv ตั้งแต่ ๒ lead ติดกันขึ้นไป หรือ ๐.๒ mv ใน lead v๑-v๓ หรือมีลักษณะ Left Bundle Branch Block (LBBB) ที่เกิดขึ้นใหม่

๒.๑.๒ มีประวัติการปวดเค้นอกนานกว่า ๒๐ นาที ยกเว้น ในบางกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ เช่น ผู้ป่วยที่มาด้วย Post Cardiac Arrest, Shock, Syncope หรือ Cardiogenic-dyspnea หรือผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเบาหวานแทรกซ้อน

๒.๑.๓ มีประวัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้งสองข้อ ดังต่อไปนี้

(๑) มีประวัติเจ็บแน่นหน้าอกนานกว่า ๒๐ นาที

(๒) มีค่า Cardiac enzyme อย่างน้อย ๑ ข้อ ใน ๓ ข้อ ต่อไปนี้

(ก) CK-MB มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ เท่าของค่า Upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้น ๆ เฉพาะในกรณีที่ไม่มีผล CK-MB อนุโลมให้ใช้ค่า CK ได้ โดยที่ CK มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ เท่าของค่า Upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้น ๆ

(ข) Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๑ ng/ml หรือ High Sensitivity Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๐๑๓ ng/ml หรือ ๙๙ percentile ของค่าสูงสุดของแต่ละห้องปฏิบัติงานนั้น ๆ

(ค) Troponin I มากกว่า หรือเท่ากับ ๒.๐ ng/ml

๒.๒ ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกสูง วินิจฉัยโดย (ต้องมีทั้ง ๓ ข้อ)

๒.๒.๑ มีการเปลี่ยนแปลงของ EKG เป็นแบบ ST depression หรือ Inverted T wave

๒.๒.๒ มีประวัติเจ็บแน่นหน้าอกนานกว่า ๒๐ นาที ยกเว้นในบางกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ เช่น ผู้ป่วยที่มาด้วย Post Cardiac Arrest, Shock, Syncope หรือ Cardiogenic-dyspnea หรือผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเบาหวานแทรกซ้อน

๒.๒.๓ มีค่า Cardiac enzyme อย่างน้อย ๑ ข้อ ใน ๓ ข้อ ต่อไปนี้

(๑) CK-MB มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ เท่าของค่า Upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้น ๆ เฉพาะในกรณีที่ไม่มีผล CK-MB อนุโลมให้ใช้ค่า CK ได้ โดยที่ CK มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ เท่าของค่า Upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้น ๆ

(๒) Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๑ ng/ml หรือ High Sensitivity Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๐๑๓ ng/ml หรือ ๙๙ percentile ของค่าสูงสุดของแต่ละห้องปฏิบัติงานนั้น ๆ

(๓) Troponin I มากกว่า หรือเท่ากับ ๒.๐ ng/ml

๒.๓ ภาวะปวดเค้นอกไม่คงที่ (Unstable angina) กรณีที่มีอาการปวดเค้นอกน้อยกว่า ๒๐ นาที และมีแนวทางการวินิจฉัยโดย (ต้องมีทั้ง ๓ ข้อ)

๒.๓.๑ EKG พบลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใด ต่อไปนี้

(๑) ST segment depression มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๕ mm (๐.๐๕ mv) ตั้งแต่ ๒ leads ขึ้นไป

(๒) T wave inversion มากกว่าหรือเท่ากับ ๑ mm (๐.๑ mv)

(๓) EKG Normal

๒.๓.๒ มีประวัติเจ็บแน่นหน้าอกเข้าได้กับข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) Angina at rest (อาการปวดเค้นอกแบบ Angina ที่เกิดขึ้นขณะพักภายใน ๔๘ ชม.)

(๒) Subacute angina (อาการปวดเค้นอกมากกว่า ๔๘ ชม. และภายใน ๒ สัปดาห์) มีการปวดเค้นอกแบบ Angina เพิ่มมากขึ้น โดยเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑ CCS class หรือ มีความรุนแรงอย่างน้อยเท่ากับ CCS class III ยกเว้น ในบางกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ เช่น ผู้ป่วยที่มาด้วย Post Cardiac Arrest, Shock, Syncope หรือ Cardiogenic-dyspnea หรือผู้ป่วยเบาหวาน

(๓) New onset angina ของ Acceleration angina (ภายใน ๒ เดือน) อาการปวดเค้นอกแบบ angina ครั้งแรกที่เกิดขึ้นใหม่ภายในเวลาไม่เกิน ๒ เดือน โดยมีระดับความรุนแรงของการเจ็บหน้าอกอย่างน้อยเทียบเท่ากับ Canadian Cardiovascular Society (CCS) class III (ตารางที่ ๑)

หมายเหตุ : อาการปวดเค้นอกแบบ Angina (Typical angina chest pain) หมายถึง อาการปวดเค้นอกที่ระบุได้ชัดเจนว่าเกิดจาก Myocardial ischemia โดยมีอาการดังต่อไปนี้

(๑) เจ็บ แน่น บริเวณหน้าอก กราม ไหล่ และแขน

(๒) มีสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดอาการ เช่น การออกแรง ภาวะเครียด

(๓) อาการจะทุเลาลงหรือดีขึ้นเมื่อหยุดพัก หรือได้รับยา Nitroglycerin

๒.๓.๓ มีค่า Cardiac enzyme อยู่ในเกณฑ์ปกติ ตาม Criteria ที่ใช้ทั้ง ๓ ข้อ ดังต่อไปนี้

(๑) CK-MB น้อยกว่า ๒ เท่าของค่า Upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้น ๆ ในกรณีที่ไม่มีผล CK-MB อนุโลมให้ใช้ค่า CK ได้ โดยที่ CK ต้องน้อยกว่า ๒ เท่าของค่า Upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้น

(๒) Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๑ ng/ml หรือ High Sensitivity Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๐๑๓ ng/ml หรือ ๙๙ percentile ของค่าสูงสุดของแต่ละห้องปฏิบัติงานนั้น ๆ

(๓) Troponin I มากกว่า หรือเท่ากับ ๒.๐ ng/ml

<u>หมายเหตุ :</u>

๑. ผู้ป่วยที่มาด้วย Cardiogenic dyspnea (๑) หายใจลำบาก หอบ เหนื่อย ขณะออกแรง หรือขณะพัก (๒) นอนราบไม่ได้ ต้องลุกนั่ง หรือนอนศีรษะสูงโดยใช้หมอน ๒ ใบ (๓) หายใจลำบากตอนกลางดึกต้องตื่นลุกขึ้น เนื่องจากรู้สึกเหนื่อยและกระสับกระส่าย ไม่มีอาการปวดเค้นอก แต่ EKG มี ST-T changes มี Cardiac marker ปกติ และมี Document coronary artery disease ชัดเจนจากผลการตรวจ Coronary angiogram ในกรณีนี้ให้วินิจฉัยเป็น Unstable angina

๒. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตรวจ CK, CK-MB หรือ Troponin T/I แต่ EKG มี ST-T changes หรือ inverted T และมีอาการปวดเค้นอกมากกว่า ๒๐ นาที

ตารางที่ ๑ แสดงอาการปวดเค้นอกที่แบ่งตามเกณฑ์ของ Canadian Cardiac Society (CCS)

Class I	อาการปวดเค้นอกเกิดเฉพาะเมื่อออกกำลังกายหนัก ๆ หรือออกกำลังกายเป็นเวลานาน
Class II	อาการปวดเค้นอกเกิดเมื่อออกแรงปานกลาง เช่น เดินขึ้นบันไดได้มากกว่า ๑ ชั้น ด้วยความเร็วปกติ หรือเกิดขณะมีความเครียดทางอารมณ์
Class III	อาการปวดเค้นอกเกิดแม้เพียงทำกิจวัตรประจำวันที่เบา ๆ เช่น เดินขึ้นบันได ได้เพียง ๑ ชั้นเท่านั้น หรือเดินได้ระยะทาง น้อยกว่า ๑๐๐ เมตร
Class IV	อาการปวดเค้นอกเกิดขึ้นแม้ขณะพัก ไม่สามารถทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้

ข. เกณฑ์การพิจารณาเพื่อประกอบการจ่ายเงินกรณีการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention)

สำนักงานได้กำหนดแนวทางและข้อมูลที่นำมาประกอบการพิจารณาจากการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

๑. อาการปวดเค้นอก (Angina symptom)

๒. หลักฐานการบ่งชี้การขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial ischemia)

๓. การให้การรักษาทางยาอย่างเต็มที่ (Maximal anti-ischemic therapy)

๔. รอยโรคของหลอดเลือดโคโรนารี (Angiographic anatomy)

๕. มีรอยโรคของหลอดเลือดโคโรนารี ที่เคยรักษามาก่อน แล้วมีการตีบซ้ำ (Target vessel failure)

<u>อาการปวดเค้นอก (Anginal symptom)</u>

๑. การทำ PCI ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูง ผู้ป่วยที่เกิดภาวะ STEMI จำเป็นต้องได้รับการเปิดหลอดเลือดโดยเร็วที่สุด นับตั้งแต่เกิดอาการด้วยการทำ PCI ตามข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

๑.๑ การทำ primary PCI ควรทำภายในเวลาไม่เกิน ๑๒ ชั่วโมง หลังจากอาการปวดเค้นอก (Onset-to-balloon < ๑๒ ชั่วโมง)

๑.๒ การส่งต่อเพื่อทำ PCI

๑.๒.๑ Primary PCI (ภายในเวลา ๙๐ นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลแรกจนถึงโรงพยาบาลที่ให้บริการ PCI)

๑.๒.๒ Transfer PCI (ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Thrombolytic agent และระยะเวลาไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง หลังจากมีอาการ)

๑.๓ ในรายที่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Cardiogenic shock, Heart failure) หรือยังมีอาการปวดเค้นอก (Ischemic pain) ควรได้รับการทำ PCI แม้ว่า Symptom onset เกิน ๑๒ ชั่วโมงนับตั้งแต่เกิดอาการ.

๑.๔ ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด และไม่สามารถเปิดเส้นเลือดได้สำเร็จภายหลังจากการบริหารยาไปแล้ว ๖๐-๙๐ นาที (failed thrombolysis) ผู้ป่วยยังไม่หายจากอาการปวดเค้นอก หรือการตรวจ EKG พบ ST-segment ที่ยกสูง ไม่ลดลงหรือลดลงไม่ถึงครึ่งหนึ่ง หรือระดับ Cardiac maker ไม่ลดลง ควรได้รับการทำหัตถการปฏิบัติรักษาหลอดเลือดหัวใจด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Rescue PCI) ภายในระยะเวลาไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ

๑.๕ ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดเค้นอกแล้ว (Angina symptom) สามารถให้การรักษาได้เมื่อมีหลักฐานพบว่า มีการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ (Delayed PCI)

๑.๖ กรณีผู้ป่วยเกิดอาการปวดเค้นอกซ้ำขณะที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล หลังให้การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Recurrent angina หรือ Recurrent Myocardial Infarction)

๒. การทำ PCI ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกสูง (NSTEMI) และผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดปวดเค้นอกไม่คงที่ (Unstable angina)

๒.๑ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) โดยกำหนดจากค่า TIMI risk score (Thrombolysis in Myocardial Ischemia risk score) มากกว่าหรือเท่ากับ ๓ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะมีความรุนแรงของโรคทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือเสียชีวิต ควรจะได้รับการตรวจด้วยการฉีดสารทึบรังสี (Coronary angiography) ร่วมกับการทำ PCI ภายในระยะเวลาไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ

๒.๒ ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแล้ว สามารถรักษาได้เมื่อมีหลักฐานว่า มีการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Elective PCI) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดเค้นอก (Angina symptom) ในกรณี STEMI

๓. การทำ PCI ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดปวดเค้นอกคงที่ (Stable angina)

ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดปวดเค้นอกคงที่ (Stable angina) สามารถรักษาด้วยการทำ Elective PCI ได้เมื่อมีหลักฐานพบว่า มีการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ หรือมีอาการปวดเค้นอกตามเกณฑ์ของ Canadian Cardiovascular Society (CCS) อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๓.๑ มีอาการปวดเค้นอกแม้ออกแรงเพียงเล็กน้อยหรือขณะอยู่เฉย ๆ (CCS III-IV)

๓.๒ อาการปวดเค้นอกขณะออกแรงในระดับปกติ หรือออกแรงในระดับน้อยกว่าปกติ (CCS I-II) ในกลุ่มนี้ต้องพบหลักฐานว่ามีหัวใจขาดเลือดชัดเจน

๓.๓ กรณีที่ไม่เคยเกิดอาการปวดเค้นอก (Asymptomatic) ในกลุ่มนี้ต้องพบหลักฐานว่ามีหัวใจขาดเลือดชัดเจน หรือมีอาการอื่นซึ่งต้องสงสัยว่าเกิดจากโรคหลอดเลือดโคโรนารี ได้แก่ หัวใจวาย หอบเหนื่อยขณะออกแรง หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรงชั่วคราว เช่น Paroxysmal ventricular tachycardia/ fibrillation

<u>หมายเหตุ :</u> ในกรณีที่มีการทำ Ad hoc PCI ต้องมีข้อมูลสนับสนุน (ข้อใดข้อหนึ่ง) ดังต่อไปนี้

- Hemodynamically unstable patients (including cardiogenic shock)
- Culprit lesion in STEMI and NSTE-ACS
- Stable low risk patients with single or double vessel disease (Proximal LAD excluded) and favorable morphology (RCA, non-ostial LCx, mid or distal LAD).
- Non-recurrent restenotic lesions.

<u>หลักฐานการบ่งชี้การขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial ischemia)</u>

๑. การทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการวิ่งสายพาน (Exercise treadmill test) ได้คะแนน DUKE Treadmill score น้อยกว่า ๕ (Intermediate risk score ถึง High risk score)

๒. Stress echocardiography

๒.๑ พบการบีบตัวของหัวใจห้องซ้ายล่างน้อยกว่า ๓๕ %

๒.๒ พบว่ามี Wall motion abnormality มากกว่า ๒ segments ของกล้ามเนื้อหัวใจ เกิดขึ้นที่ Low dose dobutamine (< ๑๐ µg/kg/min) หรือที่อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า ๑๒๐ ครั้งต่อนาที

<u>การให้การรักษาทางยา anti-ischemic อย่างเต็มที่ (Maximal anti-ischemic therapy)</u>

ผู้ป่วยต้องมีประวัติการรักษาด้วยยารักษากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในกรณี ดังต่อไปนี้

- กรณีที่ใช้ยาแล้วไม่ได้ผล หรือไม่ดีขึ้น
- ใช้ยาไปช่วงระยะเวลาหนึ่งจนมีอาการดีขึ้นแล้ว กลับมามีอาการของโรคอีกครั้ง

ทั้งนี้ เพื่อป้องกันการทำ PCI ในผู้ป่วยที่มาตรวจประเมินสุขภาพโดยไม่มีอาการทางคลินิก ดังนั้น จึงต้องมีประวัติการรักษาด้วยยา ดังต่อไปนี้

(๑) Anti-ischemic therapy เป็นยาที่ให้เพื่อบรรเทาหรือป้องกันกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยผู้ป่วยต้องได้รับยาอย่างน้อย ๒ ขนาน ซึ่งเป็นยาที่มีกลไกหลักคือลดปริมาณ oxygen demand ของกล้ามเนื้อหัวใจ นอกจากนี้ยาบางตัวยังมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดหัวใจโดยตรง ได้แก่

- Beta-blockers เช่น Metoprolol, Atenolol, Propranolol
- Calcium blockers ได้แก่ Verapamil, Diltiazem, Nifedipine
- Nitrates เช่น Nitroglycerin (Patch, Spray, Sublingual, Oral, Intravenous)

(๒) ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet agents) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการกระตุ้น และเกาะกลุ่มกันของเกร็ดเลือด เช่น Aspirin, Aspent, Clopidogrel

(๓) ยาต้านการเกิดลิ่มเลือด (Anticoagulants) เช่น

- Unfractionated heparin (UFH)
- Low-molecular-weight heparin (LMWH)
- Direct thrombin inhibitor และ Warfarin
- Low-molecular-weight heparin (LMWH) ได้แก่ Enoxaparin, Dalteparin, Fondaparinux
- Direct thrombin inhibitor ได้แก่ Bivalirudin

(๔) ยาสลายลิ่มเลือด (Thrombolytics หรือ Fibrinolytics) ได้แก่

- Non-Fibrin specific thrombolytics เช่น Streptokinase, Anistreplase
- Fibrin specific thrombolytics เช่น Alteplase (Recombinant tissue lasminogen activator หรือ rt-PA), Reteplase (r-PA), Tenecteplase (TNK-t PA)

(๕) Angiotensin-converting enzyme inhibitors เช่น Captopril, Enalapril, Ramipril

<u>รอยโรคของหลอดเลือดโคโรนารี (Angiographic anatomy)</u>

การตรวจสอบรอยโรคของหลอดเลือดโคโรนารี พิจารณาจากผลการตรวจด้วยการฉีดสี (Coronary angiogram) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

(๑) หลอดเลือดมีการตีบมากกว่าร้อยละ ๗๐ ของเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือด (Diameter stenosis) ได้แก่

- Single vessel – CAD with Proximal LAD
- Double vessel – CAD with Proximal LAD
- Triple vessel – CAD without LM
- Single – Double vessel – CAD without Proximal LAD

(๒) หลอดเลือดใหญ่ด้านซ้าย (Left main coronary artery) ตีบมากกว่าร้อยละ ๕๐

(๓) มีเส้นเลือดอุดตันในระดับที่รุนแรง (Chronic total occlusion) ที่ยังมีหลักฐานว่าเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่ไม่ตาย ไม่เคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเดิม

(๔) Isolate left main lesion ที่ Ostium หรือ mid-body

(๕) Distal left main with single vessel disease (Base on SYNTAX study)

* กรณีที่เป็น Multi vessel disease จะต้องมี SYNTAX score น้อยกว่า ๓๓

ค. รายการอุปกรณ์ที่หน่วยบริการมีสิทธิเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) แบ่งตามระดับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน

ลำดับ	รหัส	ประเภทอุปกรณ์	หน่วยบริการที่มีสิทธิเบิกจ่าย
๑	๔๓๐๑	สายสวนหลอดเลือดนำทางเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary Guiding Catheter)	ระดับ ๑, ๒
๒	๔๓๐๒	สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (PTCA Guidewire)	ระดับ ๑, ๒
๓	๔๓๐๓	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน (Coronary Balloon Dilatation catheter หรือ PTCA Balloon)	ระดับ ๑, ๒
๔	๔๓๐๔	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวด (Coronary Stent) ชนิดทำจากโลหะ	ระดับ ๑, ๒
๕	๔๓๐๕	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent)	ระดับ ๑, ๒
๖	๔๓๐๖	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Coronary Stent Graft)	ระดับ ๑, ๒
๗	๔๓๐๗	สายสวนหัวกรอกากเพชรเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (Rotational Atherectomy Burr Catheter)	ระดับ ๑
๘	๔๓๐๘	อุปกรณ์ขับเคลื่อนสายสวนหัวกรอกากเพชรเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (Rotational Atherectomy Burr Advancer) (รหัส ๔๓๐๗)	ระดับ ๑

ลำดับ	รหัส	ประเภทอุปกรณ์	หน่วยบริการที่มีสิทธิเบิกจ่าย
๙	๔๓๐๙	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีและหลอดเลือดแดงที่ไต (Renal artery) ด้วยบอลลูน ชนิดติดใบมีด (Cutting Balloon Catheter)	ระดับ ๑
๑๐	๔๓๑๐	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ด้วยการดูดลิ่มเลือดด้วยวิธีเชิงกล (Thrombectomy Catheter)	ระดับ ๑, ๒
๑๑	๔๓๑๑	สายสวนเพื่อการขยายหรือตัดเซาะหลอดเลือดด้วยลำแสงเลเซอร์ (Laser Angioplasty Catheter)	ระดับ ๑
๑๒	๔๓๑๒	ชุดสายสวนและอุปกรณ์เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย (Distal Embolic Protection Device)	ระดับ ๑
๑๓	๔๓๑๓	สายสวนเพื่อตรวจภายในหัวใจหรือหลอดเลือดด้วยการถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อน หรือคลื่นแสง	ระดับ ๑
๑๔	๔๓๑๔	สายลวดเพื่อวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary Pressure Wire)	ระดับ ๑, ๒
๑๕	๔๓๑๖	สายสวนหลอดเลือดอเนกประสงค์ (Multipurpose หรือ Transit Catheter)	ระดับ ๑
๑๖	๔๔๐๔	สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอด ชนิดวัดปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Swan-Ganz Catheter)	ระดับ ๑, ๒
๑๗	๔๔๐๕	สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอด ชนิดมีบอลลูน (Balloon-tip Catheter)	ระดับ ๑, ๒
๑๘	๔๔๐๖	สายลวดสำหรับนำสายสวนหลอดเลือด (Diagnostic Guide Wire)	ระดับ ๑, ๒
๑๙	๔๔๐๗	สายสวนหลอดเลือดสำหรับฉีดสีหลอดเลือดโคโรนารี (Diagnostic Coronary Angiography Catheter)	ระดับ ๑, ๒
๒๐	๔๗๐๑	ท่อนำสายสวนเข้าหลอดเลือด (Introducer Sheath)	ระดับ ๑, ๒
๒๑	๔๗๐๒	ชุดอุปกรณ์ที่สามารถเย็บปิดรอยเจาะผนังหลอดเลือด (Vascular Closure Device)	ระดับ ๑, ๒

ง. ข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการให้บริการสวนหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary Artery Angiography : CAG)

Diagnostic Catheterization data

A. DEMOGRAPHICS	
HCODE : ☐☐☐☐☐	PID : ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
Birth Date : (dd/mm/yyyy) ☐☐/☐☐/☐☐☐☐	Sex : ☐ Male ☐ Female

B. HISTORY AND RISK FACTORS (can choose > 1) อาจกรอกข้อมูลไม่ครบได้ในกรณี เสียชีวิตขณะมาถึงรพ. หรือไม่เคยตรวจ	
Current/Recent Smoker (< 1 year) : ☐ No ☐ Yes	Height: (cm) Weight: (kg)
Hypertension : ☐ No ☐ Yes	Peripheral arterial disease : ☐ No ☐ Yes
Dyslipidemia : ☐ No ☐ Yes	Prior MI : ☐ No ☐ Yes
LDL = ... On lipid lowering therapy ☐ No ☐ Yes	Known Coronary arterial disease : ☐ No ☐ Yes
	Aortic disease: ☐ No ☐ Yes
Diabetes Mellitus: ☐ No ☐ Yes	Cerebrovascular disease : ☐ No ☐ Yes
Previous PCI ☐ No ☐ Yes	Previous CABG ☐ No ☐ Yes
CKD : ☐ No ☐ Yes ; if Yes, CKD stage	Not known ☐ Yes

C. CLINICAL PRESENTATION AND INDICATION FOR CAG choose only one (C1-C7) เลือกได้ 1 ข้อหากเลือกแล้วให้เลือกข้ออื่นไม่ได้	
☐ C1. Chronic coronary syndromes	
1. Angina/chest pain ☐ No ☐ Yes ; if Yes, Canadian Class : ☐ class I ☐ class II ☐ class III ☐ class IV	
2. Evidence of ischemia on non-invasive test (s) ☐ No ☐ Yes ; if Yes, Specify Test Performed (✓ in the box (es))	
(1) Exercise Stress Test ☐ low ☐ intermediate ☐ high risk	(4) Stress CMR ☐ small ☐ moderate ☐ large area
(2) Stress Echo ☐ small ☐ moderate ☐ large area	(5) CTA ☐ No ☐ Yes ; if Yes Severe stenosis (>70%) ☐ No ☐ Yes ; if Yes, ☐ 1VD ☐ 2VD ☐ 3VD ☐ LM (> 50%)
(3) Stress MPI ☐ small ☐ moderate ☐ large area	
Investigate เพิ่มเติม 1. Coronary calcium score ☐ No ☐ Yes ; if Yes, Calcium Score: ☐☐☐☐	
2. Echocardiogram LVEF : ☐ No ☐ Yes ; if Yes ☐ <35% ☐ 35-50% ☐ >50%	

☐ C2. NSTE-ACS
ECG : ☐ Normal ☐ ST depression ☐ T Wave inversion ☐ others detail .....
Cardiac biomarker : ☐ Normal ☐ Abnormal Highest Troponin I or T = ... ☐ Not done
Ischemic risk : ☐ Low ☐ High ☐ Very high
☐ C3.STE-ACS
☐ Primary PCI ☐ Rescue PCI
☐ Early CAG within 24 hrs after thrombolysis (Pharmacoinvasive)
☐ CAG after 24 hrs: specify indication .....

☐ C4. Cardiomyopathy/CHF : to rule out ischemic cardiomyopathy	☐ C6. Pre-op cardiac surgery
☐ C5. Survivor of Sudden Cardiac Death	☐ C7. Others (specify).....

D. PROCEDURE INFORMATION	
Procedure Date : ☐☐/ ☐☐/25☐☐ Time ☐☐: ☐☐ (24 hours)	Contrast Volume : ☐☐☐ ml
Arterial access site : ☐ Femoral ☐ Brachial ☐ Radial ☐ Other	Diag. Cath Status : ☐ Elective ☐ Urgent ☐ Emergency
Findings QCA : ☐ LM.....% ☐ Trifurcation .....% ☐ LAD.....% ☐ Cx.....% ☐ RCA.....% ☐ Other ระบุตำแหน่ง.....; .....%	

E. CAG Complication	
CAG Complication (in-hospital) ☐ No ☐ Yes ; if Yes, please specified (can choose > 1)	
☐ Death ☐ within 24 hrs post CAG ☐ after 24 hrs before D/C ☐ Acute MI ☐ within 24 hrs post CAG ☐ after 24 hrs before D/C	☐ Access site hematoma/vascular complication ☐ within 24 hrs post CAG ☐ after 24 hrs before D/C ☐ Heart failure ☐ within 24 hrs post CAG ☐ after 24 hrs before D/C ☐

☐ Stroke ☐ within 24 hrs post CAG ☐ after 24 hrs before D/C (; if Yes ☐ ischemic ☐ hemorrhagic) ☐ Major Bleeding (BARC 3,5)*	☐ AKI ☐ within 24 hrs post CAG ☐ after 24 hrs before D/C ; if Yes (1) requirement for dialysis ☐ (2) conservative ☐ CIN : ☐ within 24 hrs post CAG ☐ after 24 hrs before D/C ☐ Anaphylaxis ☐ within 24 hrs post CAG ☐ after 24 hrs before D/C ☐ Others ระบุ ..... ☐ within 24 hrs post CAG ☐ after 24 hrs before D/C
F. TREATMENT RECOMMENDATION (For clinical presentation and indications C1- C5 and C7)	
☐ Medical Therapy	☐ PCI
☐ CABG	☐ Heart team discussion
Physiologic assessment (prior to revascularization decision) ☐ No ☐ Yes	

*BARC 3 : overt bleeding, Hb drop > 3 g/dl, need transfusion, BARC 5 : probable fatal, definite fatal Draft Data for NHSO_CAG and PCI Ver 4.0 Date 23 Aug 2021

เอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการรักษาข้อเข่าเทียม

คุณสมบัติ ข้อบ่งชี้ ของผู้รับบริการ

๑. ผู้มีสิทธิรับบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม มีข้อบ่งชี้ ดังนี้

๑.๑ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty, TKA) ต้องมีข้อบ่งชี้และไม่มีลักษณะข้อห้าม ดังนี้

๑.๑.๑ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ ๕๕ ปี ขึ้นไป มีข้อบ่งชี้ ดังนี้

(๑) การเสื่อมของข้อเข่าอย่างน้อย ๒ Compartment (at least bicompartmental knee osteoarthritis)

(๒) ภาพรังสีด้านหน้า-หลัง ที่ถ่ายในท่ายืนลงน้ำหนัก แสดงช่องว่างของข้อเข่าอย่างน้อยด้านหนึ่งแคบลงมากกว่า ๕๐% (Narrowing joint space more than 50% of at least one compartment of the knee from standing weight bearing antero-posterior view of knee radiograph) หรือภาพรังสีแสดงข้อเข่าเสื่อมระยะ ๓ หรือ ๔ (Kellgren–Lawrence stage III or IV)

(๓) ผู้ป่วยได้รับการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีไม่ใช้ยาและวิธีใช้ยา และหรือฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อแล้วไม่ได้ผลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๓ เดือน (failure of conservative treatment)

๑.๑.๒ ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า ๕๕ ปี มีข้อบ่งชี้ ดังนี้

(๑) การเสื่อมของข้อเข่าอย่างน้อย ๒ Compartment (at least bicompartmental knee osteoarthritis)

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

กรณีมีความคลุมเครือ อาจมีการวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วย MRI เพื่อยืนยันว่ามีการสึกของกระดูกอ่อนทั้งหมดของบริเวณผิวข้อส่วนนั้น (Full thickness cartilage loss)

(๓) ผู้ป่วยได้รับการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีไม่ใช้ยาและวิธีใช้ยา และหรือ ฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อแล้วไม่ได้ผลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๖ เดือน (Failure of conservative treatment)

(๔) มีข้อบ่งชี้อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(ก) 2nd Knee OA สาเหตุจากการติดเชื้อ

(ข) 2nd Knee OA สาเหตุจากอุบัติเหตุ

(ค) 2nd Knee OA สาเหตุจากโรคไขข้ออักเสบ (Inflammatory joint disease)

(ง) 2nd Knee OA สาเหตุจากกระดูกตาย (Osteonecrosis)

(จ) ข้อเข่าผิดรูปมาก โดยมีมุมข้อเข่า (Tibiofemoral angle) ในระนาบซ้าย-ขวา (Frontal plane) ผิดจากปกติมากกว่า ๒๐ องศา

๑.๑.๓ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ต้องไม่มีลักษณะต้องห้าม (Contraindication) อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) มีการติดเชื้อที่ข้อเข่าที่ยังไม่ได้รับการรักษาให้หายขาด (Recent or current knee infection)

(๒) มีการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่น ๆ ของร่างกายที่อาจก่อให้เกิดการแพร่กระจายมาติดข้อเข่าของร่างกายที่อาจก่อให้เกิดการแพร่กระจายมาติดข้อเข่า (Remote source of ongoing infection)

(๓) ระบบโครงสร้างที่ใช้ในการเหยียดข้อเข่าซึ่งประกอบด้วย กล้ามเนื้อ Quadriceps กระดูกสะบ้า และ Patellar tendon ขาดความต่อเนื่อง หรือระบบโครงสร้างเหล่านี้ไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ (Extensor mechanism discontinuity or severe dysfunction)

(๔) มีความผิดรูปของข้อเข่าในลักษณะแอ่นซึ่งเป็นผลมาจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Recurvatum deformity secondary to neuromuscular weakness)

๑.๑.๔ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty, TKA) ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า ๕๕ ปี ที่วินิจฉัยเป็นข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิหรือข้อเข่าเสื่อมไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Unspecified Knee OA) ให้ดำเนินการขออนุมัติก่อนการผ่าตัด (Pre Authorized) โดยหน่วยบริการจัดเตรียมเอกสาร ส่งมายังสำนักงานผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) โดยสำนักงานจะพิจารณาเอกสาร และแจ้งผลการพิจารณาให้หน่วยบริการทราบผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)

๑.๒ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน (Medial Unicompartmental Knee Arthroplasty, UKA)

๑.๒.๑ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน ต้องมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

(๑) ผิวข้อเข่าเสื่อมเฉพาะด้านในเท่านั้น

(๒) เอ็นข้อเข่าทั้งหมดทำงานเป็นปกติ

(๓) พิสัยการเหยียดและการงอข้อเข่าดี

๑.๒.๒ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน ต้องไม่มีลักษณะต้องห้าม (Contraindication) อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

(๑) น้ำหนักมากกว่า ๙๕ กิโลกรัม

(๒) มีอาการปวดบริเวณลูกสะบ้า (Patellofemoral pain)

(๓) มีการเสื่อมของข้อเข่าด้านตรงข้าม (Contralateral tibiofemoral joint involvement)

(๔) ข้อเข่าเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากโรคไขข้ออักเสบ เช่น โรครูมาตอยด์ โรคเก๊าท์ (Inflammatory arthritis)

(๕) มีภาวะข้อเข่าไม่มั่นคงจากเส้นเอ็นไขว้หน้าฉีกขาดหรือหย่อน (Symptomatic ACL insufficiency)

(๖) มีภาวะข้อเข่าไม่มั่นคงจากเอ็นประกอบเข่าด้านข้างฉีกขาดหรือหย่อน (Collateral ligament insufficiency)

(๗) มุมข้อเข่าผิดรูป ในแนว Varus มากกว่า ๑๐ องศา (Varus deformity > 10 Degrees)

(๘) ข้อเข่าเหยียดไม่สุด มีการติดหรือยึดมากกว่า ๑๐ องศา (Flexion contracture > 10 Degrees)

๑.๓ การผ่าตัดจัดแนวกระดูกหน้าแข้งด้านบน (High tibial osteotomy)

๑.๓.๑ การผ่าตัดจัดแนวกระดูกหน้าแข้งด้านบน ต้องมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

(๑) ผิวข้อเข่าเสื่อมเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น

(๒) เอ็นยึดข้อเข่าและหมอนรองข้อเข่าทำงานเป็นปกติ

(๓) พิสัยการขยับของข้อเข่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ องศา

(๔) ไม่มีการยึดติดของข้อเข่า ทั้งการเหยียดและการงอ

๑.๓.๒ การผ่าตัดจัดแนวกระดูกหน้าแข้งด้านบน ต้องไม่มีลักษณะข้อห้าม (Contraindication) อย่างหนึ่งอย่างใด ดังนี้

(๑) ข้อเข่าที่มีการเสื่อมของผิวข้อเข่าทุกส่วน (Diffuse arthritis)

(๒) ข้อเข่าเสื่อมที่มีการเคลื่อนของแนวกระดูกหน้าแข้งออกจากกระดูกต้นขาเป็นระยะทางที่มาก (Marked tibiofemoral subluxation)

(๓) ข้อเข่าเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากโรคไขข้ออักเสบ เช่น โรครูมาตอยด์ โรคเก๊าท์ (Inflammatory arthritis)

(๔) ผู้ป่วยเคยได้รับการตัดหมอนรองกระดูกข้อเข่า (Post meniscectomy)

๒. ผู้มีสิทธิรับบริการผ่าตัดแก้ไขในผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาแล้ว มีข้อบ่งชี้และข้อห้ามการใช้อุปกรณ์ข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ ดังนี้

๒.๑ ข้อบ่งชี้ในการรักษา

๒.๑.๑ กระดูกต้นขาส่วนปลายหรือกระดูกขาส่วนต้นถูกทำลาย (Severe bone loss) จนถึงจุดเกาะของเส้นเอ็นด้านข้างข้อเข่า (Collateral ligament insertion) ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นคงของข้อเข่า

๒.๑.๒ ภาวะข้อเข่าที่ไม่มั่นคงอย่างรุนแรง (Severe instability) จากการเสียประสิทธิภาพหรือถูกทำลายของเส้นเอ็นด้านข้างข้อเข่า (Dysfunction and destruction of collateral ligaments) ที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัดหรือข้อเข่าเทียมประเภทอื่น

๒.๑.๓ ภาวะเข่าแอ่นมาก (Severe genu recurvatum) ที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัดหรือข้อเข่าเทียมประเภทอื่น

๒.๑.๔ ภาวะที่มีความแตกต่างอย่างรุนแรงระหว่างช่องของข้อเข่าในท่างอและท่าเหยียด (Severe mismatch of flexion and extension gap) จนไม่สามารถสร้างสมดุลและความมั่นคงของข้อเข่าที่ยอมรับได้ในระหว่างการผ่าตัดด้วยข้อเข่าเทียมประเภทอื่น

๒.๒ ข้อห้ามในการรักษา

๒.๒.๑ มีการติดเชื้อของข้อเข่าที่ยังรักษาไม่หาย (Active infection of knee joint)

๒.๒.๒ มีการติดเชื้อบริเวณอื่นของร่างกายที่ยังรักษาไม่หาย (Active remote infection)

๒.๒.๓ ผู้ป่วยไม่สามารถทำการเหยียดเข่าได้จากปัญหาของกระดูก กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นที่ทำหน้าที่เหยียดเข่า และไม่สามารถซ่อมแซมได้ (Non reconstructable extensor mechanism dysfunction)

๒.๓ การขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre-Authorized: PA) กรณีบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ (Hinge total knee prosthesis) ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision total knee arthroplasty) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

<u>แนวทางการตรวจสอบ</u> การขอเบิกอุปกรณ์ข้อเข่าเทียม Hinge total knee prosthesis เอกสาร/หลักฐานประกอบการพิจารณาโดยต้องได้รับการรับรอง/ลงนามจากแพทย์ผู้รักษา ดังนี้

๑. แบบขออนุมัติเบิกข้อเข่าเทียมประเภทที่มีแกนเชื่อมต่อ (Hinge total knee prosthesis)

๒. สำเนาเวชระเบียนประวัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม โรคอื่น ๆ ภาวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและประวัติการผ่าตัดครั้งก่อน

๓. ภาพถ่าย X-Rays เข่า (Antero-posterior view และ lateral view)

<u>ขั้นตอนการตรวจสอบ</u>

๑. หน่วยบริการลงทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม Hinge total knee prosthesis (Pre-authorized : PA) และส่งข้อมูลเพื่อตรวจสอบ

๒. สำนักงานตรวจสอบข้อมูลและเวชระเบียนเบื้องต้นว่าครบถ้วน แล้วนำส่งผู้เชี่ยวชาญ (Auditors) เพื่อตรวจสอบ

๓. ผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาแล้วส่งผลการตรวจสอบมาสำนักงาน

๔. สำนักงานยืนยันผลการตรวจสอบให้สถานพยาบาล

เอกสารหมายเลข ๔.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การใช้เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ

ข้อบ่งชี้ในการรักษา ข้อห้ามในการรักษา และข้อพิจารณายุติการรักษา

๑. ข้อบ่งชี้ในการรักษา

๑.๑ ทารกแรกเกิด และผู้ป่วยเด็ก (อายุ ๑ เดือน–๑๘ ปี) กำหนด ดังนี้

๑.๑.๑ ภาวะหัวใจล้มเหลว

(๑) ข้อบ่งชี้ที่เกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจและการสวนหัวใจ

(ก) พยุงการทำงานของหัวใจก่อนผ่าตัด เพื่อแก้ไขพยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วย

(ข) ภาวะหัวใจล้มเหลวหลังการผ่าตัดหัวใจที่ไม่ตอบสนองต่อยากระตุ้นหัวใจ หรือไม่สามารถหย่าเครื่องปอดหัวใจเทียมได้

(ค) เพื่อพยุงการทำงานของหัวใจในระหว่างการทำหัตถการทางสายสวนที่มีความเสี่ยงสูง

(๒) หัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจากสาเหตุต่าง ๆ

(ก) Cardiogenic shock เช่น กล้ามเนื้อหัวใจล้มเหลวจากกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและกล้ามเนื้อ หัวใจผิดปกติ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ควบคุมไม่ได้

(ข) Distributive shock เช่น การติดเชื้อ การแพ้ชนิดรุนแรง (Anaphylaxis)

(ค) Obstructive shock เช่น ภาวะความดันปอดสูง ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงที่ปอด

๑.๑.๒ ภาวะระบบหายใจล้มเหลว

(๑) ผู้ป่วยแรกเกิดคลอดครบกำหนดหรือคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ตั้งแต่ ๓๔ สัปดาห์ขึ้นไป

(ก) มีภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างรุนแรง และหรือภาวะหัวใจล้มเหลว

(ข) มีความเสี่ยงถึงเสียชีวิต และไม่ตอบสนองต่อการรักษา แม้ได้รับยาอย่างเต็มที่แล้ว

(ค) มีสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้

(ง) การวินิจฉัยที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ภาวะไส้เลื่อนกระบังลมแต่กำเนิด ภาวะสูดสำลักขี้เทา และภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด

(๒) ผู้ป่วยเด็ก

(ก) มีภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง

(ข) มีการคั่งค้างของคาร์บอนไดออกไซด์อย่างรุนแรง ทำให้มีค่าเลือดเป็นกรด

๑.๒ ผู้ป่วยอายุมากกว่า ๑๘ ปี กำหนด ดังนี้

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

(๑) ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจนเกิดภาวะช็อก ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามปกติจากสาเหตุ ต่อไปนี้

(ก) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

(ข) หัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรงที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยการใช้ยาและการช็อกด้วยไฟฟ้า

(ค) กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบอย่างรุนแรง

(ง) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ส่งผลให้การทำงานของหัวใจลดลงจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

(จ) ผู้ป่วยได้รับยาที่มีฤทธิ์กดการทำงานของหัวใจมากเกินขนาด

(ฉ) ภาวะอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดชนิดรุนแรงจนทำให้เกิดภาวะช็อก

(ช) ปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างรุนแรงจนทำให้เกิดภาวะช็อก

(ซ) ภาวะหัวใจล้มเหลวจากความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ ได้แก่ ภาวะไทรอยด์เป็นพิษรุนแรง ภาวะวิกฤตต่อมหมวกไต ภาวะเลือดเป็นกรดจากน้ำตาลในเลือดสูง

(ฌ) ภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากความเครียด (Takosubo cardiomyopathy)

(ญ) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมในช่วงระหว่างคลอดบุตร

(ฎ) ภาวะความดันหลอดเลือดในปอดสูง

(๒) ภาวะหัวใจล้มเหลวหลังการผ่าตัดหัวใจที่ไม่ตอบสนองต่อยากระตุ้นหัวใจหรือไม่สามารถหย่าเครื่องปอดหัวใจเทียมได้

(๓) ภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ

(๔) ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอยู่เดิมเพื่อรอการรักษาขั้นถัดไป

(๕) ภาวะหัวใจหยุดเต้นที่ไม่ตอบสนองต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ

(๖) เพื่อพยุงการทำงานของหัวใจระหว่างการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงกับหัวใจ

(๗) เพื่อใส่ในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและไม่ตอบสนองต่อการรักษาอื่น

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

(๑) ภาวะ Acute respiratory distress syndrome (ARDS) จากสาเหตุต่าง ๆ ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามปรกติ

(ก) ปอดอักเสบรุนแรงที่มีโอกาสรักษาให้ดีขึ้นได้

(ข) ปอดหรือหลอดลมอักเสบจากการสำลักอย่างรุนแรง เช่น การสำลักควันไฟหรือสารพิษ

(ค) ปอดช้ำรุนแรงจากอุบัติเหตุ

(ง) ถุงลมผิดปรกติไม่สามารถแลกเปลี่ยนแก๊สได้

(๒) การทำงานแทนปอดในกรณีต่าง ๆ

(ก) หลอดลมอุดตันจากเหตุที่ไม่สามารถแก้ไขได้ เช่น เนื้องอกในหลอดลมที่สามารถทำการผ่าตัดได้ หรือ Severe difficult airway เป็นต้น

(ข) หลังการผ่าตัดปอดออกข้างหนึ่ง (Pneumonectomy) และปอดข้างที่เหลือไม่สามารถทำงานได้ชั่วคราว

(๓) ภาวะการหายใจล้มเหลวหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายปอด

(๔) ภาวะโรคหอบหืดกำเริบอย่างรุนแรงที่ไม่ตอบสนองต่อยาขยายหลอดลม

(๕) ภาวะเลือดออกในปอด หรือไอเป็นเลือดอย่างรุนแรงจนกระทั่งไม่สามารถแลกเปลี่ยนแก๊สได้

๑.๓ การช่วยฟื้นคืนชีพด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal cardiopulmonary resuscitation : ECPR) กำหนด ดังนี้

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการช่วยฟื้นคืนชีพตามปกติ โดยที่

๑.๓.๑ ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพทันทีจากผู้เห็นเหตุการณ์อย่างมีประสิทธิภาพเป็นเวลาเกิน ๑๐–๒๐ นาที แต่หัวใจยังไม่กลับมาบีบตัวอย่างมีประสิทธิภาพ

๑.๓.๒ ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นจากสาเหตุที่แก้ไขได้ เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงปอด กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่ได้รับยาหรือสารพิษเกินขนาด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

๑.๓.๓ ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงดีมาก่อน หรือได้รับการรักษาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่อง

๒. ข้อห้ามในการรักษา

๒.๑ ทารกแรกเกิด และผู้ป่วยเด็ก (อายุ ๑ เดือน–๑๘ ปี) กำหนด ดังนี้

๒.๑.๑ ภาวะที่เป็นสาเหตุไม่สามารถฟื้นตัวได้ หรือภาวะที่เป็นสาเหตุยังไม่มีวิธีรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา

๒.๑.๒ ผู้ป่วยคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ต่ำกว่า ๓๐ สัปดาห์ หรือน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า ๑ กิโลกรัม

๒.๑.๓ ผู้ป่วยมีความผิดปกติของโครโมโซมชนิดร้ายแรง (เช่น Trisomy ๑๓ หรือ ๑๘; ไม่รวม ๒๑)

๒.๑.๔ ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกที่ควบคุมไม่ได้

๒.๑.๕ ผู้ป่วยมีสมองเสียหายรุนแรงและไม่สามารถฟื้นตัวได้ เช่น ภาวะเลือดออกในโพรงสมองตั้งแต่ขั้นที่ ๓ ขึ้นไป

๒.๑.๖ ผู้ป่วยมีความผิดปกติแต่กำเนิดอื่นที่ถึงชีวิต

๒.๑.๗ ผู้ป่วยมีขนาดเส้นเลือดเล็กจนไม่สามารถใส่สาย ECMO ได้

๒.๑.๘ มีโรคร่วม (Comorbidity) เช่น Primary pulmonary hypertension, Chronic lung disease requires oxygen > 1 LPM, Cardiomyopathy, Chronic liver failure, End stage renal disease, โรคเลือดที่พยากรณ์โรคไม่ดี เช่น Severe aplastic anemia, Post-allogeneic hematopoietic stem cell transplantation, Febrile neutropenia และ Primary immunodeficiency

๒.๑.๙ มีความบกพร่องทางพัฒนาการ หรือสติปัญญาอย่างรุนแรงอยู่เดิม

๒.๑.๑๐ ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจมานานเกิน ๑๔ วัน

๒.๑.๑๑ Vasodilatory septic shock

๒.๒ ผู้ป่วยอายุมากกว่า ๑๘ ปี

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

(๑) ผู้ป่วยที่หัวใจไม่สามารถฟื้นตัวได้ และไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ หรือใส่เครื่องพยุงหัวใจชนิดถาวรได้

(๒) ผู้ป่วยที่มีสมองเสียหายรุนแรง

(๓) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นซึ่งไม่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพทันทีภายใน ๕ นาที หลังหัวใจหยุดเต้น ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นระยะเวลานานเกิน ๖๐ นาทีโดยที่ไม่มีการตอบสนองใด ๆ

(๔) ผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจเออร์ติกรั่วอย่างรุนแรง

(๕) ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดแดงใหญ่แตก หรือผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกเฉาะเฉียบพลันที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดรักษา

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

(๑) ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยต้องใช้ FiO_2 > 0.9 และ Plateau pressure > 30 เซนติเมตรน้ำ นานเกิน ๗ วัน

(๒) ผู้ป่วยที่มีสมองเสียหายรุนแรง

๒.๓ การช่วยฟื้นคืนชีพด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal cardiopulmonary resuscitation : ECPR) กำหนด ดังนี้

๒.๓.๑ ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการใส่เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจตามข้อ ๒.๑ และ ๒.๒

๒.๓.๒ ภาวะหัวใจหยุดสนิท (Asystole)

๒.๓.๓ ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้พบเห็นขณะที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น หรือไม่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพภายใน ๕ นาที

๒.๓.๔ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นจากการเสียเลือดปริมาณมากหรือจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง

๒.๓.๕ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๗๐ ปี

๒.๓.๖ ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสียหายรุนแรงมาก่อน

๒.๓.๗ ไม่สามารถเริ่มการทำงานของเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจได้ภายใน ๙๐ นาที หลังจากหัวใจหยุดเต้น

๒.๓.๘ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ไม่เกิน ๑ ปี

๒.๓.๙ ผู้ป่วยที่ได้แสดงเจตจำนงขอไม่รับการช่วยฟื้นคืนชีพไว้ล่วงหน้า

๓. ข้อพิจารณายุติการรักษา กำหนด ดังนี้

๓.๑ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถแก้ไขภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุหลักของการรักษาด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ

๓.๒ การใส่เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต

๓.๓ ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ และการรักษาดังกล่าว อาจจะก่อให้เกิดโทษมากกว่าประโยชน์

๓.๔ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ หรือใส่เครื่องพยุงการทำงาน ของหัวใจแบบถาวรได้

๓.๕ ผู้ป่วยมีภาวะสมองเสียหายรุนแรง

๓.๖ ภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบที่ไม่สามารถฟื้นคืนได้

๓.๗ มีการติดเชื้อรุนแรงที่ควบคุมไม่ได้

๓.๘ ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองและมีความประสงค์ให้ยุติการรักษาด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ

เอกสารหมายเลข ๕.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

ก. คุณสมบัติผู้รับบริการและข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

ข. คุณสมบัติและลักษณะของอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม

ค. การขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม (Pre-authorized : PA)

ก. คุณสมบัติผู้รับบริการและข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

๑. ผู้รับบริการมีคุณสมบัติครบทุกข้อ ดังนี้

๑.๑ อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓ ปี ๖ เดือน ในกรณี Prelingual หรืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ปี ในกรณี Postlingual

๑.๒ มีสุขภาพดีไม่มีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัด

๑.๓ มีสุขภาพจิตและสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือต่ำกว่าปกติเล็กน้อย (IQ ไม่ต่ำกว่า ๘๐) หรือใช้การประเมินด้านพัฒนาการจากการประเมินโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น หรือกุมารแพทย์พัฒนาการเด็ก

๑.๔ การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวินิจฉัย ต้องไม่พบความผิดปกติระบบการได้ยินของสมองส่วน กลาง และพบว่ามีเส้นประสาทรับการได้ยินคู่ที่ ๘ (Auditory nerve) โดยต้องตรวจ High resolution CT scan ของ Temporal bone ทุกราย และในกรณีที่สงสัยว่ามีความผิดปกติของสมองส่วนกลาง หรือหูหนวกจากโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือไม่มีเส้นประสาทรับการได้ยินคู่ที่ ๘ (Auditory nerve) ต้องตรวจ MRI ของ Brain และ Internal Acoustic Canal (IAC) เพิ่ม เพื่อพิจารณาผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมชนิดฝังก้านสมองแทนการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

๑.๕ ต้องสามารถเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยินหลังการผ่าตัดและติดตามผลเป็นระยะได้ โดยผ่านการประเมินผลจากนักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ผู้ผ่าตัด หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมายและติดตามผลเป็นระยะได้

๑.๖ ต้องมีผู้ดูแลอย่างชัดเจนและใกล้ชิด โดยผ่านการประเมินผลจากนักสังคมสงเคราะห์ หรือแพทย์ผู้ผ่าตัด หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมาย

๑.๗ ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลมีศักยภาพที่จะดูแลและบำรุงรักษาเครื่องประสาทหูเทียมได้ โดยผ่านการประเมินผลจากนักสังคมสงเคราะห์ หรือแพทย์ผู้ผ่าตัด หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมาย

๑.๘ ต้องมีบัตรประจำตัวคนพิการ หรือลงทะเบียนเป็นผู้พิการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ท.๗๔)

๒. ข้อบ่งชี้ในการรักษา ดังนี้

๒.๑ ผู้รับบริการอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓ ปี ๖ เดือน ในกรณี Prelingual หรืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ปี ในกรณี Postlingual (ณ วันที่ผู้รับบริการได้รับการประเมินว่ามีความพร้อมในการผ่าตัดตามข้อบ่งชี้ครบทุกข้อ) และ

๒.๒ ใช้การประเมินโดยการวัดการได้ยิน โดยดูการตอบสนองของเสียงผ่านก้านสมอง (Auditory Brainstem Response; ABR และ Auditory Steady State Response; ASSR) มีระดับการได้ยินตั้งแต่ ๙๐ เดซิเบลขึ้นไปในหูทั้งสองข้าง

๒.๓ มีการฟื้นฟูสมรรถภาพการฟังและการพูดมาก่อน ณ สถานพยาบาลที่ทำการผ่าตัดประสาทหูเทียมอย่างน้อย ๓ ครั้งในเวลา ๓ เดือนขณะใช้เครื่องช่วยฟังที่ปรับอย่างเหมาะสมแล้วไม่ได้ผล หรือได้ผลน้อยจากการใช้เครื่องช่วยฟังประเมินโดยแบบประเมินมาตรฐาน หรือไม่มีพัฒนาการความก้าวหน้าทางด้านการได้ยิน ภาษาและการพูด อย่างน้อย ๓-๖ เดือน ยกเว้นกรณี Prelingual หรือ Postlingual ที่หูหนวกจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบ สามารถผ่าตัดได้ทันที

ข. คุณสมบัติ และลักษณะของอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม ดังนี้

๑. คุณสมบัติของอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม

๑.๑ มีจำนวน Electrode ตั้งแต่ ๑๒ Electrodes ขึ้นไป

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

๒. ลักษณะของอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม

เป็นชุดอุปกรณ์ประกอบด้วย ๒ ส่วน ได้แก่ ส่วนที่อยู่ในร่างกาย และส่วนที่อยู่นอกร่างกาย ดังนี้

๒.๑ ส่วนที่อยู่ในร่างกาย ประกอบด้วยอุปกรณ์สำคัญ คือ ตัวรับสัญญาณ (Receiver) และขั้วไฟฟ้า (Electrode array) ชนิดหลายขั้ว ตั้งแต่ ๑๒ Electrodes ขึ้นไป สามารถรองรับเทคโนโลยีใหม่ในอนาคตได้ โดยไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดใหม่ สามารถเข้าเครื่อง MRI ที่มีความเข้มข้นไม่น้อยกว่า ๑.๕ เทสลา โดยไม่ต้องผ่าตัดเอาแม่เหล็กออก และสามารถถอดแม่เหล็กออกได้เมื่อต้องการโดยเครื่องไม่ชำรุด รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปี

๒.๒ ส่วนที่อยู่นอกร่างกาย ประกอบด้วย

๒.๒.๑ เครื่องแปลงสัญญาณเสียงพูด (Speech processor) รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า ๕ ปี

๒.๒.๒ ขดลวดส่งต่อสัญญาณและแม่เหล็ก รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า ๒ ปี

๒.๒.๓ สายไฟเชื่อมต่อเครื่องแปลงสัญญาณเสียงพูดเข้ากับขดลวดส่งต่อสัญญาณ (coil cable) รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า ๒ ปี

๒.๒.๔ แบตเตอรี่ชนิดประจุไฟฟ้าใหม่ได้ (Rechargeable battery) อย่างน้อย ๒ ชุด พร้อมแท่นชาร์ต

๒.๒.๕ มีระบบ Data Logging เพื่อให้สามารถรู้ว่าผู้ป่วยใช้งานหรือไม่

๒.๒.๖ มีระบบการป้องกันน้ำที่มาตรฐานไม่ต่ำกว่า International Protection ๕๗ ขึ้นไป

๒.๒.๗ มีไมโครโฟน (Omni direction) อย่างน้อย ๒ ตัว

๒.๒.๘ มีกล่องอบกันความชื้น ที่รองรับการใช้งานอย่างน้อย ๒ ปี โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม

เงื่อนไขอื่น ๆ

(๑) บริษัทต้องจัดให้มีอุปกรณ์และบริการการปรับโปรแกรม (Mapping) ตามระยะเวลาและสถานที่ตามที่สถานพยาบาลกำหนด โดยไม่คิดมูลค่าใน ๒ ปีแรก ดังนี้

(๑.๑) ช่วง ๖ เดือนแรก จัดให้มีบริการและอุปกรณ์การปรับโปรแกรม (Mapping) อย่างน้อยทุก ๑-๒ เดือน

(๑.๒) หลัง ๖ เดือนถึง ๒ ปี จัดให้มีบริการและอุปกรณ์การปรับโปรแกรม (Mapping) อย่างน้อยทุก ๓ เดือน

(๒) ระหว่างการรับประกันเมื่อมีการเสียหายที่เกิดจากการใช้งานตามสภาพปกติ และบริษัทจะต้องมีเครื่องสำรองมาให้บริการภายใน ๗ วันหลังจากที่ทางสถานพยาบาลแจ้ง

ทั้งนี้ ถ้าส่วนที่อยู่นอกร่างกายเป็น Single unit อุปกรณ์ ข้อ (๒.๑.๑), (๒.๒.๒) และ (๒.๒.๓) จะรวมกันเป็นชิ้นเดียว รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า ๕ ปี

ค. การขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม (Pre-authorized : PA) ดังนี้

๑. หน่วยบริการที่จะให้บริการต้องมีศักยภาพตามที่กำหนด โดยเป็นไปตามหมวด ๑ ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้ และแนวทางการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒. หน่วยบริการขอประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐานที่กำหนดก่อนการให้บริการผ่าตัดประสาทหูเทียม

๓. ผู้เชี่ยวชาญจากราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์ แห่งประเทศไทย พิจารณาข้อมูลการขออนุมัติการให้บริการผ่าตัดประสาทหูเทียม โดยข้อมูลจะต้องได้รับการอนุมัติจากผู้เชี่ยวชาญ ๒ คน จากผู้เชี่ยวชาญที่เข้ามาพิจารณา ๓ คน

๔. กรณีข้อมูลที่ไม่ได้รับการอนุมัติก่อนการให้บริการ หากมีการให้บริการผ่าตัดประสาทหูเทียมจะไม่ได้รับการจ่ายค่าอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมเพิ่มเติม แต่จะได้รับค่าใช้จ่ายฯ ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) และอุปกรณ์อวัยวะเทียมอื่น ๆ (ถ้ามี)

๕. หน่วยบริการต้องให้บริการผ่าตัดประสาทหูเทียม ภายในระยะเวลา ๖ เดือนนับแต่ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากผู้เชี่ยวชาญ และเด็กต้องมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ปี ณ วันที่ผ่าตัด หากเลยระยะเวลาที่กำหนดจะถือว่าผู้ป่วยรายดังกล่าวพ้นสภาพจากการได้รับอนุมัติ ทั้งนี้ เมื่อผู้รับบริการรายดังกล่าวมีความพร้อมในการเข้าร่วมรับบริการ หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลเพื่อขอรับการพิจารณาอนุมัติจากผู้เชี่ยวชาญได้อีกครั้งหนึ่ง

เอกสารหมายเลข ๗.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

เกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติเลนส์แก้วตาเทียม

ข้อ ๑ เลนส์แข็ง (Hard IOL)

(๑) คุณสมบัติของเลนส์แก้วตาเทียม (Specification of IOL)

(๑.๑) วัตถุดิบ PMMA

(๑.๒) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของ optic ≥ ๕.๕ mm

(๑.๓) มี UV blocker

(๑.๔) เป็น One piece หรือ 3-piece design

(๒) เกณฑ์บ่งชี้คุณภาพ (Quality Assurance)

(๒.๑) ผ่านการอนุญาตจาก US, FDA, CE หรือ Japanese Ministry of Health and Welfare

(๒.๒) ผลิตจากโรงงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐานกระบวนการผลิตระดับสากล เช่น ISO หรือเทียบเท่า

(๒.๓) โรงงานผลิต/บริษัท มีประสบการณ์การผลิต IOL อย่างน้อย ๕ ปี

(๒.๔) มีประวัติการยอมรับ ซึ่งมีนิยามว่ามีการใส่ IOL อย่างน้อย ๕๐ ครั้ง โดยจักษุแพทย์ไทย (แพทย์ไม่ต่ำกว่า ๕ คน) และมีการติดตามผลอย่างน้อย ๓ เดือนพร้อมแนบผล Clinical Result Form (CRF)

ข้อ ๒ เลนส์นุ่ม (Foldable IOL)

(๑) คุณสมบัติของเลนส์แก้วตาเทียม (Specification of IOL)

(๑.๑) วัตถุดิบ Acrylic

(๑.๒) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของ optic ≥ ๕.๕ mm

(๑.๓) มี UV blocker

(๑.๔) เป็น one piece หรือ ๓-piece design

(๑.๕) มี Square edge optic (ในกรณี one piece IOL design)

(๑.๖) มี Aspheric (ในกรณี One piece IOL design)

(๒) เกณฑ์บ่งชี้คุณภาพ (Quality Assurance)

(๒.๑) ผ่านการอนุญาตจาก US, FDA, CE หรือ Japanese Ministry of Health and Welfare

(๒.๒) ผลิตจากโรงงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐานกระบวนการผลิตระดับสากล เช่น ISO หรือเทียบเท่า

(๒.๓) โรงงานผลิต/บริษัท มีประสบการณ์การผลิต IOL อย่างน้อย ๕ ปี

(๒.๔) มีประวัติการยอมรับ ซึ่งมีนิยามว่ามีการใส่ IOL อย่างน้อย ๕๐ ครั้ง โดยจักษุแพทย์ไทย (แพทย์ไม่ต่ำกว่า ๕ คน) และมีการติดตามผลอย่างน้อย ๓ เดือนพร้อมแนบผล Clinical Result Form (CRF)

หมายเหตุ : กรณีรายการเลนส์ที่ได้รับการสนับสนุนจากนโยบายรัฐบาล ตามนโยบายและแผนวิทยาศาสตร์และนวัตกรรมแห่งชาติ ให้สามารถเสนอเข้ามาพิจารณาตามขั้นตอนได้

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๗ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประกอบกับคำแนะนำของคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ และมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น ๕.๘ ของข้อ ๕ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

“๕.๘ บริการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๘ แนบท้ายประกาศนี้”

ข้อ ๔ ให้เพิ่มเอกสารหมายเลข ๘ แนบท้ายประกาศนี้ เป็นเอกสารหมายเลข ๘ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๕ ให้เพิ่มเอกสารหมายเลข ๘.๑ แนบท้ายประกาศนี้ เป็นเอกสารหมายเลข ๘.๑ ของเอกสารหมายเลข ๘ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๖ การให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ซึ่งเป็นวันที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติจนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการตามประกาศนี้มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากการให้บริการดังกล่าว

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๘ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคสำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยนอกตามเอกสารหมายเลข ๘.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติในการให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก ตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

๒.๑ การตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น จ่ายแบบเหมาจ่ายรวมการส่งตรวจ ค่าห้อง ค่าอาหาร และการวินิจฉัย ได้แก่

๒.๑.๑ แบบวินิจฉัยตลอดคืน (Full-night PSG) type 1 จ่ายในอัตรา ๗,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๒.๑.๒ แบบวินิจฉัยตลอดคืน (Full-night PSG) type 2 จ่ายในอัตรา ๖,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๒.๑.๓ แบบแยกตรวจครึ่งคืน (Split-night PSG) จ่ายในอัตรา ๗,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๒.๑.๔ แบบปรับแรงดันอากาศบวก (Positive Airway Pressure Titration) จ่ายในอัตรา ๗,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๒.๒ ค่าอุปกรณ์ในการรักษาโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนดตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

ให้แนวทางการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น การรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก คุณสมบัติและลักษณะอุปกรณ์เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๘.๑ แนบท้ายประกาศนี้

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ การให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๖ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

๖.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น สำนักงานจะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่ายตามรอบที่สำนักงานกำหนด

๖.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้งตามข้อความที่ได้รับการตอบกลับ

๖.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย ข้อมูลรายการนั้นจะชะลอการจ่ายค่าใช้จ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๗ สำนักงานจะตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายทุกรายการด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์หรือระบบการกำหนดเงื่อนไขข้อมูลที่ต้องสงสัยว่าผิดปกติ ตามเงื่อนไข ความถี่ ความซ้ำซ้อน และความเบี่ยงเบนจากค่ามาตรฐานเปรียบเทียบกับข้อมูลศักยภาพหน่วยบริการที่บันทึกในระบบของสำนักงาน หน่วยบริการในประเภทและระดับศักยภาพเดียวกัน โดยสำนักงานจะขอตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการเมื่อพบข้อมูลผิดปกติ ดังต่อไปนี้

๗.๑ ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบก่อนจ่าย สำนักงานจะมีการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือสอบถามผู้รับบริการทางโทรศัพท์เพิ่มเติม

๗.๒ กรณีที่ต้องใช้เอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับการตรวจสอบ ให้หน่วยบริการแนบเอกสารผ่านระบบโปรแกรมตามที่สำนักงานกำหนด ภายในระยะเวลา ๑๐ วันหลังได้รับการแจ้งจากสำนักงาน

ข้อ ๘ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

๘.๑ พบเอกสารหลักฐานใบรับรอง (Certificate of Accreditation) การเป็นศูนย์ตรวจการนอนหลับจากสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด

๘.๒ กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

๘.๒.๑ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีหลักฐานสนับสนุนข้อบ่งชี้ตามเอกสารหมายเลข ๘.๑ แนบท้ายประกาศนี้ ในการส่งตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

๘.๒.๒ พบหลักฐานการตรวจวินิจฉัยตามวิธีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๘.๒.๓ พบหลักฐานการอ่านผลวิธีการทดสอบตามวิธีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๘.๓ กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก และอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก

๘.๓.๑ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับ

๘.๓.๒ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีหลักฐานสนับสนุนข้อบ่งชี้เอกสารหมายเลข ๘.๑ แนบท้ายประกาศนี้ ในการรักษาโรคหยุดหายใจขณะหลับด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก

๘.๓.๓ คุณสมบัติและลักษณะอุปกรณ์เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค และผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานจากองค์การอาหารและยา

๘.๓.๔ คุณสมบัติและลักษณะอุปกรณ์หน้ากากและท่อนำอากาศที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

๘.๓.๕ พบรายงานผลการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก และหลักฐานการติดตามผลการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกอย่างสม่ำเสมอทุก ๑ ปี

๘.๓.๖ กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก หน้ากาก และท่อนำอากาศใหม่ก่อนระยะเวลาที่กำหนด ต้องพบหลักฐานหรือหนังสือรับรอง กรณีอุปกรณ์เสีย หรือไม่สามารถใช้งานได้

ข้อ ๙ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๙.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๙.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๙.๓ ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๘

ข้อ ๑๐ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

เอกสารหมายเลข ๘.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นและการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก

๑. กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ข้อบ่งชี้ในการตรวจวินิจฉัย และการรักษา

๑.๑ การตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น มีกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการและข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้

๑.๑.๑ มีอายุตั้งแต่ ๕๐ ปี ขึ้นไป

๑.๑.๒ มีปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ กรนดังผิดปกติ หรือมีอาการง่วงนอนกลางวันมากผิดปกติทั้งที่ได้นอนอย่างเพียงพอแล้ว หายใจลำบาก สงสัยว่าจะมีการหยุดหายใจขณะหลับ หรือพฤติกรรมการนอนผิดปกติอื่น ๆ และรู้สึกไม่สดชื่น หรืออาจปวดมึนศีรษะหลังตื่นนอน อารมณ์ฉุนเฉียวหงุดหงิดง่าย สมาธิความจำสมรรถภาพการทำงานถดถอย เป็นต้น

๑.๑.๓ มีคะแนนประเมินความเสี่ยงโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น : Stop-Bang ≥ ๓ หรือ Score Berlin ≥ ๒

๑.๑.๔ กรณีที่นอกเหนือจากข้อบ่งชี้ ข้อ ๑.๑.๒ และ ๑.๑.๓ ให้เป็นการพิจารณาของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการนอนหลับเห็นว่ามีความจำเป็น

<u>หมายเหตุ</u> ผู้รับบริการต้องเป็นกลุ่มเป้าหมายตาม ๑.๑.๑ ร่วมกับ ๑.๑.๒ และ ๑.๑.๓ หรือเป็นกลุ่มเป้าหมายตาม ๑.๑.๑ ร่วมกับ ๑.๑.๔

๑.๒ การรักษาโรคหยุดหายใจขณะหลับด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก ผู้รับบริการต้องมีอายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป และผ่านการทดลองการยอมรับการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก เฉลี่ยอย่างน้อย ๔ ชั่วโมงต่อคืน (โดยรวมคำนวณทุกคืน) ระยะเวลาอย่างน้อยหนึ่ง หรือสองสัปดาห์ก่อนทำการส่งมอบเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก โดยมีระดับความรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑.๒.๑ มีระดับความรุนแรงของโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นระดับมาก (ดัชนีการหยุดหายใจและหายใจแผ่ว (Apnea-Hypopnea Index, AHI)) ≥ ๓๐ ครั้ง/ชม.)

๑.๒.๒ มีระดับความรุนแรงของโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นระดับปานกลาง (ดัชนีการหยุดหายใจและหายใจแผ่ว (Apnea-Hypopnea Index, AHI)) = ๑๕-๒๙ ครั้ง/ชม.) และเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) เช่น โรคสมองขาดเลือด (Stroke) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือ Refractory HT (ผู้ป่วยที่มี SBP/DBP มากกว่า หรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ได้รับยาลดความดันโลหิตมากกว่า หรือเท่ากับ ๓ กลุ่ม)

๒. วิธีการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

๒.๑ แบบวินิจฉัยตลอดคืน (Full-night PSG) type ๑ ตรวจในหน่วยบริการ

๒.๒ แบบวินิจฉัยตลอดคืน (Full-night PSG) type ๒ ตรวจนอกหน่วยบริการ โดยต้องมีระบบ Identification การติดตาม Online และสามารถอ่านผลวิธีการทดสอบการนอนหลับได้

กรณีที่ไม่สามารถอ่านผลได้ (Technical failed) หมายถึง ระยะเวลาการตรวจมีข้อมูลไม่น้อยกว่า ๒ ชั่วโมง ได้แก่

(๑) ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดด้วยแสง

(๒) สัญญาณวัดลมหายใจ และความพยายามในการหายใจ

(๓) สามารถอ่านระยะการหลับจากคลื่นไฟฟ้าสมองได้

๒.๓ แบบแยกตรวจครึ่งคืน (Split-night PSG) ตรวจในหน่วยบริการ

๒.๔ แบบปรับแรงดันอากาศบวก (Positive Airway Pressure Titration) มีข้อบ่งชี้ในการตรวจซึ่งพิจารณาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการนอนหลับ และประกอบด้วยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๒.๔.๑ มีโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง โดยดัชนีการหยุดหายใจและหายใจแผ่ว (Apnea-Hypopnea Index, AHI) = ๑๕-๒๙ ครั้ง/ชม. ร่วมกับมีโรคสมองขาดเลือด (Stroke) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial Infarction) Refractory HT หรือภาวะหัวใจล้มเหลว

๒.๔.๒ มีโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นที่มีความรุนแรงระดับมาก โดยดัชนีการหยุดหายใจและหายใจแผ่ว (Apnea-Hypopnea Index, AHI) ≥ ๓๐ ครั้ง/ชม.

๒.๔.๓ มีข้อบ่งชี้ตามข้อ ๒.๔.๑ หรือ ๒.๔.๒ และการปรับระดับแรงดันไม่สำเร็จจากการตรวจการนอนหลับในครั้งก่อน หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก

<u>หมายเหตุ</u> ๑) กำหนดให้ผู้รับบริการ ตรวจวิธีที่ ๒.๑ ๒.๒ หรือ ๒.๓ จำนวน ๑ ครั้งในระยะเวลา ๓ ปี วิธีที่ ๒.๔ ให้รับการตรวจได้ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อปี

๒) กรณีที่ไม่สามารถอ่านผลได้ (Technical failed) หน่วยบริการจะไม่สามารถขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุขจากสำนักงานได้

๓. คุณสมบัติและลักษณะของอุปกรณ์

๓.๑ เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกมีลักษณะดังต่อไปนี้

๓.๑.๑ เป็นเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก ระดับแรงดัน ๑ หรือ ๒ ระดับ

๓.๑.๒ ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานจากองค์การอาหารและยา

๓.๑.๓ รายงานผลการการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก เฉลี่ยอย่างน้อย ๔ ชั่วโมงต่อคืน (โดยรวมคำนวณทุกคืน) ระยะเวลาอย่างน้อย ๑ หรือ ๒ สัปดาห์ ก่อนทำการส่งมอบครื่องอัดอากาศแรงดันบวกเครื่องแรก หรือหากเป็นเครื่องถัดไป ให้มีการใช้ระยะเวลาอย่างน้อย ๔ สัปดาห์ก่อนทำการส่งมอบเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก เครื่องถัดไป

๓.๑.๔ กำหนดให้ผู้รับบริการแต่ละราย สามารถเบิกได้ ๑ เครื่อง ในระยะเวลา ๕ ปี ทั้งนี้ กำหนดให้มีหลักฐานหรือหนังสือรับรอง กรณีเครื่องเสีย หรือไม่สามารถใช้งานได้

๓.๒ หน้ากากที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกมีข้อกำหนดการใช้ ดังต่อไปนี้

๓.๒.๑ กำหนดให้ผู้ป่วยแต่ละราย สามารถเบิกหน้ากากได้ ๑ ชิ้นต่อปี

๓.๒.๒ กรณีต้องการเบิกหน้ากากใหม่ โดยต้องมีหลักฐานว่าหน้ากากเสื่อม ไม่สามารถใช้งานได้ และนำหน้ากากเดิมมาแสดง

๓.๓ ท่อนำอากาศที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก มีข้อกำหนดการใช้ ดังต่อไปนี้

๓.๓.๑ กำหนดให้ผู้ป่วยแต่ละราย สามารถเบิกได้ ๑ ชิ้น ในระยะเวลา ๕ ปี

๓.๓.๒ กรณีต้องการเบิกท่อนำอากาศใหม่ โดยต้องมีหลักฐานว่าท่อนำอากาศชำรุดไม่สามารถใช้งานได้ และนำท่อนำอากาศเดิมมาแสดง

หมายเหตุ ควรมีระบบติดตามผลการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกอย่างสม่ำเสมอทุก ๑ ปี ถ้าผลการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก เฉลี่ยน้อยกว่า ๔ ชั่วโมงต่อคืน (โดยรวมคำนวณทุกคืน) จะไม่สามารถเบิกหน้ากากใหม่ และควรคืนเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก ทั้งนี้ ให้เป็นดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

.....

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๔.๑.๓ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกเอกสารหมายเลข ๑ และเอกสารหมายเลข ๑.๑ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖ และให้ใช้เอกสารหมายเลข ๑ และเอกสารหมายเลข ๑.๑ แนบท้ายประกาศนี้แทน

ข้อ ๔ ให้เพิ่มเอกสารหมายเลข ๑.๒ แนบท้ายประกาศนี้ เป็นเอกสารหมายเลข ๑.๒ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และบริการการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑.๑ บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการตามข้อบ่งชี้ และแนวทางการให้บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ตามหลักวิชาการในการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

๑.๒ บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดให้เป็นไปตามข้อบ่งชี้ของแต่ละโรคตามหลักวิชาการในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

๑.๓ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน หรือการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

๑.๔ กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับ การส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน หรือหน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ โดยขอทำความตกลงกับสำนักงานเป็นรายกรณี และให้มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตาม ๑.๓

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

๒.๑ ค่าทำหัตถการ กรณีบริการผู้ป่วยในจ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) จากงบค่าบริการผู้ป่วยใน

๒.๒ ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

หมวด ๒
วิธีเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ การให้บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่าย กรณีบริการทำหัตถการวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี (CAG/PCI data form) ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A : accept) สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C : cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๕.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

๕.๔ สำนักงานมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีบริการทำหัตถการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารี และหรือบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน โดยตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการบันทึกในข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (CAG/PCI data form) ข้อมูลที่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A : accept) ทุกรายการ ด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ หรือระบบการกำหนดเงื่อนไขข้อมูลที่ต้องสงสัยว่าผิดปกติ และดำเนินการ ดังต่อไปนี้

๕.๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ ด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ หรือระบบการกำหนดเงื่อนไขข้อมูลที่ต้องสงสัยว่าผิดปกติ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๕.๔.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ หรือระบบการกำหนดเงื่อนไขข้อมูลที่ต้องสงสัยว่าผิดปกติ ข้อมูลรายการนั้นจะชะลอการจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ ตามเอกสารหมายเลข ๑.๑ แนบท้ายประกาศนี้ โดยสำนักงานจะรายงานผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานและดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน เนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอทบทวนผลการตรวจสอบได้ ๑ ครั้ง ตามแนวทางที่กำหนด และกรณีหน่วยบริการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๖ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน หรือข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

๖.๑ พบข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายกรณีบริการทำหัตถการวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี (CAG/PCI data form) ที่หน่วยบริการบันทึกในโปรแกรมที่กำหนด และมีข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัยและการรักษาให้เป็นไปตามเงื่อนไขและข้อบ่งชี้ตามที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยหรือสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง หรือตามเอกสารหมายเลข ๑.๒ แนบท้ายประกาศนี้

๖.๒ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่สนับสนุนการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ตามที่กำหนดในข้อ ๖.๑

๖.๓ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีบริการหัตถการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารี และหรือบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

๖.๔ พบหลักฐานการพิจารณาร่วมกันของ heart team และ patient preference สำหรับบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

๖.๕ พบเอกสารหลักฐานการทำหัตถการ และผลของการทำหัตถการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารี และหรือเอกสารหลักฐาน (Procedure note) กรณีบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

๖.๖ พบเอกสารหลักฐานผลการสวนหัวใจ (Cineangiography : CINE) สำหรับบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

๖.๗ พบเอกสารหลักฐานการใช้อุปกรณ์และเกณฑ์ในการตรวจสอบการใช้อุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

๖.๘ เกณฑ์ในการตรวจสอบกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ตรวจสอบตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยในตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

๖.๙ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)

ข้อ ๗ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ ก็ได้

ข้อ ๘ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) เฉพาะรหัสหัตถการและรายการอุปกรณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารี หรือบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

๘.๑ ไม่พบข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่าย (CAG/PCI data form) หรือข้อมูลที่บันทึกไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่บันทึกในระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์

๘.๒ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๘.๓ คณะกรรมการที่สำนักงานแต่งตั้งพิจารณาเอกสารหลักฐานแล้วไม่เห็นชอบกับข้อบ่งชี้ที่หน่วยบริการให้บริการ หรือไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ตามแนวเวชปฏิบัติมาตรฐาน

๘.๔ ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๗

ข้อ ๙ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

เอกสารหมายเลข ๑.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีบริการวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

๑. สำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ที่มีบันทึกที่เกี่ยวข้องกับการได้รับวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๑.๑ บันทึกประวัติ ผลการตรวจ Coronary angiogram (ถ้ามีประวัติการทำ)

๑.๒ ผลการตรวจ Non-invasive ทุกอย่างที่มี เช่น EKG, Stress echocardiography, Exercise Treadmill ของหน่วยงานเอง หรือจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรคหรือการรักษา

๑.๓ ประวัติการนัดตรวจเพื่อติดตามอาการหลังการรักษา

๒. สำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ประกอบด้วย

๒.๑ แบบฟอร์มการสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Discharge summary)

๒.๒ แบบบันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกาย (History, Physical Examination, Admission note) และหรือ เอกสารการประเมินต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

๒.๓ แบบบันทึกความก้าวหน้า (Progress Note) ของแพทย์

๒.๔ แบบบันทึกการสั่งการรักษา (Doctor’s order) ที่มีการลงนามของแพทย์กำกับไว้

๒.๕ แบบบันทึกการทำหัตถการ การรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Cath’s note)

๒.๖ ใบรายงานผลการตรวจพิเศษทางรังสีวินิจฉัย ใบรายงานผลการตรวจการทำงานของหัวใจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เช่น ใบรายงานผลการตรวจ EKG, Echocardiography, Angiography ฯลฯ

๒.๗ ใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางชีวเคมี ทางพยาธิวิทยา ที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรคหรือ มีความสำคัญต่อการรักษา (ทุกครั้งที่มีการส่งตรวจ) ได้แก่ CK-MB ,Troponin T, Troponin I, CBC, PT, PTT, Electrolyte

๓. เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น ใบรับส่งต่อ (Refer) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานอื่น ที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรค หรือการรักษา

ข้อบ่งชี้ และแนวทางการให้บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

๑. ข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัยและการรักษา

๑.๑ บริการทำหัตถการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary angiogram : CAG)

๑.๑.๑ ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจขาดเลือด Chronic coronary syndromes (CCS) ซึ่งมีข้อบ่งชี้อย่างหนึ่งอย่างใดตามแนวทางการวินิจฉัยและการรักษา ดังต่อไปนี้

(๑) ผลการตรวจด้วย non-invasive ischemic test พบว่าผู้ป่วยจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ stress test positive ischemia (angina และหรือ dyspnea ที่มี ST depression หรือ ST elevation และหรือ hypotension และหรือ hypokinesia of specific wall) ที่ low workload (< 5 Mets) หรือมี large area of myocardial ischemia หรือเกิด stress test induced ventricular tachycardia หรือ ventricular fibrillation

(๒) ผู้ป่วยที่มี ischemic heart failure และหรือ LVEF < 0.35

(๓) ผลการตรวจด้วย non-invasive ischemic stress test ไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนในการประเมินความเสี่ยงและมีข้อมูลจากการตรวจเบื้องต้นว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด cardiovascular event

(๔) ในกรณีที่ไม่ได้ทำ non-invasive ischemic stress test ต้องมีข้อบ่งชี้อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(ก) ผู้ป่วย angina ที่มี CCS pre-test probability (PTP) สูง high likelihood of obstructive CAD (>15)

(ข) มีอาการรุนแรงไม่ตอบสนองด้วยการรักษาด้วยยาตามมาตรฐานปัจจุบัน (medically refractory angina) ได้แก่ ยาต้านเกร็ดเลือด ยาต้านเบต้า หรือยาต้านแคลเซียม ยาขยายหลอดเลือด และยาลด cholesterol กลุ่ม statin ยาควบคุมเบาหวานและความดัน

(ค) มี typical angina ที่ low work load

(ง) มีข้อมูลจากการตรวจเบื้องต้นว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด cardiovascular event

๑.๑.๒ ได้รับการวินิจัย acute coronary syndrome ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น : acute coronary syndromes with non-ST segment elevation (NSTE-ACS) หรือภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น : acute coronary syndromes with ST segment elevation (STE-ACS)

๑.๑.๓ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจภาวะอื่นที่มีความจำเป็นต้องทำ CAG เพื่อประกอบการวินิจฉัย เช่น dilated cardiomyopathy / ischemic cardiomyopathy หรือ pre-operative open-heart surgery (non coronary) หรือ survivor of sudden cardiac arrest

๑.๒ บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI)

๑.๒.๑ กรณีที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจขาดเลือด (chronic coronary syndromes : CCS) มีข้อบ่งชี้อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) ผลการตรวจ coronary angiogram มีการตีบของหลอดเลือด left main > 50%

(๒) ผลการตรวจ coronary angiogram มีการตีบของหลอดเลือด LAD > 75% และมีการตรวจยืนยันว่าขาดเลือดจาก functional test

(๓) หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมีเพียง ๑ เส้น (single remain vessel) และตีบ > 75%

(๔) ตรวจพบการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย < 35% โดยมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดตีบ

(๕) ตรวจพบกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นบริเวณ > 10% ของหัวใจห้องล่างซ้าย

(๖) มีอาการเจ็บหน้าอกไม่ตอบสนองด้วยการรักษาด้วยยาตามมาตรฐานปัจจุบัน (medically refractory angina) ยังอาการเจ็บหน้าอกหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่แล้ว (ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านเบต้า หรือยาต้านแคลเซียม ยาขยายหลอดเลือด และยาลด cholesterol กลุ่ม statin) และมีการตรวจยืนยันการขาดเลือดด้วย functional test

๑.๒.๒ กรณีที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น ST ไม่ยกขึ้น (Acute coronary syndromes with non-ST elevation : NSTE-ACS)

๑.๒.๓ กรณีที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น ST ยกขึ้น (Acute coronary syndromes with ST elevation : STE-ACS) มีข้อบ่งชี้อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) มีอาการเจ็บหน้าอกภายใน ๑๒ ชั่วโมงโดยที่ EKG ยังมี ST segment elevation โดยการทำ primary PCI ในกรณีที่ STE-ACS diagnosis to wire crossing time มีระยะเวลาน้อยกว่า ๑๒๐ นาที หรือการทำ Pharmacoinvasive therapy ในกรณีที่ STE-ACS diagnosis to wire crossing time มีระยะเวลามากกว่า ๑๒๐ นาที

(๒) ได้รับการวินิจฉัยในช่วงเวลา ๑๒-๔๘ ชั่วโมงหลังจากมีอาการและยังมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อเนื่อง โดยการทำ PCI ที่ตำแหน่ง infarct related artery

(๓) ได้รับการวินิจฉัยในช่วงเวลาที่มากกว่า ๔๘ ชั่วโมงหลังจากมีอาการที่มีผลการตรวจ CAG พบว่าเป็น total occlusion และยังมีอาการ angina หรือส่งตรวจพบว่ามี myocardial viability

(๔) การทำ stage PCI ในตำแหน่ง non-infarct related arteries (non-culprit artery) ที่ supply large area of myocardium

๑.๒.๔ ข้อบ่งชี้ของการให้บริการที่หน่วยบริการต้องส่งเอกสารหลักฐานที่มีรายละเอียดทางด้านคลินิกและผลการตรวจเพิ่มเติมต่าง ๆ มาเพื่อให้สำนักงานพิจารณาความเหมาะสมของข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการ โดยคณะกรรมการที่สำนักงานแต่งตั้ง ซึ่งมีข้อบ่งชี้อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) ได้รับการวินิจฉัย STE-ACS ในช่วงเวลาที่มากกว่า ๔๘ ชั่วโมงหลังจากมีอาการโดยการทำPCI ที่ตำแหน่ง infarct related artery ที่ผลการตรวจ CAG มี significant stenosis

(๒) การทำ PCI ในตำแหน่ง non-infarct related arteries (non-culprit artery) ในการทำ primary PCI

๒. แนวทางการวินิจฉัยและรักษา

๒.๑ ภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (Chronic coronary syndromes : CCS)

๒.๑.๑ การวินิจฉัยและรักษา

ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (chronic coronary syndromes : CCS) หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่ทั้งมีหรือไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเรื้อรัง (obstructive coronary arterial disease) เคยหรือไม่เคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) เคยหรือไม่เคยได้รับการทำหัตถการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (revascularization) ซึ่งคำจำกัดความนี้รวมถึงผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่มีสาเหตุต่างกัน ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ป่วย CCS ที่อาการคงที่ หรือไม่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (stable angina) เช่น เจ็บแน่นหน้าอกและหรือ ischemic equivalents เช่นเหนื่อยหรือเจ็บร้าวไปตามแขนขณะออกแรง ที่ได้รับการรักษาทางยาตามมาตรฐานปัจจุบัน (ได้แก่ ยาต้านเกร็ดเลือด ยาต้านเบต้า หรือยาต้านแคลเซียม ยาขยายหลอดเลือด และยาลด cholesterol กลุ่ม statin ยาควบคุมเบาหวานและความดัน) อยู่แล้ว ทั้งที่มีและไม่มีผลบวกจากการตรวจ non-invasive test

(๒) ผู้ป่วย CCS ที่มีหัวใจห้องซ้ายล่างทำงานลดลง (LV dysfunction) ทั้งที่สงสัยหรือทราบอยู่เดิมว่าเกิดจากภาวะหัวใจขาดเลือด (ischemic LV function) โดยมีอาการและอาการแสดงของภาวะดังกล่าว (with symptoms and signs of ischemia) หรือมีกล้ามเนื้อหัวใจพิการจากการขาดเลือด (ischemic cardiomyopathy)

(๓) ผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndromes : ACS) และหรือได้รับการทำหัตถการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (revascularization target lesion of ischemic events) แล้ว และมีอาการคงที่ใน ๑ ปี

(๔) ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และมีหลักฐานว่าเกิดจาก vasospastic หรือ microvascular disease

(๕) ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแต่ได้รับการวินิจฉัยภาวะว่าเป็น CCS จากการคัดกรองโรค เช่น จาก stress test หรือ coronary computed tomography (CTA) และแพทย์ผู้รักษาสรุปว่าเป็น coronary arterial disease (CAD)

๒.๑.๒ แนวทางพิจารณาในการตรวจทาง non-invasive ischemic stress test

(๑) ในกรณีที่การวินิจฉัย CAD ยังไม่ได้ข้อสรุปชัดเจน หากแพทย์มีความเห็นว่าจะให้การรักษาแบบ conservative ไม่ต้องทำหัตถการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (revascularization) จึงไม่มีความจำเป็นต้องตรวจ ischemic test เพิ่มเติม

(๒) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็น CCS หลังจากการซักประวัติและตรวจร่างกายแล้วจะต้องได้รับการประเมิน CCS pre-test probability (PTP) (ตารางล่าง) ทุกราย เพื่อประเมินโอกาสที่จะเป็น obstructive CAD

(๓) หากประเมิน PTP แล้วมีโอกาสเกิด obstructive CAD ปานกลาง (มากกว่าร้อยละ ๑๕ หรือ intermediate level) แนะนำให้ตรวจด้วย non-invasive ischemic test ทั้ง functional และหรือ anatomical test

AGE	Typical angina		Atypical angina		Non-angina		AGE	Dyspnea	
	Men	Women	Men	Women	Men	Women		Men	Women
30-39	3	5	4	3	1	1	30-39	0	3
40-49	22	10	10	6	3	2	40-49	12	3
50-59	32	13	17	6	11	3	50-59	20	9
60-60	44	16	26	11	22	6	60-60	27	14
≥ 70	52	27	34	19	24	10	≥ 70	32	12

ตารางคำนวณ CCS pre-test probability (PTP)

๒.๑.๓ ข้อบ่งชี้ในผู้ป่วย CCS ที่ควรพิจารณาตรวจ invasive coronary angiography คือ

(๑) ผลการตรวจด้วย non-invasive ischemic test พบว่าผู้ป่วยจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและอาจมีความจำเป็นต้องรักษาด้วยหัตถการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (revascularization) ความเสี่ยงสูงได้แก่ stress test positive ischemia (angina และหรือ dyspnea ที่มี ST depression หรือ ST elevation และหรือ hypotension และหรือ hypokinesia of specific wall) ที่ low workload (< 5 Mets), มี large area of myocardial ischemia หรือเกิด stress test induced ventricular tachycardia หรือ ventricular fibrillation

(๒) ผู้ป่วยที่มี ischemic heart failure และหรือ LVEF < 0.35

(๓) ผู้ป่วย angina ที่มี CCS pre-test probability (PTP) สูง (> 15) และไม่ตอบสนองด้วยการรักษาด้วยยาตามมาตรฐานปัจจุบัน (ได้แก่ ยาต้านเกร็ดเลือด ยาต้านเบต้า หรือยาต้านแคลเซียม ยาขยายหลอดเลือด และยาลด cholesterol กลุ่ม statin ยาควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) (medically refractory angina)

(๔) ผลการตรวจด้วย non-invasive ischemic stress test ไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนในการประเมินความเสี่ยงและมีข้อมูลจากการตรวจเบื้องต้นว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด cardiovascular event

(๕) มีข้อบ่งชี้ให้ทำ CAG ได้ โดยไม่ต้องทำ non-invasive ischemic tests คือ

(ก) CCS pre-test probability (PTP) พบว่ามี high likelihood of obstructive CAD

(ข) มีอาการรุนแรงที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

(ค) มี typical angina ที่ low work load

(ง) มีข้อมูลจากการตรวจเบื้องต้นว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด cardiovascular event

ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาแล้ว ในกรณีที่ไม่มีอาการผิดปกติ ไม่แนะนำให้ทำ CAG เพื่อ risk stratification

๒.๑.๔ การรักษาด้วยการทำหัตถการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (revascularization) มีเป้าหมายดังต่อไปนี้

(๑) การทำหัตถการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (revascularization) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดหรือลดอัตราการเสียชีวิต โดยดูจากข้อบ่งชี้ลักษณะทางกายวิภาคของหลอดเลือด ๕ กรณี คือ

(ก) ผู้ป่วยมีการตีบของหลอดเลือด Left main > 50% โดยมีภาพการวัดด้วย electronic caliper (QCA) ซึ่งเป็นโปรแกรมมาตรฐานของเครื่องสวนหัวใจแนบมาด้วย

(ข) ผู้ป่วยมีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย < 35% โดยมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดหัวใจตีบ

(ค) ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเพียง ๑ เส้น (single remain vessel) และตีบ > 75%

(ง) ผู้ป่วยที่มีการตีบของหลอดเลือด LAD > 75% และมีการตรวจยืนยันว่าขาดเลือดจาก functional test

(จ) ผู้ป่วยที่พบว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นบริเวณ > 10% ของหัวใจห้องล่างซ้าย โดยมีหลักฐานการตรวจแนบมา

(๒) การทำหัตถการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (revascularization) เพื่อลดอาการเจ็บหน้าอกไม่ตอบสนองด้วยการรักษาด้วยยาตามมาตรฐานปัจจุบัน (medically refractory angina) คือผู้ป่วยที่ยังมีอาการเจ็บหน้าอกหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่แล้ว (ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านเบต้า หรือยาต้านแคลเซียม ยาขยายหลอดเลือด และยาลด cholesterol กลุ่ม statin) ควรมีการตรวจยืนยันการขาดเลือดด้วย functional test ยกเว้นกรณีที่ตีบมากกว่า 90%

๒.๑.๕ การพิจารณาตัดสินเลือกวิธี revascularization

ต้องมีหลักฐานว่าเป็นการพิจารณาร่วมกันของ Heart team และ patient preference โดยพิจารณาจากปัจจัยด้านความเสี่ยงในการผ่าตัด (surgical risk) ความซับซ้อนของรอยโรคที่หลอดเลือดหัวใจ (coronary artery complexity) และโรคร่วม (comorbidities)

(๑) พิจารณาทำผ่าตัด Coronary arterial bypass grafting (CABG) ในกรณี ดังต่อไปนี้

(ก) left main และหรือ Multivessels disease

(ข) DM

(ค) High SYNTAX scores (> 33)

(๒) พิจารณาทำ PCI ในกรณี ดังนี้

(ก) High surgical risks

(ข) Low SYNTAX scores (< 22)

(ค) Multiple comorbidities that increase surgical mortality/morbidity

ทั้งนี้ การประเมินผลการรักษาในระยะห้าถึงสิบปี และความเสี่ยงของการรักษาสามารถคำนวณได้ละเอียดขึ้นด้วย Syntax II score ซึ่งได้นำเอาทั้งรอยโรค ตำแหน่งและจำนวนเส้นที่ตีบ อายุ และ LVEF, โรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย มาคำนวณ

๒.๒ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndromes : ACS)

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndromes : ACS) หมายถึง กลุ่มอาการรวมที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยจะมาด้วยสภาวะที่ต่างกัน ตั้งแต่ไม่มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จนถึงมีการยกของคลื่น ST (ST elevation) ทั้งอาจมีและไม่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจขณะมาตรวจ จึงมีความเร่งด่วนแตกต่างกันในการรักษา ดังต่อไปนี้

๒.๒.๑ การวินิจฉัยและรักษาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น ST ไม่ยกขึ้น (Acute coronary syndromes with non-ST elevation : NSTE-ACS)

ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และแปรผลเร็วที่สุดภายใน ๑๐ นาที ซึ่งจะพบว่ามี ST segment depression และหรือ T wave inversion ทั้งนี้ กรณีที่ EKG ไม่ชัดเจนให้ส่งตรวจ cardiac troponins โดยระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงส่งตรวจต้องไม่เกิน ๖ ชั่วโมงและต้องทราบผลภายใน ๑-๒ ชั่วโมง ถ้าผล cardiac troponins อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่าปกติไม่มาก ให้ตรวจซ้ำห่างกัน ๓ ชั่วโมง ทั้งนี้การแปรผล cardiac troponins จะต้องมีหลักฐานของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร่วมด้วย ได้แก่ อาการ angina ร่วมกับ ischemic ST-T changes, hypokinesis of ischemic LV เพราะสาเหตุของผลบวกอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้หลายประการ

เป้าหมายของการรักษา NSTE-ACS คือการป้องกันการอุดตันของหลอดเลือด (prevent occlusion) และทำการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (revascularization) เพื่อลดการสูญเสียกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น NSTE-ACS จึงต้องได้รับการประเมินความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อน และจัดลำดับความเสี่ยงด้วย Grace Risk Score ก่อนเสมอ เพื่อจัดลำดับความเสี่ยงและการตรวจ

(๑) ผู้ป่วยจะได้รับการพิจารณาทำการตรวจ invasive coronary angiography ตามความเร่งด่วนด้วยข้อบ่งชี้ ดังต่อไปนี้

(ก) ควรทำ CAG เร็วที่สุด หากผู้ป่วยมีภาวะ ดังต่อไปนี้

๑) ความดันโลหิตไม่คงที่หรืออยู่ใน

๒) อาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้นหลังรักษาด้วยยาตามมาตรฐานปัจจุบัน ได้แก่ ยาต้านเกร็ดเลือด ยาต้านเบต้า หรือยาต้านแคลเซียม ยาขยายหลอดเลือด และยาลด cholesterol กลุ่ม statin ยาควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแล้ว

๓) หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ หรือมีภาวะหัวใจหยุดเต้น

๔) ภาวะแทรกซ้อนชนิด mechanical complications เช่น VSD

๕) ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับมีอาการเจ็บหน้าอก หรือ EKG มี ST deviation

๖) มี intermittent ST elevation

(ข) ควรทำ CAG ภายใน ๒๔ ชั่วโมง หรือไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ในหน่วยบริการที่มีความพร้อม หากผู้ป่วยมีภาวะดังต่อไปนี้

๑) ระดับ cardiac troponins มีค่าสูงกว่าปกติ โดยไม่มีสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่โรคหลอดเลือดหัวใจ

๒) มีการเปลี่ยนแปลงของ ST segment หรือ T wave ที่แสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

๓) GRACE risk scores > 140

(ค) ควรทำ CAG โดยเร็ว ในสถานที่มีความพร้อมหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการคงที่ ๗๒ ชั่วโมง ในหน่วยบริการที่มีความพร้อม หากผู้ป่วยมีภาวะ ดังต่อไปนี้

๑) เบาหวาน

๒) ไตวาย ที่ได้รับมาตรการป้องกันไตวายเฉียบพลัน

๓) LVEF < 40% หรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว

๔) มีอาการเจ็บหน้าอกหลังจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

๕) เคยได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือผ่าตัดบายพาส

๖) GRACE risk scores > 109 และ < 140

๗) ผลการตรวจ non-invasive test ผิดปกติ เช่น inducible ischemia at low work load

(ง) ในกรณีที่ไม่มีข้อบ่งชี้ตาม ๓ กรณีข้างต้น ให้ทำการตรวจด้วย non-invasive stress test ก่อน และควรได้รับการทำ CAG ต่อเมื่อมีผล non-invasive stress test ผิดปกติ

(๒) การพิจารณาตัดสินเลือกวิธีการทำหัตถการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (revascularization) ต้องเป็นการพิจารณาร่วมกันของ Heart team และ patient preference โดยพิจารณาจากเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

(ก) พิจารณาทำผ่าตัด CABG ในกรณี ดังต่อไปนี้

๑) left main และหรือ Multivessels disease

๒) DM

๓) High SYNTAX scores (> 33)

ทั้งนี้การประเมินผลการรักษาในระยะห้าถึงสิบปี และความเสี่ยงของการรักษาสามารถคำนวนได้ละเอียดขึ้นด้วย Syntax II score ซึ่งได้นำเอาทั้งรอยโรค ตำแหน่งและจำนวนเส้นที่ตีบ อายุ และ LVEF, โรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดส่วนปลายมาคำนวณ

(ข) พิจารณาทำ PCI ในกรณี ดังต่อไปนี้

๑) High surgical risks from multiple co-morbidities

๒) Low SYNTAX scores (< 22)

๓) Multiple comorbidities

๔) Ongoing ischemia

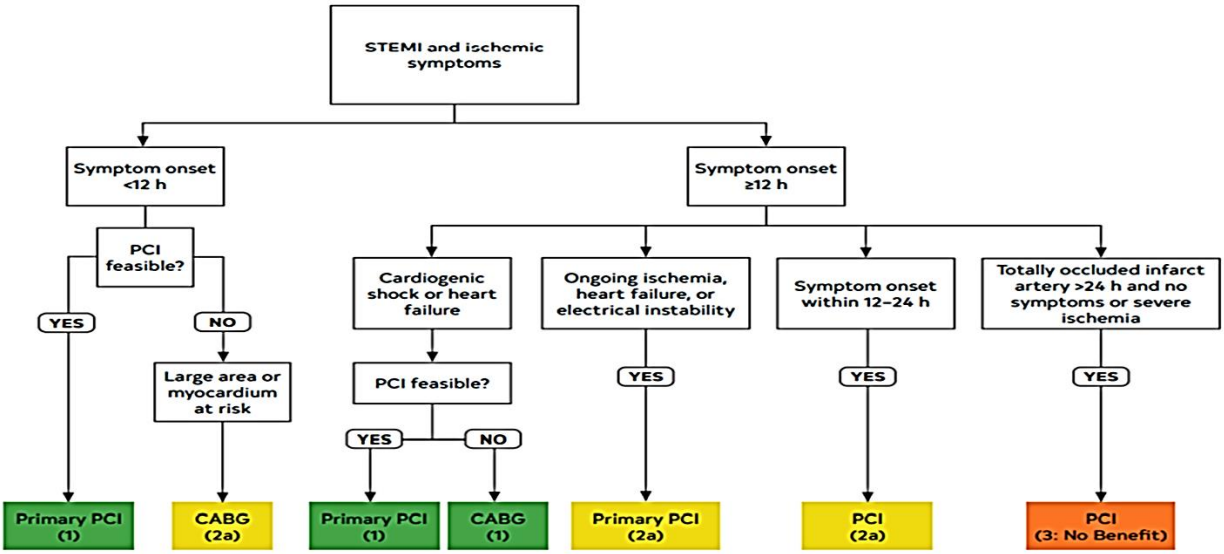
ผู้ป่วย NSTE-ACS ที่มีภาวะ cardiogenic shock การทำ PCI ใน non-culprit lesions ถือเป็นข้อห้ามทำ

๒.๒.๒ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น ST ยกขึ้น (Acute coronary syndromes with ST elevation : STE-ACS)

ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ EKG และแปลผลเร็วที่สุดภายใน ๑๐ นาที ซึ่งจะพบว่ามี ST segment elevation ใน V_2-V_3 $\geq$ 2 mm ในผู้ชาย หรือ $\geq$ 1.5 mm ในผู้หญิง หรือพบว่ามี ST segment elevation $\geq$ 1 mm ใน limb leads หรือใน chest leads อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ V_2-V_3

ผู้ป่วย STE-ACS จะต้องได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (reperfusion therapy) เร็วที่สุด ซึ่งพิจารณาจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการและความพร้อมของหน่วยบริการ เป็น ๒ กรณี ดังต่อไปนี้

(๑) ให้การรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจทุกรายที่มีอาการเจ็บหน้าอกภายใน ๑๒ ชั่วโมง โดยที่ EKG ยังมี ST segment elevation โดยพิจารณาวิธีรักษา ดังต่อไปนี้



(ก) Primary PCI ในกรณีที่ STEMI diagnosis to wire crossing time คือระยะเวลาน้อยกว่า ๑๒๐ นาที นับตั้งแต่มีอาการต่อเนื่องและได้รับการวินิจฉัยโดยบุคลากรทางการแพทย์คนแรกด้วย EKG พบว่าเป็น STE-ACS จนถึงการทำหัตถการสวนหัวใจ ผู้ป่วย STE-ACS ที่มีภาวะ cardiogenic shock ไม่แนะนำให้ทำ PCI ใน non-infarct artery ในขณะที่ทำ primary PCI

(ข) Pharmacoinvasive therapy ในกรณีที่พิจารณาแล้วว่า STEMI diagnosis to wire crossing time มากกว่า ๑๒๐ นาที โดยให้ยาละลายลิ่มเลือดเร็วที่สุด เพื่อให้โดยที่ STEMI diagnosis to fibrinolytic time ไม่เกิน ๑๐ นาทีหรืออย่างช้าไม่เกิน ๓๐ นาที ให้พิจารณาใช้ยากลุ่ม fibrin-specific (TNK หรือ rTPA) เว้นแต่ไม่สามารถใช้ยากลุ่ม fibrin-specific ได้ และไม่มีข้อห้ามในการใช้ streptokinase (สำนักงานยึดข้อบ่งชี้ในการใช้ TNK ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

(๒) การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น STE-ACS หลังจากมีอาการมากกว่า ๑๒ ชั่วโมง

(ก) ในกรณีที่มาในช่วงเวลา ๑๒-๔๘ ชั่วโมง ให้พิจารณาทำ PCI (infarct related artery) ถ้ายังมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อเนื่อง

(ข) ในกรณีที่มาเกิน ๔๘ ชั่วโมง ให้พิจารณาทำ CAG

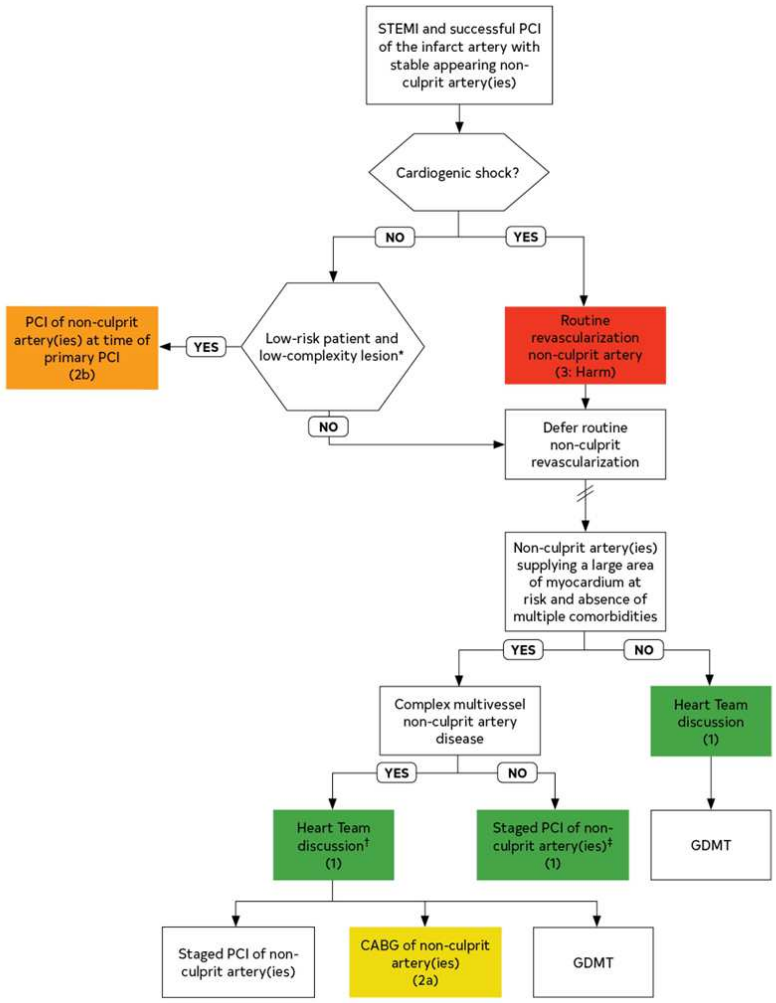
๑) ถ้าพบว่า infarct related artery เป็น significant stenosis พิจารณาทำ PCI

๒) ถ้าพบว่าเป็น total occlusion ถ้ายังมีอาการ angina หรือส่งตรวจพบว่ามี myocardial viability พิจารณาทำ PCI

(ค) ถ้าพบว่าเป็น total occlusion infarct related artery เกิน ๒๔ ชั่วโมง และไม่มีอาการ ไม่มีข้อบ่งชี้สำหรับการทำ PCI

(ง) ไม่มีข้อบ่งชี้ในการทำ routine non-infarct related artery ในผู้ป่วยที่มี cardiogenic shock เพราะมีอัตราตายและภาวะแทรกซ้อนสูง

(๓) Non-infarct related arteries



๒.๓ โรคหัวใจภาวะอื่น ที่มีความจำเป็นต้องทำ CAG เพื่อประกอบการวินิจฉัยและรักษา ดังต่อไปนี้

๒.๓.๑ ischemic cardiomyopathy

๒.๓.๒ survivor of sudden cardiac arrest ซึ่งตาม 2023 ACC/AHA ACLS guideline ไม่แนะนำให้ทำ emergent coronary angiography ในรายที่ผู้ป่วย arrest มาช้า หรือมี return of spontaneous circulation (ROSC) โดยที่ไม่มีST-segment elevation, shock, ongoing ischemia, significant myocardial damage หรือ electrical instability

๒.๓.๓ pre-operative open-heart surgery (non-coronary)

CLASS (STRENGTH) OF RECOMMENDATION

CLASS 1 (STRONG) — **Benefit >>> Risk**

Suggested phrases for writing recommendations:
- Is recommended
- Is indicated/useful/effective/beneficial
- Should be performed/administered/other
- Comparative-Effectiveness Phrases†:
  - Treatment/strategy A is recommended/indicated in preference to treatment B
  - Treatment A should be chosen over treatment B

CLASS 2a (MODERATE) — **Benefit >> Risk**

Suggested phrases for writing recommendations:
- Is reasonable
- Can be useful/effective/beneficial
- Comparative-Effectiveness Phrases†:
  - Treatment/strategy A is probably recommended/indicated in preference to treatment B
  - It is reasonable to choose treatment A over treatment B

CLASS 2b (WEAK) — **Benefit ≥ Risk**

Suggested phrases for writing recommendations:
- May/might be reasonable
- May/might be considered
- Usefulness/effectiveness is unknown/unclear/uncertain or not well-established

CLASS 3: No Benefit (MODERATE) — **Benefit = Risk**
(Generally, LOE A or B use only)

Suggested phrases for writing recommendations:
- Is not recommended
- Is not indicated/useful/effective/beneficial
- Should not be performed/administered/other

Class 3: Harm (STRONG) — **Risk > Benefit**

Suggested phrases for writing recommendations:
- Potentially harmful
- Causes harm
- Associated with excess morbidity/mortality
- Should not be performed/administered/other

LEVEL (QUALITY) OF EVIDENCE‡

LEVEL A
- High-quality evidence‡ from more than 1 RCT
- Meta-analyses of high-quality RCTs
- One or more RCTs corroborated by high-quality registry studies

LEVEL B-R — **(Randomized)**
- Moderate-quality evidence‡ from 1 or more RCTs
- Meta-analyses of moderate-quality RCTs

LEVEL B-NR — **(Nonrandomized)**
- Moderate-quality evidence‡ from 1 or more well-designed, well-executed nonrandomized studies, observational studies, or registry studies
- Meta-analyses of such studies

LEVEL C-LD — **(Limited Data)**
- Randomized or nonrandomized observational or registry studies with limitations of design or execution
- Meta-analyses of such studies
- Physiological or mechanistic studies in human subjects

LEVEL C-EO — **(Expert Opinion)**
- Consensus of expert opinion based on clinical experience

COR and LOE are determined independently (any COR may be paired with any LOE).

A recommendation with LOE C does not imply that the recommendation is weak. Many important clinical questions addressed in guidelines do not lend themselves to clinical trials. Although RCTs are unavailable, there may be a very clear clinical consensus that a particular test or therapy is useful or effective.

* The outcome or result of the intervention should be specified (an improved clinical outcome or increased diagnostic accuracy or incremental prognostic information).

† For comparative-effectiveness recommendations (COR 1 and 2a; LOE A and B only), studies that support the use of comparator verbs should involve direct comparisons of the treatments or strategies being evaluated.

‡ The method of assessing quality is evolving, including the application of standardized, widely-used, and preferably validated evidence grading tools; and for systematic reviews, the incorporation of an Evidence Review Committee.

COR indicates Class of Recommendation; EO, expert opinion; LD, limited data; LOE, Level of Evidence; NR, nonrandomized; R, randomized; and RCT, randomized controlled trial.

ภาพ น้ำหนักคำแนะนำและคุณภาพหลักฐาน

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 เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“การให้สารเมทาโดนระยะยาว” หมายความว่า การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจ

“ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาในการเข้าถึง” หมายความว่า กลุ่มยาบัญชี จ (๒) กลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู ยา Clopidogrel ยาที่ใช้รักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียและโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ ชนิดรุนแรงมาก และกลุ่มยาอื่นที่สำนักงานกำหนดตามประกาศนี้

“ยาบัญชี 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 ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(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) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีคำสั่งของแพทย์ในการสั่งจ่ายสารเมทาโดนที่มีการระบุช่วงเวลาในการสั่งจ่ายสารเมทาโดนตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๓) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการให้บริการ ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๑๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๑๕

ข้อ ๑๗ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๒
กรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาในการเข้าถึง

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๘ การให้บริการกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาในการเข้าถึง ต้องเป็นการให้บริการดังต่อไปนี้

(๑) การสั่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชี จ (๒)

(๒) การสั่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้กลุ่มยาอื่น

(๓) การให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยเพื่อสั่งใช้ยาบัญชี จ (๒) และกลุ่มยาอื่น

(๔) การให้บริการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย หรือโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ชนิดรุนแรงมาก

(๕) การให้บริการกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

(๖) การให้บริการยา Clopidogrel

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

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีการสั่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชี จ (๒)

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาบัญชี จ (๒)

ข้อ ๒๐ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการสั่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชี จ (๒) ตามข้อ ๑๙ จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายเป็นยาหรือเวชภัณฑ์ ตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ทั้งนี้ รายการยา ข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้ยาบัญชี จ (๒) ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วย growth hormone deficiency ในทารกแรกเกิดหรือเด็กเล็กอายุน้อยกว่า ๒ ปี ร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสำหรับยา Somatropin โดยอัตราจ่ายเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการจ่ายตามรายการบริการ และการใช้ยาให้เป็นไปตามแนวทางการกำกับการใช้ยา Somatropin หรือ Growth Hormone (GH) ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ

(๓) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายกรณีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียด้วยยา Deferaxirox โดยอัตราจ่ายเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการจ่ายตามรายการบริการ และแนวทางการกำกับการใช้ยาเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ

(๔) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายกรณีรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early Bleeding Treatment) สำหรับยาแฟคเตอร์ VIII และแฟคเตอร์ IX ในผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียหรือผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ ชนิดรุนแรงมาก ตามปริมาณแฟคเตอร์ที่ใช้ ตามแนวทางการกำกับการใช้ยา Coagulation factors VIII, Coagulation factor IX และ Factor IX complex แห่งประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามรายการบริการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าแฟคเตอร์ ในอัตรา ๒,๔๖๐ บาทต่อปริมาณแฟคเตอร์ ๒๕๐ IU

(ข) ค่าแฟคเตอร์ ในอัตรา ๔,๙๒๐ บาทต่อปริมาณแฟคเตอร์ ๕๐๐ IU หรือ ๖๐๐ IU

(๕) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายกรณีรักษาภาวะเลือดออกรุนแรงจากยาละลายลิ่มเลือดชนิดรับประทานด้วยยา 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 การให้บริการการสั่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้กลุ่มยาอื่นตามข้อ ๑๘ (๒) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีการสั่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้กลุ่มยาอื่น

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับกลุ่มยาอื่น

ข้อ ๒๒ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการสั่งใช้กลุ่มยาอื่นตามข้อ ๒๑ จ่ายเป็นยาตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ทั้งนี้ รายการยา ข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้กลุ่มยาอื่นและแนวทางการกำกับการเบิกจ่ายค่ายากรณี 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 จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(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) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด และผู้ที่มีอาการหรือสงสัยว่าตับอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี เพื่อประกอบการสั่งใช้ยา Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือยา Ribavirin สำหรับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(ก) การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ

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

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

ข้อ ๒๕ การให้บริการกโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ชนิดรุนแรงมากตามข้อ ๑๘ (๔) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย หรือโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ ชนิดรุนแรงมาก

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

ข้อ ๒๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ 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 การให้บริการกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงูตามข้อ ๑๘ (๕) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

(๒) เป็นให้บริการแก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

ข้อ ๒๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงูตามข้อ ๒๗ จ่ายเป็นยาตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษให้แก่หน่วยบริการที่มีการสั่งใช้ยา 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 และแนวทางการกำกับการใช้ยาเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและเพิ่มเติมจากระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) กรณีผู้ป่วยใน

ข้อ ๓๑ กรณีที่สำนักงานไม่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเป็นยาตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษได้ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามอัตราที่จัดหาได้ตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ หรือกรณีที่ยาตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ เกิดการขาดคราวตามมติคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ให้จ่ายค่าใช้จ่ายตามอัตราที่หน่วยบริการจัดหาได้ ณ ช่วงเวลาที่เกิดการขาดคราวตามที่กำหนด

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

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

(๑) ยาบัญชี จ (๒) และกลุ่มยาอื่น

(ก) กรณีจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นยาหรือตามอัตราที่จัดหาได้ตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ หรือตามอัตราที่หน่วยบริการจัดหาได้ ณ ช่วงเวลาที่เกิดการขาดคราว 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 โดยจะไม่มีการสำรองยา

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

(๓) กรณีจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ ชนิดรุนแรงมาก ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการรักษาการให้บริการแฟคเตอร์ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการโรคเฉพาะ (DMIS)

(๔) กลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนยาผ่านโปรแกรมระบบยาในกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

(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 และกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงูให้เป็นไปตามเงื่อนไข 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 กรณีผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียและผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ ชนิดรุนแรงมาก สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการเป็นเงิน หรือจ่ายเป็นยาแฟคเตอร์ VIII เมื่อหน่วยบริการที่รับการส่งต่อบันทึกข้อมูลการรักษาการให้บริการแฟคเตอร์ (แพทย์ผู้ทำการรักษาจะต้องจ่ายแฟคเตอร์ให้ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย ในทุกกลุ่มอายุและทุกระดับอาการตามที่ระบุไว้ในแผนการรักษา) และการตรวจติดตามผู้ป่วยในโปรแกรม DMIS โดยหน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วย และสำนักงานมีสิทธิขอตรวจประวัติการรักษาเพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลหลังการรักษาในกรณีมีข้อขัดแย้งหรือข้อบ่งชี้ว่าการรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นเงิน สำนักงานจะดำเนินการสรุปข้อมูลการให้บริการเพื่อประมวลผลข้อมูลทุกสิ้นเดือนและจ่ายค่าใช้จ่ายภายในเดือนถัดไป

(๒) กรณีจ่ายเป็นยาแฟคเตอร์ VIII สำนักงานจะดำเนินการสรุปข้อมูลการให้บริการเพื่อประมวลผลข้อมูลตามที่สำนักงานกำหนดและจ่ายเป็นยาให้หน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการไม่ต้องบันทึกข้อมูลค่ายาแฟคเตอร์ 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 หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๔๐ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) กรณียาบัญชี จ (๒) และกลุ่มยาอื่น

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

(ข) ตรวจสอบพบหลักฐานการสั่งยาของแพทย์ผู้ทำการรักษา ที่ระบุชื่อยาและขนาดยา รวมทั้งหลักฐานการบริหารยาบัญชี จ (๒) หรือกลุ่มยาอื่น ตามรายการยาที่หน่วยบริการขอสนับสนุน ตรวจสอบพบเอกสารกำกับการใช้ยาบัญชี จ (๒) หรือกลุ่มยาอื่นที่ได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจในการอนุมัติการใช้ยา

(๒) หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยเพื่อสั่งใช้ยาบัญชี จ (๒) หรือกลุ่มยาอื่น พบรายงานผลที่เป็น official report การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยเพื่อสั่งใช้ยาบัญชี จ (๒) หรือกลุ่มยาอื่น ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายซึ่งมีข้อบ่งชี้การส่งตรวจตามเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

(๓) กรณีผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียและผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ชนิดรุนแรงมาก

(ก) พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่พบการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียที่ระบุความรุนแรงของโรค หรือผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ ชนิดรุนแรงมาก รวมทั้งมีหลักฐานทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุนการวินิจฉัย

(ข) พบเอกสารหลักฐานการสั่งจ่ายแฟคเตอร์เข้มข้น และการบริหารยาในการรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early bleeding treatment) ตามจำนวนแฟคเตอร์เข้มข้นที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(ค) ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรง ต้องพบเอกสารหลักฐานที่สนับสนุนภาวะเลือดออกรุนแรง หรือความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉิน

๑) ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรงแบบผู้ป่วยในจะต้องพบหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ทำการรักษาและการสั่งจ่ายแฟคเตอร์เข้มข้น

๒) ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรงแบบผู้ป่วยนอกจะต้องพบหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ทำการรักษาและการสั่งจ่ายแฟคเตอร์เข้มข้น

(๔) กลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

(ก) พบหลักฐานเวชระเบียนการวินิจฉัยโรคและการรักษา ที่มีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการยาของหน่วยบริการ ตามรายการยาที่หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่ายหรือขอสนับสนุนยา

(ข) พบหลักฐานการสั่งยาของแพทย์ผู้ทำการรักษา ที่ระบุชื่อยาและขนาดยา รวมทั้งหลักฐานการบริหารยา ตามรายการยาที่หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่ายหรือขอสนับสนุนยา

(๕) กรณียา Clopidogrel

(ก) พบหลักฐานเวชระเบียนการวินิจฉัยโรค และการรักษาที่มีข้อบ่งชี้ตามแนวทางการกำกับการใช้ยาแห่งประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติตามรายการยาที่หน่วยบริการขอสนับสนุน

(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. โรคจุดภาพชัดจอตาเสื่อมเหตุสูงวัยแบบเปียกที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ใต้รอยบุ๋มจอตา (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. โรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว, มะเร็งเยื่อบุท่อนำไข่, มะเร็งเยื่อบุช่องท้องชนิดปฐมภูมิ ระยะลุกลาม (ระยะที่ IV) หรือระยะที่ IIIB-IIIC ที่ได้รับการผ่าตัดแล้วมีขนาดก้อนเหลือมากกว่า ๑ เซนติเมตร
๔	Bortezumib	โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดมัยอิโลมาที่เข้าเงื่อนไขการปลูกถ่ายไขกระดูก (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 โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดลิมฟอยด์ Acute lymphoblastic leukemia (ALL) ที่มี Ph+
๑๐	Erlotinib (เฉพาะ tablet 150 mg)	โรคมะเร็งปอด ชนิด Non-small-cell lung carcinoma (NSLCL) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจายที่มีผลตรวจการกลายพันธุ์ของยีน epidermal growth factor receptor (EGFR) เป็นบวก
๑๑	Factor VIII	โรคเลือดออกง่าย (Hemophilia ชนิด A) และวอนวิลลิแบรนด์
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) ระยะลุกลามหรือมีการกระจายของโรค ๓. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดลิมฟอยด์ 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 ที่ไม่ตอบสนองต่อยากันชักพื้นฐานอย่างน้อย ๓ ชนิด
๑๘	Leuprorelin acetate (เฉพาะ sterile powder 11.25 mg)	ภาวะที่เป็นหนุ่มสาวก่อนวัย (Central (Gonadotrophin dependent) precocious puberty)
๑๙	Linezolid	๑. โรคติดเชื้อดื้อยากลุ่ม 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 หรือไม่สามารถใช้ 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 ชนิดออกฤทธิ์นาน 20 mg/vial และ 30 mg/vial)	๑. Acromegaly ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเนื้องอกหรือฉายแสงแล้วระดับ GH และ IGF สูง ๒. ใช้ในผู้ป่วย Thyrotropin secreting pituitary adenoma
๒๔	Posaconazole (เฉพาะ tablet 100 mg)	รักษาผู้ป่วยติดเชื้อราเมิวโคไมโคสิส (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. โรคมัยแอสติเนียเกรวิสระดับรุนแรง (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-Hodgin lymphoma) ๙. โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดเบอร์กิต (Burkitt lymphoma) ๑๐. โรคหลอดเลือดอักเสบแองคา (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 และผลการตรวจตัวรับฮอร์โมนเป็นลบ (T>2, node negative, ER/PR negative) ๓. โรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่มี HER2 receptor เป็นบวก และมีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ หรือมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ 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 Inflixaimab ได้ ๒. โรค Ulcerative colitis (UC) ที่ไม่สามารถใช้ยา Inflixaimab ได้

หมายเหตุ : แนวทางการกำกับการใช้ยาให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ

รายการยา ข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้กลุ่มยาอื่น

ลำดับ	รายการยา	ข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้ยา
๑	Docetaxel (sterile sol)	๑. ใช้ร่วมกับ cyclophosphamide ในการรักษาเสริมสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่มีปัญหาโรคหัวใจ หรือเคยได้รับยา doxorubicin แล้ว ๒. ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามหลังจากได้รับ doxorubicin และ paclitaxel แล้ว หรือ มีปัญหาโรคหัวใจ ๓. ใช้เป็น second-line drug สำหรับโรคมะเร็งปอด ชนิด non-small cell ระยะลุกลาม ๔. ใช้สำหรับมะเร็งต่อมลูกหมากระยะแพร่กระจาย ๕. ใช้เป็นยาขนานที่สองในการรักษามะเร็งเนื้อเยื่ออ่อนระยะแพร่กระจายหรือผ่าตัดไม่ได้ ที่เคยได้ยากลุ่ม anthracycline และ ifosfamide มาแล้วโดยให้ร่วมกับ gemcitabine ๖. ใช้เป็นการรักษาเสริมก่อนการผ่าตัดหรือรังสีรักษา สำหรับมะเร็งศีรษะและลำคอ ระยะลุกลามเฉพาะที่ (ระยะที่ III และ IV) ที่ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่บริเวณอื่น ๗. ใช้ในการรักษาเสริมในมะเร็งเต้านมระยะแรกหลังผ่าตัด โดยให้ร่วมกับยา Cyclophosphamide ในผู้ป่วย Triple negative ที่มีขนาด ๐.๕ เซนติเมตรขึ้นไป ที่ไม่มีหรือมีการกระจายในต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ไม่เกิน ๓ ต่อม
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)	ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังทุกสายพันธุ์ ร่วมกับ Sofosbuvir + Velpatasvir
๖	Ribociclib (เฉพาะ tablet 200 mg)	โรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม หรือระยะแพร่กระจาย ชนิด postmenopausal HR+/HER2-
๗	Sofosbuvir + Velpatasvir (เฉพาะ tablet 400 mg + 100 mg)	โรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังทุกสายพันธุ์

หมายเหตุ : ๑. แนวทางการกำกับการใช้ยาให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ

๒. กรณีการใช้ยา Docetaxel (sterile sol) ยา Letrozole (เฉพาะ tablet 2.5 mg) หรือยา Pemetrexed (sterile powder) ให้แนวทางการรักษาเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอร์โมน 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 ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ (๒) เพื่อเบิกจ่ายยา ribociclib

๑.๓ หน่วยบริการบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มกำกับการใช้ยา ribociclib เพื่อขอต่ออายุการเบิกยา หรือหยุดการใช้ยาในระบบตรวจสอบก่อนการใช้ยา ribociclib โรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายสิทธิหลักประกันสุขภาพ (https://ocpa.nhso.go.th/)

๒. คุณสมบัติของหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม หรือระยะแพร่กระจาย ชนิด postmenopausal HR+/HER2- โดยแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรแพทย์มะเร็งวิทยา สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา หรือสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา

๓. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

เป็นแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา หรือสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา ซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยบริการตาม ๒.

๔. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

๔.๑ ใช้ร่วมกับยากลุ่ม aromatase inhibitor (AI) ได้แก่ letrozole หรือ anastrozole เป็นยาขนานแรกในโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม (หรือระยะแพร่กระจาย) หรือเป็นยาขนานที่สองภายหลังล้มเหลวจากยา tamoxifen โดยผู้ป่วยต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้

๔.๑.๑ อยู่ในภาวะหมดประจำเดือน (post menopause) ซึ่งหมายถึง

(๑) ผู้ป่วยหมดประจำเดือนตามธรรมชาติก่อนการเกิดมะเร็งเต้านมนานมากกว่า ๑ ปี และมีระดับของ FSH และ estradiol ว่าอยู่ในภาวะหมดประจำเดือนจริง หรือ

(๒) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกทั้งหมด หรือ

(๓) ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ทั้งนี้ การหมดประจำเดือนหลังการผ่าตัดเอามดลูกออกหรือหลังจากการให้เคมีบำบัดไม่จัดเป็นภาวะหมดประจำเดือนตามแนวทางฯ 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 ร่วมกับมีการตรวจพบ 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 (รวมถึงกรณีที่ตอบสนองดีต่อยาเคมีบำบัด และต้องการให้ hormonal therapy ต่อ)

๖.๒ ผู้ป่วยที่เคยได้รับและไม่ตอบสนองต่อยาต้านฮอร์โมนในระยะแพร่กระจายมาแล้ว (ยกเว้นไม่ตอบสนองต่อยา tamoxifen มาแล้วขนานเดียว)

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 ในกรณีที่มีผลข้างเคียงจากยาแพทย์ผู้รักษาสามารถพิจารณาลดขนาดยาตามสมควร

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 และติดตามผลข้างเคียงเป็นระยะตามเอกสารกำกับยา 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 บันทึกผู้ป่วยนอกที่ระบุเป้าหมายของการรักษาและแผนการรักษา รวมถึงรายการยาที่วางแผนจะให้กับผู้ป่วย บันทึกการผ่าตัดและหัตถการที่เกี่ยวข้อง

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
กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด 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 กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

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

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

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

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

อาการเลือดออกในผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย เอ ที่ไม่มีและมีสารต้านได้ ทั้งนี้ ตามรายการบริการ อัตรา และปริมาณยาแฟคเตอร์ที่ใช้ ดังต่อไปนี้

(ก) ค่ายาแฟคเตอร์ ในอัตรา ๒,๔๖๐ บาทต่อปริมาณแฟคเตอร์ ๒๕๐ IU

(ข) ค่ายาแฟคเตอร์ ในอัตรา ๔,๙๒๐ บาทต่อปริมาณแฟคเตอร์ 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) หรือโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ชนิดรุนแรงมาก ตามข้อ ๑๘ (๔) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

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

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย หรือโรคเลือดออกง่ายที่มีตัวยับยั้ง factor VIII, IX, XI ที่เกิดขึ้นภายหลัง (acquired hemophilia A) และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ชนิดรุนแรงมาก 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) และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ชนิดรุนแรงมาก ซึ่งเป็นอันตรายถึงพิการ หรือเสียชีวิต หรือต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉินตามข้อ ๒๕ จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน ๑๕๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ในการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน ตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย

(๒) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน ๓๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ในการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพิ่มเติมจากระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (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 เมื่อหน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการยาแฟคเตอร์เข้มข้นแพทย์ผู้ทำการรักษาจะต้องจ่ายยาแฟคเตอร์ให้ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย 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) และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนด์ชนิดรุนแรงมาก

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

(ข) พบเอกสารหลักฐานการสั่งจ่ายยาแฟคเตอร์เข้มข้น และการบริหารยาในการรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early bleeding treatment) ตามจำนวนยาแฟคเตอร์เข้มข้นที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(ค) ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรง ต้องพบเอกสารหลักฐานที่สนับสนุนภาวะเลือดออกรุนแรง หรือความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉิน

๑) ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรงแบบผู้ป่วยในจะต้องพบหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ทำการรักษาและการสั่งจ่ายยาแฟคเตอร์เข้มข้น

๒) ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรงแบบผู้ป่วยนอกฉุกเฉินจะต้องพบหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ทำการรักษาและการสั่งจ่ายยาแฟคเตอร์เข้มข้น"

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

ลำดับ	รายการยา	ข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการใช้ยา
"๑๙	Linezolid tab (ชนิดรับประทาน)	๑. โรคติดเชื้อดื้อยากลุ่ม 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 ซึ่งเป็นวันที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติจนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากการให้บริการดังกล่าว

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

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้คำปรึกษา วินิจฉัย และกำกับติดตามการใช้ยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้คำปรึกษา วินิจฉัย และกำกับติดตามการใช้ยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๕.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ ประกอบกับคำแนะนำของคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ซึ่งมีมติในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๗ และมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้คำปรึกษา วินิจฉัย และกำกับติดตามการใช้ยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๔ หน่วยบริการที่ให้บริการให้คำปรึกษา วินิจฉัย และกำกับติดตามการใช้ยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงูซึ่งได้รับค่าใช้จ่ายจากการให้บริการดังกล่าวตามประกาศนี้แล้ว ไม่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้คำปรึกษา วินิจฉัย และกำกับติดตามการใช้ยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงูโดยไม่รวมบริการด้านยาและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๖.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงูตามรายการยาและข้อบ่งใช้ที่กำหนดในประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

๖.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่จัดระบบบริการให้คำปรึกษา วินิจฉัย และกำกับติดตามการใช้ยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงูตามที่ได้ตกลงกับสำนักงาน

๖.๓ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการให้คำปรึกษา วินิจฉัย และกำกับติดตามการใช้ยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงูแบบเหมาจ่ายรายปี จำนวน ๒๘,๕๐๐,๐๐๐ บาท ภายใต้ข้อตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ โดยครอบคลุมบริการ ดังต่อไปนี้

๖.๓.๑ การให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการที่ได้รับพิษ ยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

๖.๓.๒ การวินิจฉัยภาวะพิษ

๖.๓.๓ การกำกับติดตามการใช้ยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายมายังสำนักงาน หรือโดยวิธีอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๘ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๖ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ หรือมีรายงานการให้บริการให้คำปรึกษา วินิจฉัย และกำกับติดตามการใช้ยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดหรือมีรายงานการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ การให้บริการสาธารณสุขกรณีการให้คำปรึกษาวินิจฉัย และกำกับติดตามการใช้ยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงูตาม ๖.๓ ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายจำนวน ๑๖,๐๔๘,๕๐๐ บาท

ประกาศ ณ วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗
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 เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

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
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง 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 ข้อบ่งใช้ธาลัซซีเมีย 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 ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะต้องแสดงสถานะข้อมูล 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 ในการวินิจฉัยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพึ่งพาเลือด (Transfusion Dependent Thalassemia: TDT)

๖.๒ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการสั่งจ่ายยาขับเหล็ก การให้เลือด รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามที่กำหนดไว้ในรายการบริการ

๖.๓ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่สนับสนุนข้อบ่งชี้ในการสั่งจ่ายยา Desferaxirox ทั้งนี้ ข้อบ่งชี้เป็นไปตามแนวทางการกำกับการใช้ยา Deferaxirox ข้อบ่งใช้ธาลัสซีเมีย ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่ายา Desferaxirox

๖.๔ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีคำสั่งของแพทย์ในการสั่งจ่ายยา desferoxamine หรือ desferiprone หรือdesferaxirox ที่ระบุขนาดการใช้ยา และจำนวนเม็ด ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๗.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๗.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๖

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๘ ให้การบริการและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับถือเป็นการดำเนินการตามประกาศนี้ด้วย

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 ได้รับบริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคแฝง

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ ที่มีศักยภาพการตรวจติดตามการรักษาวัณโรคได้

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ บริการดูแลรักษาด้วยยาวัณโรคและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงที่ให้แก่ผู้รับบริการตาม ๑.๑.๒ จ่ายเป็นยา หรือจ่ายเป็นเงินค่ายารักษาวัณโรคแก่หน่วยบริการ โดยรายการบริการ อัตรา ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข 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 หรือการติดเชื้อวัณโรคดื้อยาสูตรยาต่าง ๆ หรือเป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค หรือเป็นการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

๖.๒ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้งการติดตามการรักษาตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๖.๓ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีคำสั่งของแพทย์ในการสั่งจ่ายยารักษาวัณโรคที่ระบุจำนวนของยาแต่ละชนิดตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือขอรับการสนับสนุน

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 ถือเป็นการดำเนินการตามประกาศนี้ด้วย

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 หรือแพทย์นอกเวลาที่สามารถสั่งจ่ายยาตาม (๒) ได้ โดยการสั่งจ่ายควรครอบคลุมอย่างน้อย 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 เมื่อมีการรายงานข้อมูลการดูแลที่บ้านและหยุดจ่ายเมื่อครบ ๖ เดือน

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

ทั้งนี้ ตารางอัตราการจ่าย ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓.๒ แนบท้ายประกาศนี้

๒.๒ กรณีการให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น จ่ายเพิ่มเติมจากการจ่ายค่าบริการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยที่บ้านสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 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 ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (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 หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดหายากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นให้แก่ผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง โดยการจ่ายยาแต่ละครั้งต้องครอบคลุมการใช้อย่างน้อย ๑ เดือน

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

๖.๒.๒ ต้องมีรหัสยา TMT ของยากลุ่ม 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 กรณีการดูแลแบบประคับประคองที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ถือเป็นการดำเนินการตามประกาศนี้ด้วย

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 เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีอาการแสดงหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหายากประเภทกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก 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 และทางอากาศให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน 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 ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าพาหนะส่งต่อและส่งกลับ

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๗.๒ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๗

บทเฉพาะกาล

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

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

การดูแลผู้ป่วยวัณโรครวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

อัตราการจ่ายบริการรักษา การตรวจ และติดตามการรักษา

รายการ	อัตราการจ่าย
๑. บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง	
ค่าทดสอบปฏิกิริยาทุเบอร์คูลิน (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 หมายความถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผล

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 โรคเมตาโบลิค ภาวะความผิดปกติทางพันธุกรรมที่รุนแรง ภาวะคลอดก่อนกำหนด ฯลฯ) มีรหัส ICD-10 ที่หลากหลาย การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจ่ายค่าตอบแทนผู้ป่วยเด็ก ให้ใช้อายุร่วมกับรหัส Z51.5 เพราะการใช้ Morphine เด็กมีน้อยมาก และการจ่ายค่าดูแลต่อเนื่องที่บ้านจะจ่ายย้อนหลังนับจากวันเสียชีวิต

<u>หมายเหตุ</u> : 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 disaese
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 immunodeficie virus (HIV) disease
รหัสกลุ่ม C	**โรคมะเร็ง**
C000	External upper lip
C001	External lower lip
C002	External lip, unspecified
C003	Upper lip, inner aspect
C004	Lower lip, inner aspect
C005	Lip, unspecified, inner aspect
C006	Commissure of lip malignant neoplasm
C008	Overlapping lesion of lip
C009	Lip unspecified
C01	Malignant neoplasm of base of tongue
C020	Dorsal suface of tongue
C0210	Tip of tongue
C0211	Lateral border of tongue
C0219	Border of tongue unspecified
C022	Ventral suface of tongue
C023	Anterior two-thirds of tongue, part unspecified
C024	Lingual tonsil

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	Overalapping lesion of larynx
C329	Larynx unspecified
C33	Malignant neoplasm of trachea
C340	Main bronchus
C341	Upper lobe, bronchus or lung
C342	Middle lobe, bronchus or lung
C343	Lower lobe, bronchus or lung

รหัสโรค	คำอธิบาย
C348	Overlapping lesion of bronchus and lung
C349	Bronchus or lung unspecified
C37	Malignant neoplasm of thymus
C380	Heart
C381	Anterior mediastinum
C382	Posterior mediastinum
C383	Mediastinum part unspecified
C384	Pleura
C388	Overlapping lesion of heart, mediastinum and pleura
C390	Upper respiratory tract part unspecified
C398	Overlapping lesion of respiratory and 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, inculuding shoulder
C437	Malignant melanoma of lower limb, including hip
C438	Overlapping malignant melanoma of skin
C439	Malignant melanoma of skin, unspecified
C440	Skin of lip
C441	Skin of eyelid, including canthus
C442	Skin of ear and external auricular canal
C443	Skin of other and unspecified parts of face
C444	Skin of scalp and neck
C445	Skin of trunk
C446	Skin of upper limb, including shoulder
C447	Skin of lower limb, including hip
C448	Overlapping lesion of skin
C449	Malignant neoplasm of skin unspecified
C450	Mesothelioma of pleura
C451	Mesothelioma of peritoneum
C452	Mesothelioma of pericardium
C457	Mesothelioma of other sites
C459	Mesothelioma, unspecified
C460	Kaposi's sarcoma of skin
C461	Kaposi's sarcoma of soft tissue
C462	Kaposi's sarcoma of palate
C463	Kaposi's sarcoma of lymph nodes
C467	Kaposi's sarcoma of other sites
C468	Kaposi's sarcoma of multiple organs
C469	Kaposi's sarcoma, unspecified
C470	Peripheral nerves of head, face and neck
C471	Peripheral nerves of upper limb, including shoulder
C472	Peripheral nerves of of lower limb, inculiding hip
C473	Peripheral nerves of of thorax
C474	Peripheral nerves of of abdomen
C475	Peripheral nerves of pelvis
C476	Peripheral nerves of trunk unspecified

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	Overalapping lesion of male genial organs
C639	Male genital organ unspecified
C64	Malignant neoplasm of kidney,except renal pelvis
C65	Malignant neoplasm of renal pelvis
C66	Malignant neoplasm of ureter
C670	Trigone of bladder

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 nevous system
C729	Central nevous system unspecified
C73	Malignant neoplasm of thyroid gland
C740	Cortex of adrenal gland
C741	Medulla of adrenal gland
C749	Adrenal gland unspecified
C750	Parathyroid gland
C751	Pituitary gland
C752	Craniopharyngeal duct
C753	Pineal gland
C754	Carotid body
C755	Aortic body and other paraganglia
C758	Pluriglandular involvement unspecified
C759	Endocrine gland unspecified
C760	Head, face and neck
C761	Thorax
C762	Abdomen
C763	Pelvis
C764	Upper limb
C765	Lower limb
C767	Other ill-defined sites
C768	Overlapping lesion of other and ill-defined sites
C770	Lymph nodes of head, face and neck
C771	Intrathoracic lymph nodes
C772	Intra-abdominal lymph nodes
C773	Axillary and upper limb lymph nodes
C774	Inguinal and lower limb lymph nodes
C775	Intrapelvic lymph nodes
C778	Lymph nodes of multiple regions

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, unspecirfied
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 arteristis in infectious and parasitic diseases classified elsewhere
I682	Cerebral arteristis in other diseases classified elsewhere
I688	Other cerebrovascular disorders in diseases classified elsewhere
I690	Sequelae of subarachnoid haemorrhage
I691	Sequelae of intracerebral haemorrhage
I692	Sequelae of other nontraumatic intracranial haemorrhage
I693	Sequelae of cerebral infarction
I694	Sequelae of stroke, not specified as haemorrhage or infarction
I698	Sequelae of other and unspecified cerebrovascular diseases
รหัสกลุ่ม J	
J440	Chronic obstructive pulmonary disease with acute lower respiratory infection
J441	Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, unspecified
J448	Other specified chronic obstructive pulmonary disease

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 Pallaitive care กรมการแพทย์

วันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๓

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

อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลที่บ้าน

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	ค่าบริการรายเดือน (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

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) โรงพยาบาลรามาธิบดี

(๔) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(๕) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

(๖) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

(๗) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รวมถึงหน่วยบริการอื่น ๆ ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก และแจ้งความจำนงเข้าร่วมให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

การจัดระบบบริการ

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

(๒) หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น เก็บตัวอย่าง specimen ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจ

(๓) หากผลการตรวจวินิจฉัย พบว่าอยู่ในกลุ่มโรคหายากตามที่กำหนด แพทย์ผู้ดูแลในหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามเครือข่ายที่กำหนด

(๔) ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ลงทะเบียนผู้ป่วยมาในโปรแกรมระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายากที่สำนักงานกำหนด

(๕) ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากให้การรักษาผู้ป่วยจนพ้นระยะอันตราย โดยแพทย์ผู้ให้การรักษาจะเป็นผู้พิจารณา 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.รามาธิบดี	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 สามารถขอรับคำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากได้ทุกแห่ง 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 จะแจ้งให้แพทย์ผู้ดูแลในหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นส่งต่อผู้ป่วยมารักษายังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

(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 การรักษาพยาบาลรวมกรณีภาวะแทรกซ้อนและการติดตามผล 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 วันนับจากวันลงทะเบียนศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากจะได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราร้อยละ 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
	• Cobalamine 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

■ รายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดและหรือการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

งวดที่ ๒ จ่ายร้อยละ ๕๐ ของค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายในแต่ละกลุ่มโรค โดยมีเงื่อนไขการจ่าย ดังนี้

▪ รายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด และหรือการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

▪ ระยะเวลาการจ่าย หลังจากเบิกงวดที่ ๑ ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน

๒.๒.๒ ในกรณีที่ผู้มีสิทธิเสียชีวิตหรือเปลี่ยนสิทธิการรักษาภายใน ๙๐ วัน นับจากวันที่ติดตามอาการงวดที่ ๑ ในปีนั้น ๆ การดูแลผู้ป่วยโรคหายากจะได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราร้อยละ ๕๐ ของอัตราเหมาจ่ายในแต่ละกลุ่มโรค แต่หากเสียชีวิตหรือเปลี่ยนสิทธิการรักษาหลังจากวันที่ติดตามอาการเกิน ๙๐ วัน ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากจะได้รับค่าใช้จ่ายเต็มจำนวน

หมายเหตุ : กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีการเปลี่ยนสิทธิการรักษา ศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก 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 การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

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 ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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 การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

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

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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	
ค่าทดสอบปฏิกิริยาทุเบอร์คูลิน (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 (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

รายการ	อัตราการจ่าย
(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) อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนดต่อครั้งบริการ

๒) การส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (First line drug) กรณีการส่งสิ่งส่งตรวจครั้งเดียวกันจะจ่ายค่าตรวจด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งเท่านั้น

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอก ด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ในบัญชีนวัตกรรมไทย

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการอ่านภาพรังสีทรวงอกด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ในบัญชีนวัตกรรมไทย พ.ศ. ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๒๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อส่งเสริมให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๔ และข้อ ๓๔.๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการอ่านภาพรังสีทรวงอกด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ในบัญชีนวัตกรรมไทย พ.ศ. ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๒๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ในบัญชีนวัตกรรมไทยต้องเป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการเฉพาะผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยหน่วยบริการภาครัฐที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ ทั้งนี้ รายชื่อหน่วยบริการให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับรายชื่อหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อเข้าร่วมการให้บริการอ่านภาพรังสีทรวงอกด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ในบัญชีนวัตกรรมไทย

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ในบัญชีนวัตกรรมไทยตามข้อ ๖ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๐๓,๐๐๐ บาทต่อหน่วยบริการ ทั้งนี้ ภายใต้ความตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามที่กำหนดภายใต้ความตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ

ข้อ ๙ เมื่อมีการขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการรับรองว่าสามารถดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ การให้บริการตามประกาศนี้ ต้องเป็นไปตามระบบตรวจสอบการให้บริการด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๑ หน่วยบริการที่ให้บริการต้องจัดเก็บหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการไว้เพื่อการตรวจสอบ

ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่พบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๒ การให้บริการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ในบัญชีนวัตกรรมไทยที่หน่วยบริการอยู่ระหว่างดำเนินการตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการอ่านภาพรังสีทรวงอกด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ในบัญชี

นวัตกรรมไทย พ.ศ. ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๒๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ให้ดำเนินการต่อไปให้แล้วเสร็จตามความตกลงที่ได้ทำไว้กับสำนักงาน

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์	คำอธิบาย
๑. อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร	จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่อประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่รับผิดชอบ ๑๐,๐๐๐ คน ๑ คะแนน – มากกว่า ๒๐ คนต่อประชากร ๑๐,๐๐๐ คน ๒ คะแนน – ๑๖-๒๐ คนต่อประชากร ๑๐,๐๐๐ คน ๓ คะแนน – ๑๑-๑๕ คนต่อประชากร ๑๐,๐๐๐ คน ๔ คะแนน – ๖-๑๐ คนต่อประชากร ๑๐,๐๐๐ คน ๕ คะแนน – น้อยกว่า ๖ คนต่อประชากร ๑๐,๐๐๐ คน
๒. จำนวนภาพถ่ายรังสีทรวงอกเฉลี่ยต่อปี	จำนวนภาพถ่ายรังสีทรวงอกในระบบ PACs (รวม mobile x-ray) แบ่งตาม quintile ในกลุ่มโรงพยาบาลที่สมัครมา ๑ คะแนน – quintile 1 ๒ คะแนน – quintile 2 ๓ คะแนน – quintile 3 ๔ คะแนน – quintile 4 ๕ คะแนน – quintile 5
๓. จำนวนการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอก	จำนวนการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอกในกลุ่มเสี่ยงที่กรมควบคุมโรคกำหนด ๐ คะแนน – ไม่ได้ดำเนินการ ๑ คะแนน – quintile 1 ๒ คะแนน – quintile 2 ๓ คะแนน – quintile 3 ๔ คะแนน – quintile 4 ๕ คะแนน – quintile 5
๔. อัตราป่วยวัณโรคปอด	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดต่อประชากรทั้งหมดในพื้นที่ ๑๐๐,๐๐๐ คน ๑ คะแนน – น้อยกว่า ๙๑ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ๒ คะแนน – ๙๑-๑๒๐ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ๓ คะแนน – ๑๒๑-๑๕๐ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ๔ คะแนน – ๑๕๑-๑๘๐ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ๕ คะแนน – มากกว่า ๑๘๐ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน
๕. อัตราป่วยโรคมะเร็งปอด	จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดทุกกลุ่มอายุต่อประชากรทั้งหมดในพื้นที่ ๑๐๐,๐๐๐ คน ๑ คะแนน – น้อยกว่า ๒๑ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ๒ คะแนน – ๒๑-๓๐ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ๓ คะแนน – ๓๑-๔๐ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ๔ คะแนน – ๔๑-๕๐ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ๕ คะแนน – มากกว่า ๕๐ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน

เกณฑ์	คำอธิบาย
๖. การเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายรับปรึกษาในพื้นที่	ระดับโรงพยาบาลตาม service plan กระทรวงสาธารณสุข ๑ คะแนน – ระดับ M2 ๒ คะแนน – ระดับ M1 ๓ คะแนน – ระดับ A, S
๗. ความยากลำบากในการเข้าถึงบริการของประชาชน	ระดับพื้นที่ของโรงพยาบาลตามประกาศว่าด้วยค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ๑ คะแนน – พื้นที่ยากลำบากระดับ ข ๒ คะแนน – พื้นที่เฉพาะ ๑ ๓ คะแนน – พื้นที่เฉพาะ ๒
๘. ความสนใจในการใช้ระบบปัญญาประดิษฐ์ช่วยวินิจฉัยโรคจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก	โรงพยาบาลมีประสบการณ์ (เคยใช้ หรือกำลังใช้) ใช้การอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ ๑ คะแนน – กำลังใช้อยู่ หมดอายุตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๘ เป็นต้นไป ๒ คะแนน – กำลังใช้อยู่ หมดอายุก่อนเดือนตุลาคม ๒๕๖๘ ๓ คะแนน – เคยใช้ แต่หยุดไปแล้ว เนื่องจากไม่มีงบประมาณสนับสนุน

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาภาวะมีบุตรยาก

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาภาวะมีบุตรยาก พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

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

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

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) จ่ายตามจริง ไม่เกิน 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) เหมาจ่ายในอัตรา 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 หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะตรวจสอบข้อมูลภายหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการต้องเป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติภาวะมีบุตรยากของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๖

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

(๓) กรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายบริการในข้อ ๖ (๒) ต้องพบหลักฐานการให้บริการการสั่งจ่ายยา และบันทึกหัตถการการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง 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) พบหลักฐานการให้บริการการสั่งจ่ายยา และบันทึกหัตถการที่เกี่ยวข้อง 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
กรณีการใช้แร่เฉพาะที่เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา
พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการใช้แร่เฉพาะที่เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ข้อ ๓๒.๕/๑ และข้อ ๓๔.๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการใช้แร่เฉพาะที่ เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการใช้แร่เฉพาะที่ เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา ต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการการใช้แร่เฉพาะที่ เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา ตามหมวด ๑

(๒) บริการพาหนะรับส่งผู้รับบริการ ตามหมวด ๒

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
บริการการใช้แร่เฉพาะที่ เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการสาธารณสุขกรณีการใช้แร่เฉพาะที่ เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อซึ่งจัดระบบบริการกรณีการใช้แร่เฉพาะที่เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา ตามที่ได้ตกลงกับสำนักงาน

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา ดังต่อไปนี้

(ก) Uveal melanoma
(ข) Retinoblastoma
(ค) Eye hemangioma
(ง) Retinal Vasoproliferative Tumors (VPT)
(จ) Choroidal metastasis
(ฉ) Hemangioblastoma
(ช) Leiomyosarcoma
(ซ) Von Hippel-Lindau
(ฌ) Other ocular tumors

ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการใช้แร่เฉพาะที่ เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา ตามข้อ ๗ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายปีจำนวน ๑,๓๕๖,๘๐๐ บาท ภายใต้ข้อตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ โดยครอบคลุมค่าบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) การบริการรังสีรักษา Eye-plaque brachytherapy
(๒) การคำนวณและวางแผนรังสีระยะใกล้ แบบแผ่นที่ตา

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับ

สำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด หรือมีรายงานผลการดำเนินการให้บริการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดหรือการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ข้อ ๑๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการที่ให้บริการต้องจัดเก็บหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ และรายงานการให้บริการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดหรือการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อการตรวจสอบภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงไว้ในโครงการจนสิ้นสุดปีงบประมาณ

ข้อ ๑๒ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๒
บริการพาหนะรับส่งผู้รับบริการ

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๓ การให้บริการพาหนะรับส่งผู้รับบริการที่ได้เข้ารับบริการ ตามหมวด ๑ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการรับส่งผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยกับหน่วยบริการ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการเพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัย การวางแผนการรักษา การรักษา และการติดตามการรักษา สำหรับบริการการใช้แร่เฉพาะที่ เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา

ข้อ ๑๔ การจ่ายค่าพาหนะรับส่งผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยกับหน่วยบริการตามข้อ ๑๓ จ่ายตามโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขภายใต้ข้อตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๕ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลการให้บริการ กรณีรับส่งผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยกับหน่วยบริการตามชุดข้อมูลมาตรฐานที่สำนักงานกำหนด โดยเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๖ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๕ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๗ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการที่เป็นผู้รับผิดชอบโครงการต้องจัดเก็บหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการขอรับการสนับสนุนค่าพาหนะรับส่งต่อผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยไปยังหน่วยบริการ และเมื่อดำเนินการแล้วเสร็จ ให้หน่วยบริการจัดทำสรุปผลการดำเนินการและเสนอต่อสำนักงานเพื่อการตรวจสอบภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงไว้ในโครงการ

ข้อ ๑๘ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๙ การให้บริการสาธารณสุขกรณีบริการใช้แร่เฉพาะที่ เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตาตามหมวด ๑ ที่ได้ให้บริการมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการที่ให้บริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๔ และข้อ ๓๔.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ และข้อ ๓๒.๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ตามหมวด ๑

(๒) บริการพาหนะรับส่งผู้รับบริการ ตามหมวด ๒

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่ให้บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีกลุ่มโรค ดังต่อไปนี้

(ก) มะเร็งต่อมลูกหมาก

(ข) มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก

(ค) เนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน

ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดตามข้อ ๗ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าผ่าตัด จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

(๒) จ่ายเพิ่มเติมสำหรับชุดอุปกรณ์สำหรับบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดตามค่าใช้จ่ายจริง แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด หรือมีรายงานผลการดำเนินการให้บริการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดหรือการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ข้อ ๑๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๑ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๒ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังไม่พบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๔ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการรับรองหน่วยบริการที่ให้บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดตามเกณฑ์การประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่ให้บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด

(๒) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการวินิจฉัยตามกลุ่มโรค ข้อบ่งชี้การให้บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดที่ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยหรือสมาคมที่เกี่ยวข้องกำหนดหรือตามเงื่อนไขและข้อบ่งชี้การให้บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดแนบท้ายประกาศนี้

(๓) ตรวจสอบพบหลักฐานการใช้อุปกรณ์สำหรับบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ได้แก่ บันทึกการผ่าตัด (operative note) ที่มีการใช้อุปกรณ์สำหรับบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดตามกลุ่มโรคที่กำหนด

(๔) ตรวจสอบพบหลักฐานชุดอุปกรณ์สำหรับบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด มีคุณสมบัติและลักษณะของอุปกรณ์เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

(๕) เกณฑ์ในการตรวจสอบกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ตรวจสอบตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(๖) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)

ข้อ ๑๕ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๑๔

ข้อ ๑๖ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๒
บริการพาหนะรับส่งผู้รับบริการ

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๗ การให้บริการพาหนะรับส่งผู้รับบริการที่ได้เข้ารับบริการตามหมวด ๑ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการรับส่งผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยกับหน่วยบริการ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการเพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัย การวางแผนการรักษา การรักษา และการติดตามการรักษา สำหรับบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด

ข้อ ๑๘ การจ่ายค่าพาหนะรับส่งผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยกับหน่วยบริการตามข้อ ๑๗ จ่ายตามโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขภายใต้ข้อตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๙ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลการให้บริการ กรณีรับส่งผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยกับหน่วยบริการตามชุดข้อมูลมาตรฐานที่สำนักงานกำหนด โดยเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๑ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการที่เป็นผู้รับผิดชอบโครงการต้องจัดเก็บหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการขอรับการสนับสนุนค่าพาหนะรับส่งต่อผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยไปยังหน่วยบริการ และเมื่อดำเนินการแล้วเสร็จ ให้หน่วยบริการจัดทำสรุปผลการดำเนินการและเสนอต่อสำนักงานเพื่อการตรวจสอบภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงไว้ในโครงการ

ข้อ ๒๒ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

เพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เงื่อนไขและข้อบ่งชี้การให้บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด เป็นไปดังต่อไปนี้

๑. มะเร็งต่อมลูกหมาก

๑.๑ การผ่าตัด Robotic assisted radical prostatectomy

๑.๒ การคัดเลือกผู้เข้ารับการผ่าตัดและเกณฑ์การคัดออก ได้แก่

๑.๒.๑ เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้ารับการผ่าตัด (Inclusion Criteria)

(๑) ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีอายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ ปี และ

(๒) ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีระยะความรุนแรงของโรค จำนวน ๒ กลุ่ม ดังต่อไปนี้

(ก) มะเร็งต่อมลูกหมากระยะ Localize prostate cancer (Clinical T1-T2) หรือ

(ข) มะเร็งต่อมลูกหมากระยะ Locally advanced prostate cancer (Clinical T3)

๑.๒.๒ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินโดยอายุรแพทย์หรือวิสัญญีแพทย์ หรือทั้งสองกรณี ว่ามีสภาวะของร่างกายอ่อนแอไม่สามารถเข้ารับใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดได้

๒. มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก

๒.๑ การผ่าตัด Robot assisted anterior resection, low anterior resection หรือ abdominoperineal resection

๒.๒ การคัดเลือกผู้เข้ารับการผ่าตัดและเกณฑ์การคัดออก ดังต่อไปนี้

๒.๒.๑ เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้ารับการผ่าตัด (Inclusion Criteria)

(๑) ก้อนเนื้อที่ได้รับการตรวจทางพยาธิวิทยายืนยันลักษณะทางจุลกายวิภาค (Histo- Pathology) เป็นมะเร็งชนิด adenocarcinoma

(๒) ก้อนมะเร็งเกิดในลำไส้ตรงในระยะ ไม่เกินไปกว่า ๑๕ เซนติเมตรเหนือรูเปิดทวารหนัก (anal verge) จากการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

(๓) ก้อนมะเร็งอยู่ในระยะที่ไม่สามารถให้การรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องได้ (Contraindication or Unable endoscopic management)

๒.๒.๒ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

(๑) มะเร็งในระยะมีการกระจายไปยังอวัยวะที่ไกลออกไป (Distant metastasis)

(๒) มะเร็งในระยะที่มีการรุกรานไปยังอวัยวะข้างเคียง (T4 disease)

(๓) ผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินโดยอายุรแพทย์หรือวิสัญญีแพทย์ หรือทั้งสองกรณี ว่ามีสภาวะของร่างกายอ่อนแอไม่สามารถเข้ารับบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดได้

๓. เนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน

๓.๑ การผ่าตัด Robotic assisted pancreatic resection ได้แก่

๓.๑.๑ Robotic assisted pancreaticoduodenectomy

๓.๑.๒ Robotic assisted distal pancreatectomy

๓.๑.๓ Robotic assisted enucleation pancreatic tumors

๓.๒ เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้ารับการผ่าตัดและเกณฑ์การคัดออก ดังต่อไปนี้

๓.๒.๑ เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้ารับการผ่าตัด (Inclusion Criteria)

(๑) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ ๑๘ – ๘๕ ปี

(๒) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ดังต่อไปนี้

(ก) Benign neoplasm of pancreas, bile duct, ampulla, and duodenum

(ข) alignant neoplasm of pancreas, bile duct, ampulla, and duodenum

(ค) Chronic pancreatitis

๓.๒.๒ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

(๑) ผู้ป่วยมะเร็งในระยะมีการกระจายไปยังอวัยวะที่ไกลออกไป (Distant metastasis)

(๒) ผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินโดยอายุรแพทย์หรือวิสัญญีแพทย์ หรือทั้งสองกรณี ว่ามีสภาวะของร่างกายอ่อนแอไม่สามารถเข้ารับบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดได้

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาด้วยรังสีโปรตอน

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาด้วยรังสีโปรตอน พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ข้อ ๓๒.๕/๑ และข้อ ๓๔.๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาด้วยรังสีโปรตอน พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาด้วยรังสีโปรตอน ต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการรักษาด้วยรังสีโปรตอน ตามหมวด ๑

(๒) บริการพาหนะรับส่งผู้รับบริการ ตามหมวด ๒

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
บริการรักษาด้วยรังสีโปรตอน

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการรักษาด้วยรังสีโปรตอน ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่จัดระบบบริการรักษาด้วยรังสีโปรตอนตามที่ได้ตกลงกับสำนักงาน

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ดังต่อไปนี้

(ก) เด็กอายุไม่เกิน ๑๕ ปีที่เป็นเนื้องอกและมะเร็งที่หวังหายขาด (Primary or benign solid tumors in children treated with curative intent)

(ข) ผู้รับบริการซึ่งเป็นเนื้องอกและมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาด้วยรังสีเอกซ์หรือโฟตอนได้อย่างปลอดภัย เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต (Common Terminology Criteria for Adverse Events. (CTCAE) ความรุนแรงระดับ ๔-๕) (Tumors that cannot be achieved with OARs constraint by photon due to possibility of life-threatening complications (CTCAE grade 4-5 complications)

ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการรักษาด้วยรังสีโปรตอนตามข้อ ๗ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายปีจำนวน ๕๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท ภายใต้ข้อตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ โดยครอบคลุมบริการดังต่อไปนี้

(๑) การจำลองการฉายรังสี

(๒) การจัดทำอุปกรณ์ยึดตรึงอวัยวะระหว่างการฉายรังสี รวมอุปกรณ์ สำหรับโปรตอน (Patient immobilization with thermoplastic mask for proton therapy)

(๓) การคำนวณและวางแผนการฉายรังสีโปรตอน

(๔) การฉายรังสีโปรตอน

(๕) การทวนสอบตำแหน่งการฉายรังสี

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน

หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด หรือมีรายงานผลการดำเนินการให้บริการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดหรือการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ข้อ ๑๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการที่ให้บริการต้องจัดเก็บหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ และรายงานการให้บริการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดหรือการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อการตรวจสอบภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงไว้ในโครงการจนสิ้นสุดปีงบประมาณ

ข้อ ๑๒ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๒
บริการพาหนะรับส่งผู้รับบริการ

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๓ การให้บริการพาหนะรับส่งผู้รับบริการที่ได้เข้ารับบริการตามหมวด ๑ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการรับส่งผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยกับหน่วยบริการ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการเพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัย การวางแผนการรักษา การรักษา และการติดตามการรักษา สำหรับบริการการรักษาด้วยรังสีโปรตอน

ข้อ ๑๔ การจ่ายค่าพาหนะรับส่งผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยกับหน่วยบริการตามข้อ ๑๓ จ่ายตามโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข ภายใต้ข้อตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๕ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลการให้บริการ กรณีรับส่งผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยกับหน่วยบริการตามชุดข้อมูลมาตรฐานที่สำนักงานกำหนด โดยเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๖ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๕ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๗ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการที่เป็นผู้รับผิดชอบโครงการต้องจัดเก็บหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการขอรับการสนับสนุนค่าพาหนะรับส่งต่อผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยไปยังหน่วยบริการ และเมื่อดำเนินการแล้วเสร็จ ให้หน่วยบริการจัดทำสรุปผลการดำเนินการและเสนอต่อสำนักงานเพื่อการตรวจสอบภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงไว้ในโครงการ

ข้อ ๑๘ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๙ การให้บริการสาธารณสุขกรณีบริการรักษาด้วยรังสีโปรตอนตามหมวด ๑ ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการที่ให้บริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรังสีสามมิติแปรความเข้ม ด้วยเครื่องเร่งอนุภาคอิเล็กตรอนพร้อมระบบภาพนำวิถีด้วยคลื่นแม่เหล็ก

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรังสีสามมิติแปรความเข้มด้วยเครื่องเร่งอนุภาคอิเล็กตรอนพร้อมระบบภาพนำวิถีด้วยคลื่นแม่เหล็ก เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๗ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับความเห็นของคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ในการประชุมครั้งที่ ๙/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๘ และมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการรังสีสามมิติแปรความเข้มด้วยเครื่องเร่งอนุภาคอิเล็กตรอนพร้อมระบบภาพนำวิถีด้วยคลื่นแม่เหล็ก ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่จัดระบบบริการรังสีสามมิติแปรความเข้มด้วยเครื่องเร่งอนุภาคอิเล็กตรอนพร้อมระบบภาพนำวิถีด้วยคลื่นแม่เหล็กภายใต้ความตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการเฉพาะผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีกลุ่มโรคดังต่อไปนี้

(ก) มะเร็งศีรษะและลำคอ (C00-C14)

(ข) มะเร็งที่ช่องท้อง (C15-C26)

(ค) มะเร็งปอด (C34)

(ง) มะเร็งตับ (C22, C78.1)

(จ) มะเร็งเต้านม (C50)

(ฉ) มะเร็งต่อมลูกหมาก (C61)

(ช) มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (C64-C68)

(ซ) มะเร็งสมอง (C69-C72)

(ฌ) มะเร็งหรือโรคที่ได้แพร่กระจายจากจุดเริ่มต้นไปยังอวัยวะหรือเนื้อเยื่อตำแหน่งอื่นในร่างกาย (metastasis site; C74-C80)

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการรังสีสามมิติแปรความเข้มด้วยเครื่องเร่งอนุภาคอิเล็กตรอนพร้อมระบบภาพนำวิถีด้วยคลื่นแม่เหล็กตามข้อ ๕ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายปีจำนวน ๑๘,๐๐๐,๐๐๐ บาท ภายใต้ความตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ โดยครอบคลุมรายการบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการการถ่ายภาพด้วยเครื่องจำลอง (MRI simulation)

(๒) บริการการทวนสอบตำแหน่งการฉายรังสีด้วย MRI และรังสีรักษาปรับตัว (MRI verification include adaptation)

(๓) บริการการคำนวณปริมาณหรือการปรับหรือการทวนสอบด้วยภาพคลื่นแม่เหล็ก (MRI based adaptation RT)

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามที่กำหนดภายใต้ความตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ

ข้อ ๘ เมื่อมีการขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามข้อ ๗ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการรับรองว่าสามารถดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการที่ให้บริการต้องจัดเก็บหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ และมีรายงานการให้บริการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดหรือการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณไว้เพื่อการตรวจสอบ

ข้อ ๑๐ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรังสีรักษาระยะใกล้ด้วยอุปกรณ์ใส่แร่ด้วยเครื่องพิมพ์สามมิติ

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรังสีรักษาระยะใกล้ด้วยอุปกรณ์ใส่แร่ด้วยเครื่องพิมพ์สามมิติ เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๓๗ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับความเห็นของคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ในการประชุมครั้งที่ ๙/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๘ และมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการรังสีรักษาระยะใกล้ด้วยอุปกรณ์ใส่แร่ด้วยเครื่องพิมพ์สามมิติ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่จัดระบบบริการรังสีรักษาระยะใกล้ด้วยอุปกรณ์ใส่แร่ด้วยเครื่องพิมพ์สามมิติภายใต้ความตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการเฉพาะผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีกลุ่มโรคดังต่อไปนี้

(ก) มะเร็งปากช่องคลอด (C51.9)

(ข) มะเร็งช่องคลอด (C52)

(ค) มะเร็งปากมดลูก (C53.9)

(ง) มะเร็งเยื่อบุมดลูก (C54.1)

(จ) มะเร็งรังไข่ (C56.9)

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการบริการรังสีรักษาระยะใกล้ด้วยอุปกรณ์ใส่แร่ด้วยเครื่องพิมพ์สามมิติตามข้อ ๕ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายปีจำนวน ๑,๒๖๐,๐๐๐ บาท ภายใต้ความตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ โดยครอบคลุมรายการบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการการถ่ายภาพด้วยเครื่องจำลอง (MRI simulation)

(๒) สายสวนปัสสาวะ

(๓) อุปกรณ์สอดใส่แร่ที่พิมพ์ด้วยเครื่องสามมิติ

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามที่กำหนดภายใต้ความตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ

ข้อ ๘ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๗ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการที่ให้บริการต้องจัดเก็บหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ และมีรายงานการให้บริการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดหรือการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณไว้เพื่อการตรวจสอบ

ข้อ ๑๐ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติ

เกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๙ 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 เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 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 ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

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. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็นการสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว	๑. คนพิการทางการเห็น (DF1) ที่มีอายุตั้งแต่ ๖ ปีขึ้นไป ทั้งที่เป็นคนพิการตั้งแต่กำเนิดหรือพิการในภายหลัง ๒. คนพิการทางการเห็น (DF1) ที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่สามารถเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันได้	๙,๐๐๐ บาทต่อราย	หน่วยบริการลงทะเบียนและบันทึกแผนการให้บริการรายบุคคลหรือรายกลุ่มหรือรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการ ตามมาตรฐานพื้นฐานการให้บริการ และมีผู้ให้บริการที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการฝึกทักษะการสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนไหว (Orientation and Mobility Instructor) และได้รับใบประกาศนียบัตรรับรองจากสถาบันราชสุดา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดเพิ่มเติม

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๓. บริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ	คนพิการที่ขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการประเภท ๓ (พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว) ที่ไม่มีปัญหาทางการรับรู้ (cognitive function) หรือไม่มีปัญหาทางการสื่อสาร และไม่มีความพิการซ้ำซ้อน เช่น พิการทางสติปัญญา พิการทางการมองเห็น พิการทางการได้ยิน หรือพิการด้านอื่นร่วมด้วย	๑๑,๐๐๐ บาทต่อราย	หน่วยบริการลงทะเบียนและบันทึกเป้าหมายหรือแผนการให้บริการรายบุคคลหรือรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการ และมีผู้ให้บริการที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระคนพิการ (Independent Living Instructor) ตามมาตรฐานที่กรมการแพทย์รับรอง และได้รับใบประกาศนียบัตรรับรองจากสถาบันราชสุดา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดเพิ่มเติม
๔. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อื่น ๆ	๑. คนพิการ หรือบุคคลที่มีเอกสารรับรองความพิการที่ได้รับการวินิจฉัยและประเมินความพิการจากแพทย์ แต่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ๒. ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	จ่ายตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ของรายการบริการดังต่อไปนี้ ๑. กายภาพบำบัดรายบุคคล (H9339) ๑๕๐ บาทต่อวัน ๒. กิจกรรมบำบัด (๑) รายบุคคล (H9383.1) ๑๕๐ บาทต่อวัน	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
	๓. ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	(๒) รายกลุ่ม (H9383.2) ๗๕ บาท ต่อคนต่อวัน ๓. การแก้ไขการพูด (๑) รายบุคคล (H9375.1) ๑๕๐ บาทต่อวัน (๒) รายกลุ่ม (H9375.2) ๗๕ บาท ต่อคนต่อวัน ๔. จิตบำบัด (๑) รายบุคคล (H9449.1) ๓๐๐ บาทต่อวัน (๒) รายกลุ่ม (H9449.2) ๑๕๐ บาท ต่อคนต่อวัน ๕. พฤติกรรมบำบัด (๑) รายบุคคล (H9433.1) ๓๐๐ บาทต่อวัน (๒) รายกลุ่ม (H9433.2) ๑๕๐ บาท ต่อคนต่อวัน ๖. ฟื้นฟูการได้ยิน รายบุคคล (H9549) ๑๕๐ บาทต่อวัน	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		๗. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น (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) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ 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 หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด 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 สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

(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 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 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

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) บริการพอกเข่า

(ฉ) การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด ตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย

(ช) การใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

(๒) บริการการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (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 หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนดตามเอกสารหมายเลข 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 หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด 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
๑. บริการการแพทย์แผนไทย ๑.๑ บริการนวด บริการประคบ บริการนวดและประคบ บริการอบสมุนไพร และบริการพอกเข่า	๑. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการการแพทย์แผนไทย ๒. ผู้ที่มีอาการปวดเข่าจากภาวะเข่าเสื่อม (OA Knee) หรือโรคลมจับโปงแห้งเข่า อายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป	๑. หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ ๒. หน่วยบริการตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และมีศักยภาพตามมาตรฐานบริการนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการหรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่กรมการแพทย์	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ตามอัตราที่กำหนดดังต่อไปนี้ ๑. บริการนวด 200 point/ครั้ง ๒. บริการประคบ 150 point/ครั้ง ๓. บริการนวดและประคบ 250 point/ครั้ง ๔. บริการอบสมุนไพร 120 point/ครั้ง ๕. บริการพอกเข่า 100 point/ครั้ง	๑. มีรหัสโรคตาม ICD-10 หรือ ICD-10 ThaiMed และบันทึกรายการยาสมุนไพรตามรหัสยามาตรฐานไทย หรือรหัสยามาตรฐานไทยสำหรับยาแผนไทย (TMT หรือ TTMT) ตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้ ๒. การให้บริการประเภทบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ไม่เกินวันละ ๑ ครั้ง ๓. ประมวลผลจ่าย ๑ งวด ภายในไตรมาส ๔ ของปีงบประมาณ หมายเหตุ ๑. บริการนวด บริการประคบ บริการนวดและประคบ ภายในวันเดียวกัน หน่วยบริการจะได้รับการจ่ายเพียงรายการใดรายการหนึ่งเท่านั้น ๒. กรณีบริการนวด บริการนวดและประคบเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ ๒.๑ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการ ตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกัน

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
		แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือกกำหนด		สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน 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. กรณีบริการพอกเข่า ให้บริการนวด ร่วมกับการพอกเข่าไม่เกินวันละ ๑ ครั้ง รวมไม่เกิน ๕ ครั้ง ภายใน ๒ สัปดาห์ และมีรหัสหัตถการการแพทย์แผนไทย ครบ ๔ กิจกรรมต่อครั้ง ดังต่อไปนี้

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
				๘๗๒-๗๘-๑๑, ๘๗๓-๗๘-๑๑, ๘๗๔-๗๘-๑๑, ๘๗๓-๗๘-๓๕
๑.๒ การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย	มารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการการแพทย์แผนไทย	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ	จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามจำนวนผลงานบริการการแพทย์แผนไทย ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) อัตรา 500 point ต่อครั้ง	๑. มีรหัสโรคตาม ICD-10 หรือ ICD-10 ThaiMed และบันทึกรายการยาสมุนไพรตามรหัสยามาตรฐานไทย หรือรหัสยามาตรฐานไทยสำหรับยาแผนไทย (TMT หรือ TTMT) ครบ ๕ กิจกรรมต่อครั้ง ดังต่อไปนี้ ๙๐๐๗๗๑๒, ๙๐๐๗๗๑๓, ๙๐๐๗๗๑๔, ๙๐๐๗๗๑๖, ๙๐๐๗๗๓๐ รวมไม่เกิน ๕ ครั้ง/๓ เดือน ๒. การให้บริการประเภทบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปภายในเวลา ๓ เดือน หลังคลอด ไม่เกินวันละ ๑ ครั้ง ๓. ประมวลผลจ่าย ๑ งวด ภายในไตรมาส ๔ ของปีงบประมาณ
๑.๓ บริการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ	๑. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคโดยมีการสั่งการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ๒. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง พาร์กินสัน	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ	เหมาจ่ายตามผลงานบริการ โดยแบ่งเป็น ๓ ส่วน ดังต่อไปนี้ ๑. ยาสมุนไพรที่ใช้กับโรคที่พบบ่อย (Common disease) และกัญชาทางการแพทย์ จำนวน ๓๒ รายการ จ่ายตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา	๑. มีรหัสโรคตาม ICD-10 หรือ ICD-10 ThaiMed และบันทึกรายการยาสมุนไพรตามรหัสยามาตรฐานไทย หรือรหัสยามาตรฐานไทยสำหรับยาแผนไทย (TMT หรือ TTMT)

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
	และไมเกรน โดยมีการใช้น้ำมันกัญชา ๓. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก และผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีการใช้สารสกัดกัญชา		ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ในอัตรา Point ละ ๑ บาท ดังนี้ ๑.๑ ยาไพล - ยาไพล ๔๐ บาท ต่อ course การรักษา - ยาขี้ผึ้งไพลสูตรตำรับที่ ๑, ๒ ๔๓ บาท ต่อ course การรักษา - ยาน้ำมันไพล ๔๐ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๒ ยาเถาวัลย์เปรียง - ยาเถาวัลย์เปรียง ๖๐ บาท ต่อ course การรักษา - ยาสารสกัดจากเถาวัลย์เปรียง ๓๒ บาท ต่อ course การรักษา - ยาผสมเถาวัลย์เปรียง (สูตรตำรับที่ ๑) ๘๖.๕๐ บาท ต่อ course การรักษา - ยาผสมเถาวัลย์เปรียง (สูตรตำรับที่ ๒) ๘๖.๕๐ บาท ต่อ course การรักษา	๒. รูปแบบยา เงื่อนไขการสั่งจ่ายยาบัญชีรายการยาเฉพาะ และบัญชีรายการยาพิเศษ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ด้านสมุนไพร เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร ๓. การสั่งใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ด้านสมุนไพร ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด และสำนักงานจ่ายค่าบริการประเภทบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ต่อ course การรักษาตามแนวทางที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด ๔. ข้อบ่งใช้สำหรับสารสกัดน้ำมันกัญชา บัญชีรายการยาเฉพาะ และบัญชีรายการยาพิเศษ ดังนี้ ๔.๑ ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ความแรงไม่เกิน 0.5 mg/drop ขนาด 5 ml.ปริมาณการใช้ยา ๒ ขวดต่อคนต่อเดือน และความแรง

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
			๑.๓ ยาประคบ (ยาประคบสมุนไพรสด, ยาประคบสมุนไพรแห้ง) ๑๐๐ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๔ ยาสหัศธารา ๗๓ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๕ ยาปราบชมพูทวีป ๑๗๐ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๖ ยาฟ้าทะลายโจร - ยาฟ้าทะลายโจร (ผงจากส่วนเหนือดิน) ๙๒ บาท ต่อ course การรักษา - ยาฟ้าทะลายโจร (สารสกัด) ๑๓๖.๕๐ บาท ต่อ course การรักษา - ยาฟ้าทะลายโจร (ผงจากส่วนเหนือดินที่ควบคุม Andrographolide) ๑๓๖.๕๐ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๗ ยาแก้ไอผสมมะขามป้อม (สูตรตำรับที่ ๑, ๒) ๘๔ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๘ ยาประสะมะแว้ง ๕๐ บาท ต่อ course การรักษา	ไม่เกิน 3 mg/drop ขนาด 10 ml. ปริมาณการใช้ยา ๑ ขวดต่อคนต่อเดือน โดยใช้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ๔.๒ ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) ในอัตราสวน ๑:๑ ขนาด 5 ml. ปริมาณการใช้ยา ๒ ขวดต่อคนต่อเดือน ใช้รักษาเสริมในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายที่มีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หรือมีอาการปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่รักษาด้วยยามาตรฐานไม่ได้ หรือไม่ได้ผล 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.

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
			๑.๙ ยาธาตุอบเชย ๘๔ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๑๐ ยาขมิ้นชัน - ยาขมิ้นชัน ๕๖ บาท ต่อ course การรักษา - ยาสารสกัดขมิ้นชัน ๑๙๑.๕๐ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๑๑ ยามะขามแขก ๓๑.๕๐ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๑๒ ยาผสมเพชรสังฆาต (สูตรที่ ๑, ๒) ๒๐๔ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๑๓ ยาขิง ๘๔ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๑๔ ยาหอมนวโกฐ ๗๐ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๑๕ ยาว่านหางจระเข้ ๕๓ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๑๖ ยาเปลือกมังคุด ๓๐.๕๐ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๑๗ ยาพญายอ ๓๓ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๑๘ ยาทิงเจอร์ทองพันชั่ง ๔๘ บาท ต่อ course การรักษา	กรณีโรคลมชักที่รักษายากและโรคลมชักที่ดื้อต่อการรักษา ๕. การจ่ายค่าใช้จ่าย ๕.๑ ยาสมุนไพรที่ใช้กับโรคที่พบบ่อย (Common disease) และกัญชาทางการแพทย์ จำนวน ๓๒ รายการ ประมวลผลจ่ายเดือนละ ๒ ครั้ง ๕.๒ การจ่ายตามเกณฑ์ผลลัพธ์บริการสำหรับหน่วยบริการที่สามารถใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ๑๐๐% ที่ผ่านการตรวจสอบตามที่สำนักงานกำหนด ๕.๓ ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือจาก ๕.๑ ประมวลผลจ่าย ๑ งวด ภายในไตรมาส ๔ ของปีงบประมาณ

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
			๑.๑๙ ยาแก้ลมแก้เส้น - ยาแก้ลมแก้เส้น (ยาแคปซูล) ๔๒๐ บาท ต่อ course การรักษา - ยาแก้ลมแก้เส้น (ยาผง) ๓๙๐ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๒๐ ยาทำลายพระสุเมรุ - ยาทำลายพระสุเมรุ (ยาแคปซูล) ๒๗๐ บาท ต่อ course การรักษา - ยาทำลายพระสุเมรุ (ยาผง) ๒๔๐ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๒๑ ยาศุขไสยาศน์ - ยาศุขไสยาศน์ (ยาแคปซูล) ๔๒๐ บาท ต่อ course การรักษา - ยาศุขไสยาศน์ (ยาผง) ๓๓๐ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๒๒ ยาน้ำมันกัญชาที่ผลิตจากช่อดอกซึ่งยามี delta-9-tetrahydrocannabinol(THC) 2.0 mg/ml ๓๔๔ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๒๓ ยาน้ำมันกัญชาทั้งห้า ๖๐๐ บาท ต่อ course การรักษา	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
			๑.๒๔ ยาน้ำมันสารสกัดกัญชา ที่มี cannabidiol (CBD) 100 mg/ml และมี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ในอัตราส่วนที่ CBD:THC มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐:๑ (ยาหยดในช่องปาก หรือเยื่อบุในช่องปาก) - ขนาด 10 ml จ่ายในอัตรา ๒,๐๐๐ บาทต่อขวด อัตราจ่ายตามปริมาณการใช้ยาตามจริง - ขนาด 30 ml จ่ายในอัตรา ๖,๐๐๐ บาทต่อขวด อัตราจ่ายตามปริมาณการใช้ยาตามจริง ๑.๒๕ ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD) ในอัตราส่วน ๑:๑ ๑,๘๐๐ บาท ต่อ course การรักษา ๑.๒๖ ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่มี delta-9 tetrahydrocannabinol (THC) (ยาหยดในช่องปาก หรือเยื่อบุในช่องปาก)	

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

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
			๒. เหมาจ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ผลลัพธ์บริการ จำนวนไม่เกิน ๖๐ ล้านบาท สำหรับหน่วยบริการที่สามารถใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ๑๐๐% (ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด) ตามจำนวนรายการยาแผนปัจจุบัน ดังนี้ ๒.๑ กลุ่มที่ ๑ หน่วยบริการที่สามารถใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวน ๓ รายการ เหมาจ่าย ๕๐,๐๐๐ บาท/แห่ง ๒.๒ กลุ่มที่ ๒ หน่วยบริการที่สามารถใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวน ๔ รายการ เหมาจ่าย ๑๐๐,๐๐๐ บาท/แห่ง ๒.๓ กลุ่มที่ ๓ หน่วยบริการที่สามารถใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน อย่างน้อย ๕ รายการ เหมาจ่าย ๒๐๐,๐๐๐ บาท/แห่ง	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
			๓. ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายการที่เหลือจากข้อ ๑ จ่ายตามรายการบริการ ต่อ course การรักษา ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ดังนี้ ๓.๑ ยาตรีผลา 65 point ต่อ course การรักษา ๓.๒ ยาบัวบก - ยาบัวบก (ยาแคปซูล ยาชง) 28 point ต่อ course การรักษา - ยาบัวบก (ยาภายนอก) 41 point ต่อ course การรักษา ๓.๓ ยาหญ้าปักกิ่ง 27 point ต่อ course การรักษา ๓.๔ ยาสเปรย์กระดูกไก่ดำ 84 point ต่อ course การรักษา ๓.๕ ยารางจืด 73 point ต่อ course การรักษา ๓.๖ ยาหญ้าหนวดแมว 42 point ต่อ course การรักษา	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
			๓.๗ ยาผสมหญ้าดอกขาว 315 point ต่อ course การรักษา ๓.๘ ยาหญ้าดอกขาว 315 point ต่อ course การรักษา ๓.๙ ยาชุมเห็ดเทศ 60.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๑๐ ยาประสะไพล 67.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๑๑ ยาธรณีสันฑะฆาต 204 point ต่อ course การรักษา ๓.๑๒ ยาธาตุบรรจบ 104.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๑๓ ยาจันทลีลา 97 point ต่อ course การรักษา ๓.๑๔ ยาห้ารากา 48 point ต่อ course การรักษา ๓.๑๕ ยาหอมทิพโอสถ 98 point ต่อ course การรักษา ๓.๑๖ ยาหอมแก้ลมวิงเวียน 63 point ต่อ course การรักษา ๓.๑๗ ยาหอมอินทจักร์ 175 point ต่อ course การรักษา	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
			๓.๑๘ ยาเบญจกูล 108 point ต่อ course การรักษา ๓.๑๙ ยาประสะเจตพังคี 48.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๒๐ ยาประสะเปราะใหญ่ 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 ยามหาจักรใหญ่ 35.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๒๔ ยามันทธาตุ 104.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๒๕ ยาวิสัมพยาใหญ่ 50.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๒๖ ยาอภัยสาลี 54 point ต่อ course การรักษา ๓.๒๗ ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง 48 point ต่อ course การรักษา ๓.๒๘ ยาริดสีดวงมหากาฬ 204 point ต่อ course การรักษา	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
			๓.๒๙ ยาเลือดงาม 264.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๐ ยาไฟประลัยกัลป์ 167.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๑ ยาไฟห้ากอง 167.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๒ ยาปลูกไฟธาตุ 167.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๓ ยาสตรีหลังคลอด 167.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๔ ยาประสะจันทน์แดง 177.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๕ ยามหานิลแท่งทอง 37.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๖ ยาแก้ไอผสมกานพลู 19 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๗ ยาแก้ไอผสมมะนาวดอง 17 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๘ ยาแก้ไอพื้นบ้านอีสาน 43 point ต่อ course การรักษา ๓.๓๙ ยาอำมฤควาที 206 point ต่อ course การรักษา	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
			๓.๔๐ ยาบำรุงโลหิต 218 point ต่อ course การรักษา ๓.๔๑ ยาแก้ลมอัมพฤกษ์ 259 point ต่อ course การรักษา ๓.๔๒ ยากษัยเส้น 207.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๔๓ ยาผสมโคคลาน (สูตรตำรับที่ ๑, ๒, ๓) 59.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๔๔ ยาตรีเกสรมาส 95 point ต่อ course การรักษา ๓.๔๕ ยาตรีพิกัด 109 point ต่อ course การรักษา ๓.๔๖ ยาทิงเจอรพลู 69.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๔๗ ยากระเจี๊ยบแดง 166.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๔๘ ยาทาขมิ้นชันและกัญชา 300 point ต่อ course การรักษา ๓.๔๙ ยาบรรเทาริดสีดวงทวารหนัก 204 point ต่อ course การรักษา	

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
			๓.๕๐ ยาอัมฤตย์โอสถ 207.50 point ต่อ course การรักษา ๓.๕๑ ยาเมล็ดน้อยหน่า 30 point ต่อ course การรักษา ๓.๕๒ ยาทาแก้เชื้อราที่เล็บ 48 point ต่อ course การรักษา ๓.๕๓ ยาประสะกัญชา 330 point ต่อ course การรักษา ๓.๕๔ ยาบำรุงน้ำนม 93 point ต่อ course การรักษา ๓.๕๕ ยาทาพระเส้น 97 point ต่อ course การรักษา	
๒. บริการการแพทย์ทางเลือก โดยการให้บริการฝังเข็ม หรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า	ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการฝังเข็ม หรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า และให้บริการโดยแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝังเข็ม ๓ เดือน ที่รับรองโดยกระทรวงสาธารณสุข หรือแพทย์แผนจีน	๑. จ่ายตามรายการบริการในอัตรา ครั้งละ ๑๕๐ บาท รวมค่าเข็ม ค่ากระตุ้นไฟฟ้า และค่าบริการทางการแพทย์ ๒. จ่ายตามมาตรฐานบริการ ในอัตรา ๑,๐๐๐ บาท	๑. เป็นการให้บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า ควบคู่ไปกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งแบบผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอกที่บ้าน หรือที่พักอาศัยของผู้ป่วยระยะกลาง ตามแนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ของกระทรวงสาธารณสุข

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
		ที่ขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน		๒. เป็นผู้ป่วยระยะกลางและเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล น้อยกว่า ๑๕ หรือ ตั้งแต่ ๑๕ แต่มีความบกพร่องหลายระบบร่วมด้วย ๓. การให้บริการฝังเข็มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ควรให้บริการอย่างน้อย ๑ ถึง ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง และประเมินซ้ำเมื่อครบ ๑๐ ครั้ง เพื่อพิจารณารักษาต่ออีก ๑๐ ครั้ง รวมเป็น ๒๐ ครั้ง ทั้งนี้ อาจฝังเข็มห่างขึ้นตามดุลยพินิจของแพทย์ โดยเป็นไปตามแนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูของกระทรวงสาธารณสุข ๔. การจ่ายตามรายการบริการรวมค่าเข็ม ค่ากระตุ้นไฟฟ้า และค่าบริการทางการแพทย์ไม่เกิน ๒๐ ครั้ง ภายในระยะเวลา ๖ เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง โดยต้องมีการประเมินและบันทึกค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอลร่วมด้วยทุกครั้ง

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขการจ่าย
				ที่ให้บริการ และหากมีการให้บริการหลายหน่วยบริการให้นับจำนวนครั้งการให้บริการต่อเนื่องกัน ๕. การจ่ายตามมาตรฐานบริการ เมื่อหน่วยบริการสามารถให้บริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้า ในผู้รับบริการรายเดิมครบ ๒๐ ครั้ง เฉพาะในหน่วยบริการเดียวกัน

การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย และการกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๑. บริการการแพทย์แผนไทย ๑.๑ บริการนวด บริการประคบ บริการนวดและประคบ บริการอบสมุนไพร และบริการพอกเข่า	๑. หน่วยบริการในพื้นที่สำนักงานเขต ๑ - ๑๒ บันทึกและส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (๔๓ แฟ้ม) ผ่านระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP individual records http://op.nhso.go.th/op/) ๒. หน่วยบริการในพื้นที่สำนักงานเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร บันทึกและส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) ๓. กรณีบริการนวด บริการนวดและประคบเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ สถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม ตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ที่มีศักยภาพตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานบริการนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการหรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด บันทึกและส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านโปรแกรม Disability portal	๑. ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (๔๓ แฟ้ม) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด ๒. ตรวจสอบพบกลุ่มเป้าหมายตามที่สำนักงานกำหนด และมีข้อบ่งชี้ตามมาตรฐานการแพทย์แผนไทย ๓. ตรวจสอบพบบันทึกหลักฐานการให้บริการตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ การให้บริการในแต่ละรายการต้องเป็นการให้บริการตามมาตรฐานการแพทย์แผนไทย และจำนวนครั้งของการให้บริการตามที่สำนักงานกำหนด

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๑.๒ การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอดตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย	๑. หน่วยบริการในพื้นที่สำนักงานเขต ๑-๑๒ บันทึกและส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (๔๓ แฟ้ม) ผ่านระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP individual records http://op.nhso.go.th/op/) ๒. หน่วยบริการในพื้นที่สำนักงานเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร บันทึกและส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)	๑. ตรวจสอบพบการให้บริการในหญิงหลังคลอดภายในเวลา ๓ เดือน ๒. ตรวจสอบพบบันทึกหลักฐานการให้บริการที่เป็นไปตามแนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ จำนวนครั้งของการให้บริการและการให้บริการในแต่ละครั้งต้องมีกิจกรรมครบตามที่สำนักงานกำหนด
๑.๓ การใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ	หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)	๑. ตรวจสอบพบการวินิจฉัยและการสั่งจ่ายยาเป็นไปตามที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด ๒. ในกรณีที่เป็นสมุนไพร จ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) ตรวจสอบพบจำนวนของยาที่สั่งจ่ายตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ๓. กรณีการใช้ยาน้ำมันกัญชา ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการและการสั่งจ่ายยาที่ระบุประเภทของน้ำมันกัญชาและยาสมุนไพรที่มีส่วนผสมของกัญชา จำนวนของยาที่สั่งจ่าย ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนและข้อบ่งชี้ของการสั่งจ่ายยาในแต่ละขนานต้องเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๒. บริการการแพทย์ทางเลือกโดยการให้ฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)	๑. ตรวจสอบพบการให้บริการในผู้ป่วยที่มีโรคและภาวะของโรคตามที่สำนักงานกำหนด ๒. ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการและกิจกรรมบริการ ที่มีลายมือชื่อของบุคลากรที่ให้บริการที่มีคุณสมบัติตามที่สำนักงานกำหนด ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนครั้งและช่วงเวลาของการให้บริการเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด ๓. ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการที่มีการบันทึกการให้บริการ รายละเอียดตำแหน่ง และระยะเวลาของการให้บริการในแต่ละครั้ง โดยต้องมีการประเมินและบันทึกค่า Barthel ADL index ร่วมด้วยทุกครั้งที่ให้บริการ ๔. ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการแก่ผู้ป่วยรายเดิมครบ ๒๐ ครั้งในหน่วยบริการเดียวกัน และพบหลักฐานการประเมินและบันทึกค่า Barthel index (BI) ร่วมด้วยทุกครั้งที่ให้บริการ ในกรณีที่จ่ายตามมาตรฐานบริการในอัตรา ๑,๐๐๐ บาท

รหัสหัตถการการแพทย์แผนไทย

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
นวด	๑๐๐-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ศีรษะ
	๑๕๔-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ใบหน้า
	๓๐๒-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่เต้านม
	๔๐๐-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่หน้าท้อง
	๕๙๐-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่หลัง
	๕๙๐-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่หลัง
	๕๙๐-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่หลัง
	๕๙๐-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่หลัง
	๕๙๐-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่หลัง
	๕๙๐-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่หลัง
	๕๙๐-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่หลัง
	๗๒๑-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ไหล่ บ่า

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	๗๒๑-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ไหล่ บ่า
	๗๒๒-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ต้นแขน
	๗๒๔-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่แขน
	๗๒๔-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่แขน
	๗๒๕-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ข้อมือ
	๗๒๖-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่มือ
	๗๒๖-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่มือ
	๘๗๑-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่สะโพก 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	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ต้นขา
	๘๗๓-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่หัวเข่า
	๘๗๔-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ขา
	๘๗๔-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ขา
	๘๗๕-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ข้อเท้า
	๘๗๖-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่เท้า

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	๘๗๖-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่เท้า
	๙๐๐-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๗-๑๒	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการทับหม้อเกลือที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๗-๓๐	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการปฏิบัติตัวสำหรับหลังคลอดที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ทั่วร่างกาย
	๙๙๙-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	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	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ศีรษะ
	๑๕๔-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ใบหน้า

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	๓๐๒-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่เต้านม
	๔๐๐-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่หน้าท้อง
	๕๙๐-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่หลัง
	๕๙๐-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่หลัง
	๕๙๐-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่หลัง
	๕๙๐-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่หลัง
	๕๙๐-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่หลัง
	๗๒๑-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ไหล่ บ่า
	๗๒๒-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ต้นแขน
	๗๒๔-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่แขน
	๗๒๔-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่แขน
	๗๒๕-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ข้อมือ
	๗๒๖-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่มือ
	๗๒๖-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่มือ

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	๗๒๖-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่มือ
	๘๗๑-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่สะโพก เอว
	๘๗๒-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ต้นขา
	๘๗๓-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่หัวเข่า
	๘๗๔-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ขา
	๘๗๔-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ขา
	๘๗๕-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ข้อเท้า
	๘๗๖-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่เท้า
	๘๗๖-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่เท้า

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	๘๗๖-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่เท้า
	๙๐๐-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ทั่วร่างกาย
	๙๙๙-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ไม่ระบุตำแหน่ง
อบสมุนไพร	๙๐๐-๗๗-๑๕	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการเข้ากระโจมที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๗-๑๖	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการอบไอน้ำสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๐๐	การอบไอน้ำสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๐๒	การเข้ากระโจมที่ทั่วร่างกาย
พอกเข่า	๘๗๒-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ต้นขา (ระหว่างสะโพกถึงหัวเข่า)
	๘๗๓-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่หัวเข่า
	๘๗๔-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ขาท่อนล่าง (ระหว่างหัวเข่าถึงข้อเท้า)
	๘๗๓-๗๘-๓๕	การพอกยาสมุนไพร

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๑๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อให้การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๔๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๑๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“สำนักงานเขต” หมายความว่า สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

(๒) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่ขึ้นทะเบียนใหม่ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน จะไม่ได้รับค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้

ทั้งนี้ สำนักงานจะแจ้งการจัดสรรค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่งให้หน่วยบริการทราบ

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์

ข้อ ๗ การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการเสนอแผนการจ่ายเงินและรายการของค่าใช้จ่ายตามรายการผ่านระบบรายงานการใช้เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม) โดยมีขั้นตอนการจัดสรรค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์

ข้อ ๘ การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ได้รับการจัดสรรค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน จัดทำแผนการจ่ายเงินและรายการของค่าใช้จ่ายตามรายการของประกาศกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข การจัดสรรบริหารเงินระดับเขต ร้อยละ ๑๐๐ ของค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน โดยให้คณะกรรมการเขตสุขภาพเสนอแผนการจ่ายเงินและรายการของค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการทุกระดับเพื่อให้สำนักงานเขตพิจารณา

(๒) หน่วยบริการสังกัดอื่นนอกจาก (๑) ให้จัดทำแผนการจ่ายเงินและรายการของค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

(ก) หน่วยบริการในพื้นที่สำนักงานเขต ๑ ถึง ๑๓ ให้หน่วยบริการจัดทำแผนการจ่ายเงินและรายการของค่าใช้จ่าย ยกเว้นหน่วยบริการซึ่งเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยให้สำนักงานเขตพิจารณาจ่ายตามแผนการดำเนินการของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร

(ข) หน่วยบริการในสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ จัดสรรเป็นภาพรวมให้กับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ โดยให้จัดทำแผนการจ่ายเงินและรายการของค่าใช้จ่าย เพื่อส่งให้สำนักงานพิจารณา

ข้อ ๙ ให้หน่วยบริการจัดเก็บเอกสารหลักฐานการดำเนินการจัดซื้อ จัดหา และรายงานผลการจัดซื้อ จัดหา ผ่านทางระบบรายงานการใช้เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม) ตามระเบียบของหน่วยบริการไว้เพื่อการตรวจสอบ

ข้อ ๑๐ ให้สำนักงานเขตติดตามผลการดำเนินงานตามแผนการจ่ายเงินและรายการของค่าใช้จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนตามระยะเวลาที่กำหนดในโครงการหรือแผนงานของหน่วยบริการ ผ่านระบบรายงานการใช้เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม)

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๑ การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ ที่ได้ดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการดำเนินการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขั้นตอนการจัดสรรค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

ลำดับที่	ขั้นตอนการดำเนินงาน
๑.	**<u>สำนักงานแจ้งการจัดสรร</u>** สำนักงานแจ้งการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการทั่วประเทศทราบ โดยแจ้งผ่านสำนักงานเขต และให้สำนักงานเขตตรวจสอบตัวเลขการจัดสรรและแจ้งยืนยันตัวเลขการจัดสรรในเขตที่รับผิดชอบให้สำนักงานทราบ
๒.	**<u>สำนักงานเขตแจ้งตัวเลขการจัดสรร</u>** ๑. สำนักงานเขตแจ้งตัวเลขการจัดสรรให้หน่วยบริการในพื้นที่เขตรับผิดชอบจัดทำแผนการจ่ายเงินและรายการของค่าใช้จ่ายตามรายการในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงินและรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ผ่านระบบรายงานการใช้เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม) ๒. กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงรายการแผนสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่สำนักงานเขต ๑ ถึง ๑๓ ให้หน่วยบริการแจ้งสำนักงานเขตเพื่อพิจารณา สำหรับกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศให้แจ้งมายังสำนักงานเพื่อพิจารณา และเมื่อได้รับการเปลี่ยนแปลงให้ปรับปรุงรายการในระบบรายงานการใช้เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม) ๓. สำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่น (ยกเว้นหน่วยบริการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) และภาคเอกชนที่ยังไม่ได้ทำข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขหรือสัญญาให้บริการสาธารณสุข ที่เป็นรูปแบบที่ใช้ในปัจจุบันต้องมีหนังสือแสดงความจำนงด้วย โดยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้ ๓.๑ เมื่อต้นสังกัดของหน่วยบริการ และหน่วยบริการได้รับแจ้งวงเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนที่ได้รับจัดสรร ให้จัดทำหนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ตามแบบหนังสือแสดงความจำนง จำนวน ๒ ชุด พร้อมแนบแผนการบริหารเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนที่ยื่นต่อสำนักงานเขต ๑ ถึง ๑๓ เพื่อพิจารณา ๓.๒ สำนักงานเขตหรือสำนักงาน จัดเก็บหนังสือแสดงความจำนง ต้นฉบับไว้ และคืนคู่ฉบับให้หน่วยบริการ ๓.๓ สำนักงานเขต ส่งหนังสือแสดงความจำนงฉบับจริง และรายละเอียดแผนบริหารเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ให้สำนักงานเพื่อใช้เป็นหลักฐานประกอบการโอนเงินให้หน่วยบริการต่อไป ๓.๔ กรณีหน่วยบริการที่เข้าใหม่ กรณีเป็นภาครัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต้องจัดทำข้อตกลงให้บริการสาธารณสุขหรือสัญญาให้บริการสาธารณสุขกรณีเป็นภาคเอกชน พร้อมทั้งแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีคู่ฝากของหน่วยบริการที่เป็นบัญชีของธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร จำนวน ๒ ชุด ส่งไปที่สำนักงานเขต

ลำดับที่	ขั้นตอนการดำเนินงาน
๓.	**<u>หน่วยบริการได้รับเงินโอน</u>** เมื่อหน่วยบริการได้รับเงินโอน ให้เร่งรัดการดำเนินการจัดซื้อ จัดหา ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ หรือตามระเบียบของหน่วยบริการต่อไป และรายงานความก้าวหน้าการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างผ่านระบบรายงานการใช้จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม)

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 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

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 บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซีในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 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) ค่าบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีด้วย Anti-HCV ทั้งแบบชุดตรวจเร็วและเครื่องอัตโนมัติ และการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีสำหรับผู้รับบริการที่มีผล 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) กรณีการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีให้บันทึกข้อมูลผ่านระบบ 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 สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๑ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๒ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๔ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบหลักฐานการให้บริการ การบันทึกรายกิจกรรม การสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๒) ตรวจพบหลักฐานการสั่งจ่ายยาที่ระบุชื่อยาและจำนวนของยา ตามรายการที่สำนักงานสนับสนุน

(๓) ตรวจพบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนครั้งในการตรวจและข้อบ่งชี้ในการตรวจ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

ข้อ ๑๕ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๑๔

ข้อ ๑๖ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๒
บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๗ การให้บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นหน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยงาน หรือองค์กร ดังต่อไปนี้

(ก) หน่วยบริการที่มีศักยภาพด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

(ข) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม ที่เป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

(ค) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่เป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

(ง) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน

(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 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

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

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

(ค) การให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Test) โดยให้จัดหน่วยบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ซึ่งอาจจัดกิจกรรมรณรงค์ร่วมด้วย และมีการประสานการดำเนินงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการเชิงรุก

(ง) การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Treat) จัดการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และให้ข้อมูลความรู้เรื่องประโยชน์ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสหลังจากการวินิจฉัยโดยเร็ว

(จ) การติดตามดูแลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มผู้รับบริการหลักคงอยู่ในระบบการรักษาและการป้องกัน (Retain) ดังต่อไปนี้

๑) การติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่เริ่มรับยา หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการรักษาให้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง (Retain positive) โดยการประสานงานระหว่างหน่วยบริการและผู้ให้บริการเชิงรุกด้วยเงื่อนไขของการรักษาความลับของผู้รับบริการ

๒) การจัดระบบกระตุ้นให้ผู้ที่ผลตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นลบมารับบริการให้คำปรึกษา ถุงยางอนามัย หรือยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) หรือการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสม่ำเสมอ และชวนคู่มาตรวจเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 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 กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน 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 แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยงาน หรือองค์กรที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยงาน หรือองค์กรดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๒ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๓ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๒๒ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๔ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๓ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๒๕ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

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

(๒) ตรวจพบหลักฐานรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๒๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๒๕

ข้อ ๒๗ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข 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 หญิงตั้งครรภ์และคู่ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์

(ข) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม

ข้อ ๒๙ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งดำเนินการโดยศูนย์องค์รวมตามข้อ ๒๘ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

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

(ก) สร้างความเข้าใจเรื่องการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี การประเมินความเสี่ยงของตนเองและคู่ต่อการติดเชื้อเอชไอวี

(ข) ให้ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีและถุงยางอนามัย

(ค) ส่งเสริมการเข้าถึงการตรวจเลือดโดยสมัครใจที่สะดวกรู้ผลในวันเดียว

(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 สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อได้ปรับเปลี่ยนสูตรยาตามมาตรฐาน

๔) ส่งเสริมการเข้าถึง การตรวจคัดกรอง การป้องกัน การรักษาโรคฉวยโอกาส โรคร่วม การติดเชื้อร่วม เช่น โรคไวรัสตับอักเสบ บี 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) ตรวจพบหลักฐานการบันทึกการให้บริการให้ความรู้ การปรึกษา การให้คำแนะนำรายบุคคลหรือแบบกลุ่มในคลินิกฝากครรภ์ คลินิกวัณโรค คลินิกยาต้านไวรัส และในชุมชน แก่คู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ตามรายการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๒) ตรวจพบหลักฐานการบันทึกการให้บริการให้ความรู้ การปรึกษา การให้คำแนะนำรายบุคคลหรือแบบกลุ่ม บันทึกการติดตามสนับสนุนการคงอยู่ในระบบบริการ และบันทึกบริการติดตามเยี่ยมบ้านตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๓๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๓๖

ข้อ ๓๘ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข หรือดำเนินการตามเงื่อนไขในสัญญาดำเนินโครงการกรณีดำเนินการโดยองค์กรชุมชน องค์กรเอกชน หรือภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร

หมวด ๔
กรณีการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส และบริการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๙ การให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส และบริการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นหน่วยบริการ หรือเครือข่ายหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(ก) หน่วยบริการที่มีศักยภาพด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส หรือด้านการให้การปรึกษาเพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

(ข) หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test)

(ค) เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ที่ดำเนินการจัดหายา 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) ค่าบริการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ที่รับยา 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 ดำเนินการโดยเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่ดำเนินการจัดหายา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษสนับสนุนยาต้านไวรัสเอชไอวีให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(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) ค่าตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีด้วย Anti-HCV ทั้งแบบชุดตรวจเร็วและเครื่องอัตโนมัติ และการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีสำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นบวกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์ ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ

๙) ค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับโรคหนองในและหนองในเทียม จ่ายในอัตรา ๒๔๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ

๑๐) ค่าตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส อัตราการจ่ายให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ

๑๑) ค่าตรวจหาการตั้งครรภ์ จ่ายในอัตรา ๗๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ

๑๒) ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ ตามแนวทางการตรวจ รักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย โดยเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่ดำเนินการจัดหายา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ สนับสนุนยาต้านไวรัสเอชไอวีให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๑ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตราฐาน 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 หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๔๖ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบหลักฐานการให้บริการ การบันทึกรายกิจกรรม การสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๒) ตรวจพบหลักฐานการสั่งจ่ายยาที่ระบุชื่อยาและจำนวนของยา หรือหลักฐานการจ่ายถุงยางอนามัยตามรายการที่สำนักงานสนับสนุน

(๓) ตรวจพบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนครั้งในการตรวจและข้อบ่งชี้ในการตรวจเป็นไปตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

ข้อ ๔๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๔๖

ข้อ ๔๘ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ 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 และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

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 เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 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

“คณะกรรมการไตระดับเขต” หมายความว่า คณะกรรมการสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงการบริการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมระดับเขตที่สำนักงานแต่งตั้ง

“คณะกรรมการไตระดับประเทศ” 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 มีสิทธิขอทบทวนเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตต่อคณะกรรมการไตระดับประเทศ ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ ผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่การบำบัดทดแทนไตตั้งแต่วันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ซึ่งไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์หรือไม่มีเหตุผลความจำเป็นของครอบครัว ให้ผู้ป่วยดังกล่าวได้รับสิทธิบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือการปลูกถ่ายไต หรือการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ และหน่วยบริการบำบัดทดแทนไตมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้

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

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ต้องผ่านการพิจารณาให้ผู้ป่วยรายใหม่ได้รับสิทธิเข้าถึงวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมจากคณะกรรมการไตระดับเขต รวมทั้งการพิจารณาเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต (Shift Mode) โดยให้นำข้อมูลจากกระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการบำบัดทดแทนไตที่หน่วยบริการบำบัดทดแทนไตเสนอมาประกอบการพิจารณา และผู้ป่วยมีสิทธิขอทบทวนผลการพิจารณาของคณะกรรมการไตระดับเขต เกี่ยวกับวิธีการบำบัดทดแทนไตต่อคณะกรรมการไตระดับประเทศได้

ข้อ ๗ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต ประกอบด้วย รายการบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) การล้างไตผ่านทางช่องท้อง ประกอบด้วย การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ 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) ประกอบด้วยบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ป่วยรายใหม่ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย PD First ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ ๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗ อย่างครบถ้วน และเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต (Share Decision Making) ตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุข และให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาให้สิทธิบำบัดทดแทนไตของคณะกรรมการไตระดับเขต

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

สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาให้สิทธิการบำบัดทดแทนไตของคณะกรรมการไตระดับเขต และผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) รายเดิมที่เป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง (Self-pay) มีสิทธิยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการไตระดับประเทศ โดยให้ยื่นคำอุทธรณ์ผ่านหน่วยบริการและหน่วยบริการส่งต่อข้อมูลไปยังสำนักงานสาขาของสำนักงานที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนอยู่

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

(ก) กรณีเร่งด่วนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยใช้เกณฑ์ตามข้อ ๑ (๔) (ข) มาใช้บังคับโดยอนุโลม ให้หน่วยบริการตามข้อ (๓) พิจารณาดำเนินการ และแจ้งขออนุมัติจากคณะกรรมการไตระดับเขตโดยเร็ว

(ข) กรณีผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

(๓) หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องต้องผ่านการตรวจประเมินความพร้อมและเห็นชอบจากสำนักงานก่อนให้บริการผู้ป่วย

(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 หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูรีเมีย

๔) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย

๕) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูรีเมีย

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

๑) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ” เมื่อตั้งคำถามและตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะแปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในปีหน้า” 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 ถุงต่อวัน

๒) จุกปิดกันเชื้อ

๓) ตลับสาย

๔) สายล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายผ่านระบบการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรม ให้แก่ผู้ป่วยรายใหม่และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน

๕) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ

๖) สำนักงานจัดหาเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติให้กับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และทางสังคมที่เหมาะสม หรือจำเป็นต้องล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) โดยเป็นไปตามขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติตามเอกสารหมายเลข ๖ แนบท้ายประกาศนี้

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

(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 ลิตรต่อถุง

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 ลิตรต่อถุง

๒) จุกปิดกันเชื้อ

๓) ตลับสาย

๔) เครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ

๕) สายล้างไตผ่านทางช่องท้อง

๖) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ

๗) บริการจัดส่งน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง และเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติถึงบ้านผู้ป่วย

(๓) สำนักงานจะจ่ายค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๘๐ บาทต่อขนาด ๔,๐๐๐ ยูนิต ให้กับหน่วยบริการตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และใช้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๑๒ สัปดาห์ ตามการเจาะเลือดที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา 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 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 การตรวจประสิทธิภาพของเยื่อบุช่องท้อง การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ

(๔) การให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องกรณีการให้บริการผู้ป่วยนอก หรือค่ายาพื้นฐานและยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องโดยตรง

ข้อ ๔ กรณีผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างรอการวางสายล้างไตผ่านทางช่องท้องและมีภาวะยูรีเมีย 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 ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น

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 หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานสนับสนุนการคัดกรองผู้ป่วยเริ่มการบำบัดทดแทนไตตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และการบันทึกของแพทย์ในการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

(๒) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการบันทึกของแพทย์ในการให้บริการ รวมทั้งคำสั่งในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการครอบคลุมค่าน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องและอุปกรณ์ จะต้องพบการสั่งจ่ายน้ำยาและอุปกรณ์ต่าง ๆ ครบถ้วนตามที่สำนักงานกำหนด

(๓) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามที่สำนักงานกำหนดในกรณีที่ขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องครอบคลุมทั้งการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ

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

(๕) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลงานการให้บริการตามเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่สำนักงานจ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

(๖) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(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 และให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาให้สิทธิบำบัดทดแทนไตโดยคณะกรรมการไตระดับเขต

(๒) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) มาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการไตระดับเขต 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) 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 ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตวายเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกายจนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้

๒) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง

๓) ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูรีเมีย

๔) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย

๕) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูรีเมีย

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

๑) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ” เมื่อตั้งคำถามและตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะแปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในปีหน้า” 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 แต่น้อยกว่า ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร จึงลดลงเหลือ ๔,๐๐๐ ยูนิตต่อสัปดาห์ และหยุดให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง เมื่อ Hb มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร กรณีได้รับยาอย่างต่อเนื่องแล้วผู้ป่วยยังคงมีภาวะซีด ให้สืบค้นสาเหตุที่แท้จริงตามแนวทางการรักษาหรือคู่มือของสมาคมโรคไต

(๒) ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จ่ายในอัตรา ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง โดยหน่วยบริการให้บริการไม่เกิน ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่า ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ให้หน่วยบริการแจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงานเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี โดยค่าบริการดังกล่าวรวมค่าอุปกรณ์ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าตรวจเลือดและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 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 หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวเนื่องกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด 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 โดยหน่วยบริการจัดหาตัวกรองเลือดเพียงครั้งเดียว จะได้รับค่าบริการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ในอัตรา ๔,๐๐๐ บาทต่อครั้ง และสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรค ในอัตรา ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง ตามรายการและเงื่อนไขในข้อ ๒ (๒)

(๔) การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมงต่อการฟอกเลือดหนึ่งครั้ง ยกเว้นกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก หรือกรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ หรือกรณีพบว่ามีภาวะฉุกเฉิน

หน่วยบริการที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีการส่งต่อผู้ป่วยให้มีสิทธิได้รับค่ายาและค่าบริการเบื้องต้นที่เกิดจากการให้บริการก่อนนำส่งผู้ป่วย

(๕) ค่าบริการสำหรับทำการเตรียมเส้นเลือด (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 ให้เบิกจ่ายได้เฉพาะกรณีที่มีปัญหาในขณะทำการฟอกเลือด เช่น สายอุดตันต้อง revise สาย

(จ) กรณีที่ต้องการเตรียมเส้นเลือดถาวรไว้ล่วงหน้า หรือมีการทำเส้นเลือดถาวรใหม่มากกว่า ๓ ครั้งในปีงบประมาณ ต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney: PAK) จากคณะกรรมการไตระดับเขต โดยสามารถจ่ายตามข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทยกำหนดไว้ 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 ผ่านโปรแกรมบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการที่กำหนด และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ โดยการใช้บัตรประชาชน 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 ของสำนักงาน เฉพาะฟังก์ชันการใช้งานโดยการเสียบบัตรประชาชนและยืนยันตัวตนด้วย ThaID (๕) แอปพลิเคชันเป๋าตัง (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 สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนดสำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ

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 หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานสนับสนุนการคัดกรองผู้ป่วยเริ่มการบำบัดทดแทนไตตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 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) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวเนื่องกับการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามแนวทางที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

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

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

(๗) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการตามหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการสำหรับทำการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ทั้งนี้ ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการแต่ละประเภทต้องเป็นไปตามที่กำหนด มีบันทึกข้อบ่งชี้ดังกล่าวไว้ในเวชระเบียน

(๘) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการที่เข้าเกณฑ์การให้บริการในรูปแบบวันเดียวกลับในกรณีที่เรียกค่าใช้จ่ายการเตรียมเส้นเลือด (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 ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข 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 จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 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) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒,๐๐๐ บาทต่อปีงบประมาณ

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

ค) ตรวจ SAB class II เพื่อยืนยัน กรณี screening class II ผลเป็นบวกจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 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 Basiliximap 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

ฌ) 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

ฌ) ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level หรือ Cyclosporine ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

๕) ประเภท Protocol-V ในการปลูกถ่ายไตข้ามหมู่เลือด (ABO incompability 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

ฌ) 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

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

(ง) กรณีที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาตามรายการบัญชียา จ (๒) ระหว่างผ่าตัดและภายหลังให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข 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 ระหว่างและหลังผ่าตัดจะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด

(๖) กรณีที่หน่วยบริการมีประเด็นอุทธรณ์ค่ารักษาพยาบาล สามารถทำเรื่องมาที่สำนักงานเพื่อให้คณะกรรมการที่สำนักงานมอบหมายพิจารณา

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 สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่ายหน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๗ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๖ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ จะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๗ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด 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 คำสั่งแพทย์ในการสั่งจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน และหลักฐานในการบริหารยากดภูมิคุ้มกัน

(ค) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการ Ultrasound guide renal biopsy และรายงานพยาธิผลการตรวจชิ้นเนื้อ ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

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

(๕) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต คำสั่งแพทย์ในการสั่งจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน ตามจำนวนเดือนที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๖) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการกรณีที่มีภาวะสลัดไต ได้แก่ หลักฐานการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๗) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการในข้อ ๙

ข้อ ๑๑ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

เอกสารหมายเลข ๔

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 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาให้สิทธิบำบัดทดแทนไตของคณะกรรมการไตระดับเขต

(๒) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) มาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

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

(๔) หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคอง

(๕) หน่วยบริการจัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ตาม (๑) ก่อนเริ่มการบำบัดทดแทนไต ต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney: PAK) ทุกรายจากคณะกรรมการไตระดับเขต 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) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกายจนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้

๒) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง

๓) ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูรีเมีย

๔) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย

๕) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูรีเมีย

(ค) กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปี ต้องได้รับการคัดกรองเพิ่มเติมตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC) โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือแพทย์ผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วยที่ตรวจพบข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร อย่างน้อย ๒ ใน ๔ ข้อ ดังต่อไปนี้

๑) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ” เมื่อตั้งคำถามและตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะแปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในปีหน้า” 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 จัดการภาวะบวมน้ำโดยจำกัดเกลือและน้ำ หรือใช้ยาขับปัสสาวะ และบรรเทาอาการคลื่นไส้และเบื่ออาหาร ด้วยยาและคำแนะนำด้านโภชนาการ

(๒) การดูแลคุณภาพชีวิต เช่น สนับสนุนกิจกรรมที่สร้างความสุขและลดความเครียดและช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติที่สุด

(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) จากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (PD) หรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney: PAK) ทุกรายจากคณะกรรมการไตระดับเขต

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 การตรวจติดตามผลการรักษาและปรับแผนการรักษาที่หน่วยบริการอย่างน้อยทุก ๓ เดือน รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษาโดยหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

(๓) ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการติดตามอาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยตามข้อ ๑ (๓) และการจ่ายแบบเหมาจ่ายตามวรรคหนึ่ง ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับผู้ป่วยที่รับการบริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคอง และหน่วยบริการที่ได้รับค่าบริการแบบเหมาจ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ การให้บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคอง ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๔ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

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

ข้อ ๗ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๘ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๗ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ จะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข โดยตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการตรวจประเมินสภาพร่างกาย การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) และการติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษาโดยหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการในข้อ ๑๐

ข้อ ๑๒ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

เอกสารหมายเลข ๕

หนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

(Share Decision Making for Renal Replacement Therapy)

ชื่อหน่วยบริการ.....

ส่วนที่ ๑. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้วางแผนการดูแลสุขภาพสำหรับการบำบัดทดแทนไต

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

ชื่อญาติที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับผู้ป่วย

ชื่อ.....
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....เบอร์โทรศัพท์.....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

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

๒.๑ สิ่งที่ต้องการและให้ความสำคัญ

☐ (๑) ต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

☐ (๒) ต้องการการรักษาที่ไม่สร้างความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน หรือยืดการตายออกไปโดยไม่ก่อเกิดประโยชน์ใดๆ

☐ (๓) ต้องการมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากเครื่องมือทางการแพทย์

☐ (๔) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๒.๒ สิ่งที่ไม่ต้องการและยอมรับไม่ได้

☐ (๑) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง ต้อมีผู้ดูแลตลอดเวลา

☐ (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 แต่หากบุคลากรด้านสุขภาพเห็นว่าไม่ได้ผลก็อนุญาตให้ถอดเครื่องพยุงชีพได้และรักษาตามอาการเพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมาน และขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ

☐ (๓) รักษาอาการเพื่อลดการทรมานโดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพหรือการรักษาที่เป็นการยื้อชีวิตและขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ

☐ (๔) ยังตัดสินใจการรักษาที่ต้องการไม่ได้

☐ (๕) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

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

ผู้ตัดสินใจแทน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ โดยจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว

คำอธิบาย ผู้ป่วยที่ทำแผนการดูแลสุขภาพควรเลือกบุคคลที่ไว้วางใจว่าเข้าใจความต้องการของตนเองและสามารถตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาที่ตรงกับความต้องการของตนเองได้มากที่สุด ในกรณีที่ตนไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้แล้ว โดยผู้ตัดสินใจแทนไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยก็ได้ ทั้งนี้เป็นไปตามนัยของมาตรา ๘ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

โดยข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ ชื่อ.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... ที่อยู่ที่ติดต่อ..... .....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 จึงขอกำหนดขั้นตอนในการเบิกเครื่อง APD ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ หลังจากผู้ป่วยได้ตัดสินใจร่วมกับแพทย์ผู้ให้การรักษา ในการเลือกการรักษาด้วยเครื่อง APD แล้ว หน่วยบริการจะบันทึกข้อมูลการเบิกเครื่อง APD และน้ำยาล้างไต APD ผ่านระบบ DMIS ภายใต้หัวข้อแสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการ UC-APD โดยมีการแจ้งความจำนงค์เบิกเครื่อง APD และน้ำยาล้างไต APD ล่วงหน้าก่อนผู้ป่วยจะเริ่มการรักษา APD อย่างน้อย ๑๕ วันตามปฏิทิน (สำหรับผู้ป่วยใหม่ วันที่เริ่มการรักษาคือวันที่ผู้ป่วยวางสายล้างไตทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter) หรือสำหรับผู้ป่วยเดิมวันที่เริ่มการรักษาคือวันที่ผู้ป่วยจะเริ่มใช้เครื่อง APD)

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

ขั้นตอนที่ ๓ เมื่อหน่วยบริการได้รับเครื่อง APD คู่มือการใช้เครื่อง และอุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็น จึงเริ่มจัดการอบรมผู้ป่วยเรื่องการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่อง APD จากนั้นหน่วยบริการทำการบันทึกในระบบเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยมีความรู้เพียงพอในการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่อง APD ด้วยตนเอง และหน่วยบริการอนุญาตให้ผู้ป่วยนำเครื่อง APD กลับไปล้างไตด้วยตนเองที่บ้านได้

ในกรณีเครื่อง APD เสีย และต้องการเปลี่ยนเครื่องใหม่

ผู้ป่วยหรือหน่วยบริการ จะติดต่อบริษัทฯ ที่เข้าร่วมโครงการ ผ่านช่องทางการติดต่อที่บริษัท ฯกำหนด และบริษัทฯ จะดำเนินการรับเครื่อง APD ที่เสียกลับ พร้อมกับส่งเครื่อง APD ใหม่ทดแทนเครื่องที่เสีย ให้กับหน่วยบริการหรือผู้ป่วย และบริษัทฯ แจ้งหน่วยบริการให้รับทราบหลังจากได้จัดส่งเครื่องใหม่ให้ผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว

ในกรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องหยุดการรักษาด้วย APD นานกว่า ๑ เดือนขึ้นไป

หลังจากหน่วยบริการได้รับการติดต่อจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย และพบว่าเป็นกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องหยุดการรักษาด้วย APD นานกว่า ๑ เดือนขึ้นไป เช่น ผู้ป่วยเปลี่ยนวิธีการรักษา ผู้ป่วยติดเชื้อเยื่อบุทางช่องท้องและต้องพักการรักษานานกว่า 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**	**น้ำหนักเกณฑ์ (a)**	**ผลงานจริง (b)**	**คะแนนสุทธิ (c)**
๑	ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้รับการนัด F/U ที่หน่วยบริการอย่างน้อย ๓ เดือนต่อครั้ง และได้รับบริการเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายบริการอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อเดือน	จากรายงานจำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้รับการนัด F/U ที่หน่วยบริการ อย่างน้อย ๓ เดือนต่อครั้ง และได้รับบริการเยี่ยมบ้าน โดยเครือข่ายบริการอย่างน้อยเดือนละครั้ง หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD ในช่วง ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น คูณด้วย ๑๐๐	๒๐%	% ที่คำนวณได้จริง	c = a x b
๒	ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin ≥ ๓.๒ กรัมต่อเดซิลิตร	จากรายงานจำนวนผู้ป่วย PD ที่มีระดับ Serum Albumin ≥ ๓.๒ กรัมต่อเดซิลิตร ในช่วง ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active PD ในช่วง ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น คูณด้วย ๑๐๐	๒๐%	% ที่คำนวณได้จริง	c = a x b
๓	อัตราการมีชีวิตของผู้ป่วย PD รายใหม่ในระยะเวลา ๓ เดือนแรกของการรักษา	จากรายงานจำนวนผู้ป่วย PD รายใหม่ที่มีชีวิตหลัง ๓ เดือนแรกของการรักษา หารด้วยจำนวนผู้ป่วย PD รายใหม่ทั้งหมด ในช่วง ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น คูณด้วย ๑๐๐	๒๐%	% ที่คำนวณได้จริง	c = a x b
๔	อัตราการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% peritonitis rate)	จากรายงาน จำนวนผู้ป่วย PD ที่ไม่ติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง หารด้วยจำนวนผู้ป่วย Active PD ในเดือนนั้น คูณด้วย ๑๐๐ แล้วหาค่าเฉลี่ยใน ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น	๒๐%	% ที่คำนวณได้จริง	c = a x b

เกณฑ์คุณภาพ ๕ ข้อ		วิธีคำนวณ	น้ำหนักเกณฑ์ (a)	ผลงานจริง (b)	คะแนนสุทธิ (c)
๕	อัตราการ Shift mode จาก PD เป็น HD ในระยะ ๖ เดือนของการรักษา	จำนวนผู้ป่วย PD ที่ Shift mode เป็น HD หารด้วยจำนวนผู้ป่วย Active PD ทั้งหมดในช่วง ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น คูณด้วย ๑๐๐	๒๐%	% ที่คำนวณได้จริง	c = a x b

รอบระยะเวลาการคำนวณผลงาน

รอบเวลาในการคิดคำนวณผลงานและรอบการจ่าย เป็นดังต่อไปนี้

(ก) รอบที่ ๑ นำผลงานในช่วง ๖ เดือนแรกของปีงบประมาณ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง ๖ เดือนถัดมา

(ข) รอบที่ ๒ นำผลงานในช่วง ๖ เดือนหลังของปีงบประมาณ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง ๖ เดือนถัดมา

วิธีการจ่ายสำนักงานจะคำนวณผลงานของทุกหน่วยบริการ PD ตามคะแนนของเกณฑ์คุณภาพ ๕ ข้อข้างต้น และจะจ่ายแบบ Point system with global budget

เกณฑ์ผลงานคุณภาพในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เกณฑ์ผลงานคุณภาพในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เบื้องต้นสำนักงานจะใช้ในการจัดอันดับหน่วยบริการ HD ทุกแห่งเป็นรายปี เพื่อเป็นข้อมูลส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเท่านั้น ยังมิได้นำมาเป็นข้อมูลเพื่อการชดเชยค่าบริการ มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

เกณฑ์คุณภาพ ๕ ข้อ		วิธีคำนวณ	น้ำหนักเกณฑ์	ค่าเป้าหมาย
๑	ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่ได้รับการตรวจประเมินผลและปรับแผนการรักษาโดยแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อเดือน	จากเอกสารการให้บริการทางการแพทย์ จำนวนผู้ป่วย HD ที่ได้รับการตรวจประเมินผลและปรับแผนการรักษาโดยแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อเดือน หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active HD ในรอบปีงบประมาณย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น คูณด้วย ๑๐๐	๒๐%	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 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%	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐
๓	ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่มีระดับ hemoglobin เฉลี่ยมากกว่า ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร	จำนวนผู้ป่วย HD ที่มีระดับ hemoglobin เฉลี่ยมากกว่า ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active HD ของหน่วยบริการนั้น	๒๐%	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑๐
๔	ร้อยละของความเพียงพอในการฟอกเลือด (Kt/V)	จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดที่มีค่าเฉลี่ย Kt/V มากกว่าหรือเท่ากับ ๑.๒ กรณีฟอกเลือด ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active HD ของหน่วยบริการนั้น	๒๐%	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐
๕	ร้อยละของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดผ่านทาง AVF/AVG/Perm Cath	จำนวนผู้ป่วย HD ที่ได้รับการฟอกเลือดผ่านทาง AVF/AVG/Perm Cath หารด้วยจำนวนผู้ป่วยย active HD ของหน่วยบริการนั้น	๒๐%	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๕๙ ข้อ ๕๙.๑ และข้อ ๕๙.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีลักษณะตามที่กำหนดในเอกสารหมายเลข 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 หรือเชื่อมต่อข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมหมอพร้อม หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด รายละเอียดแต่ละบริการเป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๙ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

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 หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะตรวจสอบข้อมูลภายหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามรายการในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๕ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๖ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับ

การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการ กลุ่มเป้าหมาย หน่วยบริการ อัตราจ่าย และเงื่อนไขบริการสำหรับการให้บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

รายการ	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) ที่วินิจฉัยเป็นเบาหวานก่อนอายุ ๓๐ ปี เป็นโรคหลักหรือโรครองตามเงื่อนไขที่แนะนำโดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย	หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป ที่ทีมผู้ดูแลผ่านการอบรมจากสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยหรือกรมการแพทย์ ดังนี้ ๑. อายุรแพทย์ และกุมารแพทย์ยกเว้นกรณีแพทย์ผู้ให้บริการเป็นอายุรแพทย์ สาขาอายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม หรือกุมารแพทย์สาขากุมารเวชศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม ๒. ทีมผู้ดูแลได้แก่ 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 บริการการสอนและประเมินศักยภาพการดูแลตนเองให้ผู้รับบริการ ๑.๒ บริการการดูแลรักษาผู้รับบริการตามคู่มือพัฒนาระบบและเครือข่าย Thailand Type1DM Network and Registry สำหรับเครือข่ายบริบาลและการลงทะเบียนเบาหวานชนิดที่ 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
			๑.๑๐ เดือนกรกฎาคม เหมาจ่าย ในอัตรา ๕,๖๓๖ บาทต่อราย ๑.๑๑ เดือนสิงหาคม เหมาจ่าย ในอัตรา ๔,๖๓๖ บาทต่อราย ๑.๑๒ เดือนกันยายน เหมาจ่าย ในอัตรา ๓,๖๓๖ บาทต่อราย ๒. บริการการตรวจวัดระดับน้ำตาลแบบต่อเนื่อง (continuous glucose monitoring : CGM) จ่ายเพิ่มเติมจากข้อ ๑. ในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อสัปดาห์ โดยจ่ายให้ครั้งละ ๒ สัปดาห์ หรือ ๔ สัปดาห์ หรือไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ หรือสนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ	๑.๓ บริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี ได้แก่ HbA1c ๔ ครั้งต่อปี, Microalbuminuria, Lipid profile, ตรวจตาและตรวจเท้าเบาหวาน รายการละ ๑ ครั้งต่อปี ๒. การให้บริการการตรวจวัดระดับน้ำตาลแบบต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยเป็นประจำตลอดทั้งปี หรือเป็นครั้งคราว ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ และดุลพินิจของแพทย์ ทั้งนี้ ค่าบริการครอบคลุมค่า sensor อุปกรณ์ที่จำเป็น และระบบที่เกี่ยวข้อง ๓. กรณีที่ผู้ป่วยย้ายหน่วยบริการระหว่างปี ให้หน่วยบริการแห่งใหม่ลงทะเบียนและให้บริการแก่ผู้รับบริการตาม ๑. และ ๒. โดยให้บันทึกข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณถัดไป
๒. บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน	หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ที่มีรหัส ICD10 เป็น O24.4 Diabetes mellitus arising in pregnancy หรือ O24.9 Diabetes	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน	จ่ายแบบเหมาจ่ายครั้งเดียว ในอัตรา ๒,๖๒๐ บาทต่อการตั้งครรภ์	หน่วยบริการต้องลงทะเบียนผู้ป่วยผ่านโปรแกรม e-claim และให้บริการครอบคลุม ดังต่อไปนี้ ๑.๑ บริการสอนทักษะการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การประเมินผลเลือดและการดูแลตนเองให้กับผู้รับบริการ ๑.๒ บริการชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
	mellitus in pregnancy, unspecified เป็นโรคหลักหรือโรครอง			๑.๓ บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อทดสอบความทนทานต่อน้ำตาลหลังคลอดภายในระยะเวลา ๑-๓ เดือน เป็นการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลก่อนดื่มสารละลายน้ำตาลกลูโคส ๗๕ กรัม ที่ ๐ นาที และหลังดื่มสารละลายน้ำตาลกลูโคสเมื่อครบ ๒ ชั่วโมง และให้บันทึกผลการทดสอบเป็นปกติ หรือ prediabetes (กลุ่ม Impaired fasting plasma glucose หรือ impaired glucose tolerance test) หรือเป็นเบาหวาน
๓. บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ ที่มีรหัส 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	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์	๑. จ่ายแบบเหมาจ่ายตามอายุครรภ์ที่เข้ารับบริการครั้งแรก ในอัตราดังต่อไปนี้ ๑.๑ อายุครรภ์ ๑ เดือน (๐-๔ สัปดาห์) เหมาจ่ายในอัตรา ๘,๖๖๐ บาทต่อราย ๑.๒ อายุครรภ์ ๒ เดือน (๕-๙ สัปดาห์) เหมาจ่ายในอัตรา ๗,๘๒๐ บาทต่อราย ๑.๓ อายุครรภ์ ๓ เดือน (๑๐-๑๓ สัปดาห์) เหมาจ่ายในอัตรา ๖,๙๘๐ บาทต่อราย	๑. หน่วยบริการต้องลงทะเบียนผู้ป่วยผ่านโปรแกรม e-claim และให้บริการครอบคลุม ดังต่อไปนี้ ๑.๑ บริการสอนทักษะการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การประเมินผลเลือดและการดูแลตนเองให้กับผู้รับบริการ ๑.๒ บริการชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ๑.๓ บริการตรวจ HbA1c จำนวน ๔ ครั้ง

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

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
			ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ หรือสนับสนุนเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาฯ	
๔. บริการตรวจ HbA1c (รหัส 32401)	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีรหัส ICD10 เป็น E11	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ	จ่ายในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อครั้ง	บริการตรวจ HbA1c จำนวน ๒ ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย ๓ เดือน
๕. บริการตรวจ serum creatinine (รหัส 32202)	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง มีรหัส ICD10 เป็น I10-I15 และไม่พบในฐานข้อมูลหรือทะเบียนของสำนักงาน	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ	จ่ายในอัตรา ๔๕ บาทต่อครั้งต่อปี	บริการตรวจ serum creatinine จำนวน ๑ ครั้ง
๖. บริการตรวจ serum potassium (รหัส 32103)	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง มีรหัส ICD10 เป็น I10-I15 และไม่พบในฐานข้อมูลหรือทะเบียนของสำนักงาน	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 บาทต่อรายที่เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ โดยมีค่าระดับ HbA1c	๑. หน่วยบริการต้องลงทะเบียนผู้ป่วยผ่านโปรแกรม e-claim และให้บริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		ทั่วไป กรณีเป็นหน่วยบริการในสังกัดเอกชน ต้องมีแพทย์และทีมผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมการจัดบริการดูแลเบาหวานระยะสงบจากสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย หรือสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย หรือกรมควบคุมโรคหรือกรมการแพทย์ ๒. หน่วยบริการตาม ๑. ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม ที่ผู้ให้บริการได้รับการอบรมการจัดบริการดูแลเบาหวานระยะสงบจากสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย หรือสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติ	น้อยกว่าร้อยละ ๖.๕ ติดต่อกัน ๒ ครั้ง ตรวจห่างกันอย่างน้อย ๓ เดือน หลังหยุดยาลดน้ำตาลในเลือด และหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตอย่างเข้มงวด ๒. จ่ายตามผลลัพธ์บริการเพิ่มในอัตรา ๒,๐๐๐ บาทต่อราย หากผู้ป่วยยังคงเบาหวานระยะสงบและมีค่าระดับ HbA1c น้อยกว่าร้อยละ ๖.๕ จำนวน ๑ ครั้ง ห่างจากการตรวจครั้งที่ ๒ ของข้อ ๑. อย่างน้อย ๓-๖ เดือน ๓. การจ่ายตามข้อ ๑ และ ๒ เป็นการจ่ายเพียงครั้งเดียว	ชนิดที่ ๒ ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ๒๕๖๕ หรือแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๖ ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง หรือแนวทางของกรมควบคุมโรค ๒. กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีแพทย์ประจำหรือหน่วยบริการที่ไม่มีประชากรลงทะเบียน ซึ่งให้บริการดูแลผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ ต้องประสานการทำงานร่วมเป็นเครือข่ายดูแลผู้ป่วยกับแพทย์ของหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผู้ป่วยได้ลงทะเบียนไว้

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		ทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัว แห่งประเทศไทย หรือกรมควบคุมโรคหรือ กรมการแพทย์ ๓. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เฉพาะด้านการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ที่ผู้ให้บริการได้รับ การอบรมการจัดบริการ ดูแลเบาหวานระยะสงบ และรับรองจากสภา การพยาบาล		

การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายและรายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๑. บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน ที่มีหลักฐานการให้บริการในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด ๒. พบหลักฐานที่สนับสนุนการวินิจฉัย เช่น บันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ ๓. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการการสอนและประเมินศักยภาพการดูแลตนเองให้ผู้รับบริการ ๔. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการดูแลรักษาผู้รับบริการตามเดือนที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่าย ซึ่งการบริการเป็นไปตามคู่มือพัฒนาระบบและเครือข่าย Thailand Type1DM Network and Registry สำหรับเครือข่ายบริบาลและการลงทะเบียนเบาหวานชนิดที่ ๑ และเบาหวานวินิจฉัยก่อนอายุ ๓๐ ปี ประเทศไทย สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย กระทรวงสาธารณสุข ๕. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ การติดตามผู้ป่วย การสั่งจ่ายชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองให้กับผู้ป่วย ๖. ในการให้บริการการตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง ต้องตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ การสั่งใช้การตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง ในการให้ต่อเนื่องตลอดทั้งปี หรือเป็นครั้งคราว และผลการตรวจน้ำตาล ตามจำนวนสัปดาห์หรือเดือนที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ข้อบ่งชี้ในการให้บริการต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ๗. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง รายงานผลการตรวจ HbA1C, Microalbuminuria และ Lipid profile

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
		๘. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานตรวจจอประสาทตาและตรวจเท้าเบาหวาน ๙. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง ผลการตรวจ HbA1C, Microalbuminuria และ Lipid profile ๑๐. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานตรวจจอประสาทตาและตรวจเท้าเบาหวาน
๒. บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน ที่มีหลักฐานการให้บริการในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด ๒. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มีหลักฐานวินิจฉัยโรคเบาหวานและประวัติการตั้งครรภ์ที่สอดคล้องกับช่วงเวลาที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ๓. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการการสอนและประเมินศักยภาพการดูแลตนเองให้ผู้รับบริการ ๔. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ การติดตามผู้ป่วย การสั่งจ่ายชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองให้กับผู้ป่วย ๕. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง ๖. ตรวจสอบพบผลการตรวจความทนทานต่อน้ำตาลหลังคลอดภายในระยะเวลา ๑-๓ เดือน
๓. บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน ที่มีหลักฐานการให้บริการในกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่วินิจฉัยโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์และประวัติการตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์สอดคล้องกับช่วงเวลาที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ๓. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการการสอนและประเมินศักยภาพการดูแลตนเองให้ผู้รับบริการ

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
		๔. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามอายุครรภ์ที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายในการให้บริการ การติดตามผู้ป่วย การสั่งจ่ายชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองให้กับผู้ป่วย ๕. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง ๖. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลตรวจ HbA1c จำนวน ๔ ครั้ง ๗. ในการให้บริการการตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง ต้องตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ การสั่งใช้การตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่องในการให้ต่อเนื่องตลอดทั้งปี หรือเป็นครั้งคราว และผลการตรวจน้ำตาลตามจำนวนสัปดาห์หรือเดือนที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ข้อบ่งชี้ในการให้บริการต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย
๔. บริการตรวจ HbA1c (รหัส 32401)	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมหมอพร้อม หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน	๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่วินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ๒. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลตรวจ HbA1c ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อปี และการตรวจห่างกันอย่างน้อย ๓ เดือน
๕. บริการตรวจ serum creatinine (รหัส 32202)	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมหมอพร้อม หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน	๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๒. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจ serum creatinine
๖. บริการตรวจ serum potassium (รหัส 32103)	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมหมอพร้อม หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน	๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๒. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจ serum potassium

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๗. บริการผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานระยะสงบ (DM remission)		๑. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่วินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ๒. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจ HbA1C เป็นไปตามที่กำหนด ๓. ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ให้เข้าสู่โรคเบาหวาน ระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ๒๕๖๕ หรือแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๖ ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหรือแนวทางของกรมควบคุมโรค

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๖๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“สำนักงานเขต” หมายความว่า สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นไปตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

(ก) เป็นหน่วยบริการที่มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่องโดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

(ข) เป็นหน่วยบริการที่มีจิตแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสุขภาพจิตชุมชน หรือแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กรมสุขภาพจิตกำหนด ที่มีบทบาทหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่หน่วยบริการตาม (ก)

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(ก) ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท หรือโรคหลงผิด

(ข) ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัสโรค F20 - F29

(ค) ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with high risk to Violence : SMI - V)

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๖ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายในอัตรา ๖,๐๐๐ บาทต่อรายต่อปี ตามจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการลงทะเบียนเป็นกลุ่มเป้าหมายตามข้อ ๖ (๒) โดยแบ่งจ่ายให้แก่หน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามข้อ ๖ (๑) (ก) จำนวน ๕,๐๐๐ บาทต่อรายต่อปี

(๒) จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามข้อ ๖ (๑) (ข) จำนวน ๑,๐๐๐ บาทต่อรายต่อปี

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการตามข้อ ๖ (๑) (ก) บันทึกข้อมูลผลงานบริการ การติดตามการตรวจเยี่ยมและแผนการดูแลในระบบ care transition ที่บริหารจัดการโดยโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๙ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วย โดยหน่วยบริการจัดทำข้อมูลผลงานการบริการ การติดตามการตรวจเยี่ยม และแผนการดูแล เพื่อประกอบการตรวจสอบการให้บริการแก่ผู้รับบริการตามข้อ ๖ (๒) ดังต่อไปนี้

(๑) คำนวณเป้าหมายโดยใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

(๒) จัดสรรเป้าหมายให้สำนักงานเขต โดยดำเนินการจัดสรรเป้าหมายให้หน่วยบริการภายในวันที่ ๓๐ กันยายนของปีงบประมาณที่ล่วงมาแล้ว

(๓) สำนักงานเขตจัดทำรายงานสรุปผลการจัดสรรเป้าหมายส่งกลับมายังสำนักงานภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคมของปีงบประมาณ

ทั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการตามประกาศนี้ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการจากงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ข้อ ๑๑ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ การติดตามการตรวจเยี่ยม และแผนการดูแล โดยตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในหมวด ๑

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ไม่พบหลักฐานการให้บริการตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๑๐

ข้อ ๑๓ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๔ การให้บริการสาธารณสุขกรณีการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุมความรุนแรงโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการควบคุมความรุนแรงโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขให้บุคคลได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๖๓ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุมความรุนแรงโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงานเขต” หมายความว่า สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุมความรุนแรงโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามประกาศนี้ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัวตามผลลัพธ์การให้บริการสาธารณสุข ตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(ก) หน่วยบริการในเขตพื้นที่ของสำนักงานเขต ๑ ถึงเขต ๑๒ จ่ายให้หน่วยบริการประจำ

(ข) หน่วยบริการในเขตพื้นที่ของสำนักงานเขต ๑๓ จ่ายให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์และประชากรรับผิดชอบ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค ดังต่อไปนี้

(ก) โรคหืด

(ข) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๕ (๒) (ก) จ่ายแบบเหมาจ่ายตามผลลัพธ์บริการภายใต้การบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดาน (Global budget) จำนวน ๘๕,๒๕๗,๕๐๐ บาทต่อปี ทั้งนี้ การคำนวณการจ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๕ (๒) (ข) จ่ายแบบเหมาจ่ายตามผลลัพธ์บริการภายใต้การบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดาน (Global budget) จำนวน ๑๒๗,๘๘๖,๒๐๐ บาทต่อปี ทั้งนี้ การคำนวณการจ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๘ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการคำนวณการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการโรคหืด เป็นไปตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

(๑) วิเคราะห์จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคหืดต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (IPD) และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีภาวะกำเริบ (Acute exacerbation) ที่ได้รับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (ทั้งในรูปแบบของ nebulizer หรือ รูปแบบของ Solution) ที่ห้องฉุกเฉินหรือผู้ป่วยนอก เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคหืดทั้งหมดที่เป็นประชากรของหน่วยบริการ โดยใช้ข้อมูลประชากรที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการ ณ วันที่ ๑ กรกฎาคมของปีงบประมาณที่ล่วงมา

อัตรา (admission IPD + Acute exacerbation) ต่อ ๑๐๐ ผู้ป่วย = {จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคหืดเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (IPD) รวมกับจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีภาวะกำเริบ (Acute exacerbation) ที่ได้รับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (ทั้งในรูปแบบของ nebulizer หรือ รูปแบบของ Solution) ที่ห้องฉุกเฉินหรือผู้ป่วยนอก หารด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคหืดทั้งหมดที่เป็นประชากรของหน่วยบริการ (Asthma cases)} คูณด้วย ๑๐๐

(๒) พิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่าย ดังนี้

(ก) อัตรา (IPD + Acute exacerbation) ต่อ ๑๐๐ <= ๓๕.๖๗ ได้อัตราชดเชย ๑ คะแนน

(ข) อัตรา ((IPD + Acute exacerbation) ต่อ ๑๐๐ <= ๑๗.๗๐ ได้อัตราชดเชย ๒ คะแนน

อัตราการจ่าย (บาท) ต่อ ๑ คะแนน = งบประมาณทั้งหมดหารผลรวมแบบถ่วงน้ำหนักของจำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการดูแลจากหน่วยบริการอย่างน้อย ๑ ครั้ง ในช่วงเวลาที่กำหนด

(๓) การวิเคราะห์ข้อมูลตาม (๑) และการจัดสรรค่าใช้จ่ายตาม (๒) จะใช้ข้อมูลในระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ถึง ๓๐ กันยายนของปีงบประมาณที่ล่วงมา และข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ถึง ๓๐ มิถุนายนของปีงบประมาณปัจจุบัน

(๔) การจัดสรรตามผลงาน โดยใช้อัตราการจ่าย (บาท) ต่อ ๑ คะแนน คูณอัตราชดเชยที่ได้คูณด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการดูแลอย่างน้อย ๑ ครั้ง

วิธีการคำนวณการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นไปตามที่กำหนดดังต่อไปนี้

(๑) วิเคราะห์จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่ต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบริการแบบผู้ป่วยใน (IPD) และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีภาวะกำเริบ (Acute exacerbation) ที่ได้รับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (ทั้งในรูปแบบของ nebulizer หรือ รูปแบบของ Solution) ที่ห้องฉุกเฉินหรือผู้ป่วยนอก เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่เป็นประชากรของหน่วยบริการโดยใช้ข้อมูลประชากรที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการ ณ วันที่ ๑ กรกฎาคมของปีงบประมาณที่ล่วงมา

อัตรา (IPD + Acute exacerbate)ต่อ ๑๐๐ ผู้ป่วย = {จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (IPD) รวมกับ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีภาวะกำเริบ (Acute exacerbation) ที่ได้รับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (ทั้งในรูปแบบของ nebulizer หรือ รูปแบบของ Solution) ที่ห้องฉุกเฉินหรือผู้ป่วยนอก หารด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดที่เป็นประชากรของหน่วยบริการ (COPD cases)} คูณด้วย ๑๐๐

(๒) พิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่าย ดังนี้

(ก) อัตรา (IPD + Acute exacerbation) ต่อ ๑๐๐ <= ๖๒.๗๗ ได้อัตราชดเชย ๑ คะแนน

(ข) อัตรา (IPD + Acute exacerbation) ต่อ ๑๐๐ <= ๒๘.๘๔ ได้อัตราชดเชย ๒ คะแนน

อัตราการจ่าย (บาท) ต่อ ๑ คะแนน = งบประมาณทั้งหมด หารผลรวมแบบถ่วงน้ำหนักของจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลจากหน่วยบริการอย่างน้อย ๑ ครั้ง ในช่วงเวลาที่กำหนด

(๓) การวิเคราะห์ข้อมูลตาม (๑) และการจัดสรรค่าใช้จ่ายตาม (๒) จะใช้ข้อมูลในระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ถึง ๓๐ กันยายนของปีงบประมาณที่ล่วงมา และข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ถึง ๓๐ มิถุนายนของปีงบประมาณปัจจุบัน

(๔) การจัดสรรตามผลงาน โดยใช้อัตราจ่าย (บาท) ต่อ ๑ คะแนน คูณด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลอย่างน้อย ๑ ครั้ง

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม
สำหรับบริการระดับปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๖๗ และข้อ ๖๗.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกอบกับคำแนะนำของคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงานเขต” หมายความว่า สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(ก) หน่วยบริการในเขตพื้นที่ของสำนักงานเขต ๑ ถึงเขต ๑๒ จ่ายให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีข้อตกลงกับหน่วยบริการประจำ

(ข) หน่วยบริการในเขตพื้นที่ของสำนักงานเขต ๑๓ จ่ายให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำและมีประชากรรับผิดชอบ

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อ ๕ จ่ายแบบเหมาจ่ายตามผลลัพธ์บริการภายใต้การบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดาน (Global budget) ทั้งนี้ วิธีการคำนวณการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการระดับปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๗ การให้บริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามประกาศนี้ ที่ให้บริการตั้งแต่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือว่าเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ข้อ ๘ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการคำนวณการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการระดับปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นไปตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

๑. การวิเคราะห์รายละเอียดของตัวชี้วัด น้ำหนัก และระดับคะแนนของแต่ละตัวชี้วัด

(๑) ตัวชี้วัด น้ำหนัก และระดับคะแนนของแต่ละตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (%)	ระดับคะแนน					คะแนนที่ทำได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก
		๑	๒	๓	๔	๕		
๑. ร้อยละของความครอบคลุมในประชากรที่ได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด	20	56 - <65%	65- <74%	74 - <83%	83 - <92%	>=92%		
๒. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหรือภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-DM) มีระดับน้ำตาลในเลือดกลับเป็นปกติ	40	<=34%	35 - <45%	45 - <55%	55 - <65%	>= 65%		
๓. ร้อยละของความครอบคลุมในประชากรที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต	15	57 - <66%	66 - <75%	75 - <84%	84 - <93%	>=93%		
๔. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากประชากรที่คัดกรองพบว่ามีความดันโลหิตสูง	25	<6.3%	6.3 - <7.8%	7.8 - <9.3%	9.3 - <10.8%	>=10.8%		
	100	ผลรวม						

(๒) ผลรวมคะแนนถ่วงน้ำหนักของหน่วยบริการปฐมภูมิ

(ก) กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผลรวมคะแนนถ่วงน้ำหนักจะนำมาคูณ ๑

(ข) กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผลรวมคะแนนถ่วงน้ำหนักจะนำมาคูณ ๐.๙

๒. พิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่าย ดังนี้

(๑) อัตราการจ่าย (บาท) ต่อ ๑ คะแนน = $\frac{\text{งบประมาณทั้งหมด}}{\text{ผลรวมแบบถ่วงน้ำหนักของผลงานทุกตัวชี้วัด}}$

(๒) การจัดสรรค่าใช้จ่าย

ค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการแต่ละแห่งจะได้รับ (บาท) = อัตราการจ่าย (บาท) ต่อ ๑ คะแนน x ผลงานรวมทุกตัวชี้วัด

๓. การวิเคราะห์รายละเอียดของตัวชี้วัดตาม ๑. และการพิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายตาม ๒. จะใช้ข้อมูลผลงานตามวันให้บริการ (service date) ดังนี้

(๑) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ใช้ข้อมูลในระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ถึง ๓๐ มิถุนายน

(๒) ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป ใช้ข้อมูลในระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ถึงกันยายนของปีงบประมาณที่ล่วงมาแล้ว และข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ถึง ๓๐ มิถุนายนของปีงบประมาณปัจจุบัน

๔. นิยามของตัวชี้วัดสำหรับการจ่ายตามผลลัพธ์สำหรับบริการระดับปฐมภูมิในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตาม ๑. เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่

ตัวชี้วัด		นิยาม	ตัวตั้ง	ตัวหาร	หมายเหตุ
			สูตรคำนวณ : (A/B) x 100		
๑. โรคเบาหวาน	(๑) ร้อยละของความครอบคลุมในประชากรที่ได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด	**๑) ประชากร** หมายถึง ประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน **๒) การคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด** หมายถึง การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง	A = จำนวนประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดในปีงบประมาณปัจจุบัน	B = จำนวนประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ของปีงบประมาณปัจจุบัน	หน่วยบริการต้องเป็นไปตามข้อ ๕ (๑) (ก) และข้อ ๕ (๑) (ข)
	(๒) ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหรือภาวะก่อน	**๑) กลุ่มเสี่ยงเบาหวานหรือภาวะก่อนเบาหวาน** (Pre-DM)	A = จำนวนประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในความ	B = จำนวนประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปี	

ตัวชี้วัด		นิยาม	ตัวตั้ง	ตัวหาร	หมายเหตุ
			สูตรคำนวณ : (A/B) x 100		
	เบาหวาน (Pre-DM) มีระดับน้ำตาลในเลือดกลับเป็นปกติ	หมายถึง ประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดและมีค่าระดับน้ำตาลหลังอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง FPG/FCBG 100-125 mg/dl หรือระดับน้ำตาลหลังทำ OGTT 140-199 mg/dl **๒) ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปกติ** หมายถึง ค่าระดับน้ำตาลหลังอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง FPG/FCBG < 100 mg/dl หรือระดับน้ำตาลหลังทำ OGTT < 140 mg/dl ๒ ครั้งติดกัน โดยระยะเวลาห่างกันอย่างน้อย ๓ เดือน หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เว้นแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ พิจารณาใช้ค่าระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ๑ ครั้ง	รับผิดชอบของหน่วยบริการที่ได้รับการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหรือภาวะก่อนเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา มีระดับน้ำตาลในเลือดกลับเป็นปกติหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในปีงบประมาณปัจจุบัน	ขึ้นไป ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ได้รับการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหรือภาวะก่อนเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา	

ตัวชี้วัด		นิยาม	ตัวตั้ง	ตัวหาร	หมายเหตุ
			สูตรคำนวณ : (A/B) x 100		
๒. โรคความดันโลหิตสูง	(๑) ร้อยละของความครอบคลุมในประชากรที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต	**๑) ประชากร** หมายถึง ประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง **๒) การคัดกรองความดันโลหิต** หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐานตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๗ ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย	A = จำนวนประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตในปีงบประมาณปัจจุบัน	B = จำนวนประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ของปีงบประมาณปัจจุบัน	
	(๒) ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากประชากรที่คัดกรองพบว่ามีความดันโลหิตสูง	**๑) ประชากรที่คัดกรองพบว่ามีความดันโลหิตสูง** หมายถึง ประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองวัดความดันโลหิต มีความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 140 mmHg และหรือความดัน	A = จำนวนประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณปัจจุบัน	B = จำนวนประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่คัดกรองพบว่ามีความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 140 mmHg และหรือค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 90 mmHg	การวัดความดันโลหิตซ้ำและรับการวินิจฉัยจากแพทย์ ควรทำภายในระยะเวลาดังต่อไปนี้ ๑. ภายใน ๑ สัปดาห์ ถ้ามีอาการหรือเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด CKD stage ≥3

ตัวชี้วัด		นิยาม	ตัวตั้ง	ตัวหาร	หมายเหตุ
			สูตรคำนวณ : (A/B) x 100		
		โลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 90 mmHg ในปีงบประมาณปัจจุบัน **๒) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่** หมายถึง ประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่คัดกรองพบว่ามีความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำที่หน่วยบริการ (Office Blood Pressure) ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน หรือการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring: HBPM) ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๗ ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย และมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 140 mmHg และหรือความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 90 mmHg ในกรณีวัดความดันโลหิตซ้ำ		ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการในปีงบประมาณปัจจุบัน	เบาหวาน หรือความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย ≥ 180 mmHg และหรือความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย ≥ 110 mmHg ๒. ภายใน ๔ สัปดาห์ กรณีที่ไม่ปรากฏอาการหรือโรคหรือระดับความโลหิตตามข้อ ๑

ตัวชี้วัด		นิยาม	ตัวตั้ง	ตัวหาร	หมายเหตุ
			สูตรคำนวณ : (A/B) x 100		
		ที่หน่วยบริการหรือความดันโลหิตเฉลี่ย ≥ 135/85 mmHg กรณีวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน และได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15)			

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๖๘.๓ และข้อ ๖๘.๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย

๕.๑ ค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน

๕.๒ ค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth หรือ Telemedicine)

๕.๓ ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๖.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และเป็นโรคที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล

๖.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีช่องทางในการสื่อสารระหว่างแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลการรักษาในเวชระเบียน รวมทั้งจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ด้วยระบบบริการส่งด่วนให้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth หรือ Telemedicine) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๗.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นโรคเรื้อรังรายเก่า อาการคงที่ ควบคุมโรคได้ดี และจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง

๗.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล โดยมีคุณสมบัติตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศ

ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๘.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นโรคเรื้อรังรายเก่า

๘.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปและมีศักยภาพจัดให้มีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการโดยอาจดำเนินการด้วยตนเองและหรือมีหน่วยบริการอื่นเป็นเครือข่ายร่วมจัดบริการตรวจทางปฏิบัติการ โดยมีคุณสมบัติของหน่วยบริการที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ รายละเอียดเป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศ

ข้อ ๙ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๙.๑ ค่าจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ด้วยระบบบริการส่งด่วนให้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน ในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้ง

๙.๒ ค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล อัตรา ๕๐ บาทต่อครั้ง

๙.๓ ค่าบริการสำหรับการเจาะเลือด เก็บสิ่งส่งตรวจ และการนำส่งสิ่งส่งตรวจจากห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ ในอัตราเหมาจ่าย ๘๐ บาทต่อครั้ง

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน

หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด เฉพาะค่าบริการสำหรับการเจาะเลือด เก็บสิ่งส่งตรวจ และการนำส่งสิ่งส่งตรวจ จากห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะต้องแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๑๒.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๑๒.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๑๒.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๓ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบ ตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๑๔.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

๑๔.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๑๔.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

คุณสมบัติของหน่วยบริการที่ร่วมให้บริการสำหรับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ

๑. คุณสมบัติของหน่วยบริการที่ให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth หรือ Telemedicine) มีดังนี้

๑.๑ มีความพร้อมของเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารมาใช้ในการให้บริการด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข พร้อมทั้งระบบในการพิสูจน์ตัวตนของผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการ

๑.๒ มีผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความพร้อมในการให้บริการสาธารณสุขทางไกล ตามมาตรฐานที่สภาวิชาชีพประกาศกำหนดหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๑.๓ มีกระบวนการในการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกลของหน่วยบริการ พร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้รับบริการรับทราบและยินยอมก่อนวันรับบริการ

๑.๔ มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการ โดยจัดให้มีการทวนสอบข้อมูลการให้บริการได้ในกรณีที่จำเป็นต้องมีการตรวจสอบ

๑.๕ มีมาตรฐานการรักษาความมั่นคงด้านสารสนเทศ และมีแผนการจัดการความเสี่ยงและควบคุมความผิดพลาดทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร

๒. คุณสมบัติของหน่วยบริการที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่ให้บริการเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพจัดบริการเจาะเลือด เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ โดยอาจจัดให้มีหน่วยเจาะเลือด เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการด้วยตนเอง และหรือมีหน่วยบริการอื่นเป็นเครือข่ายร่วมจัดบริการเจาะเลือด เก็บสิ่งส่งตรวจทางปฏิบัติการ โดยหน่วยเจาะเลือด เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานหน่วยบริการเก็บตัวอย่างและขนส่งตัวอย่างนอกโรงพยาบาลของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการตรวจสอบและเกณฑ์การตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุข

๑. บริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน

๑.๑ เอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ด้วยระบบบริการส่งด่วนไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน

๑.๒ เกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการโดยตรวจสอบพบหลักฐานการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ด้วยระบบบริการส่งด่วนไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งอาจจะเป็นหลักฐานที่พบจากการเชื่อมโยงข้อมูลจากการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์

๒. บริการสาธารณสุขระบบทางไกล **(Telehealth** หรือ **Telemedicine)**

๒.๑ เอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ดังนี้

๒.๑.๑ เอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการวินิจฉัยของแพทย์ ในการวินิจฉัยโรคเรื้อรัง

๒.๑.๒ เอกสารหลักฐานเวชระเบียนบันทึกข้อมูลการรักษาที่แพทย์ได้ให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth หรือ Telemedicine) ตามจำนวนครั้งที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๒.๒ เกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน หรือข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการ ดังนี้

๒.๒.๑ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการวินิจฉัยของแพทย์ ในการวินิจฉัยโรคเรื้อรัง

๒.๒.๒ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนบันทึกข้อมูลการรักษาที่แพทย์ได้ให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth หรือ Telemedicine) ตามจำนวนครั้งที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๓. บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ

๓.๑ เอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ดังนี้

๓.๑.๑ เอกสารหลักฐานการคำสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของแพทย์ที่ดูแลรักษา หรือใบ request lab

๓.๑.๒ เอกสารหลักฐานการให้บริการเจาะเลือด เก็บสิ่งส่งตรวจ ที่ระบุสถานที่ที่ให้บริการและห้องปฏิบัติการที่นำส่งสิ่งส่งตรวจ

๓.๒ เกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน หรือข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการ ดังนี้

๓.๒.๑ พบเอกสารหลักฐานการคำสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของแพทย์ที่ดูแลรักษา หรือใบ request lab

๓.๒.๒ พบเอกสารหลักฐานการให้บริการเจาะเลือด เก็บสิ่งส่งตรวจ ที่ระบุสถานที่ที่ให้บริการและห้องปฏิบัติการที่นำส่งสิ่งส่งตรวจ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๖๗.๖ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในข้อ ๘.๒ ของข้อ ๘ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“๘.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศ”

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความในข้อ ๒ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“๒. คุณสมบัติของหน่วยบริการที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ ดังนี้

๒.๑ หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพเทียบเท่ากับโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F1 ของกระทรวงสาธารณสุขขึ้นไป

๒.๒ มีหน่วยเจาะเลือดและเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินหน่วยบริการเจาะเลือด เก็บตัวอย่าง และนำส่งตัวอย่างนอกโรงพยาบาลจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข”

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
สำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม
พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๖๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๖๗ ข้อ ๖๗.๒ และข้อ ๘๖.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๖๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๖๗

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า

(๑) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ ให้หน่วยบริการตามประกาศนี้มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการที่จ่ายตามรายการบริการ เฉพาะที่กำหนดในประกาศนี้ กรณีที่หน่วยบริการมีศักยภาพเพิ่มเติมจากประกาศนี้ ให้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเพื่อให้บริการและมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่น

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม ต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

(๒) บริการทางเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ

(๓) บริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการที่สั่งจ่ายยาร่วมกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม

ข้อ ๘ การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามข้อ ๗ (๑) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย. ๑) และผ่านการรับรองจากสภาเภสัชกรรมในการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการในหน่วยบริการ

ข้อ ๙ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามข้อ ๘ ให้เป็นไปตามรายการบริการ กลุ่มเป้าหมาย อัตราการจ่าย เงื่อนไขบริการ และการตรวจสอบเอกสาร ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมาย อัตราการจ่าย เงื่อนไขบริการ และการตรวจสอบเอกสาร
๑	บริการยาเม็ดคุมกำเนิด รวมบริการให้คำปรึกษา	กลุ่มเป้าหมาย อัตราการจ่าย เงื่อนไขบริการ การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย และการตรวจสอบเอกสารให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ
๒	บริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน รวมบริการให้คำปรึกษา	
๓	บริการจ่ายถุงยางอนามัยรวมบริการให้คำปรึกษา	
๔	บริการตรวจปัสสาวะ เพื่อทดสอบการตั้งครรภ์หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง	
๕	บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก หรือกรดโฟลิก	

ลำดับ	รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมาย อัตราการจ่าย เงื่อนไขบริการ และการตรวจสอบเอกสาร
๖	บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA test สำหรับบริการเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตัวเอง (HPV self-sampling)	
๗	บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะ	
๘	บริการตรวจด้วยชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test) รวมบริการให้คำปรึกษา	กลุ่มเป้าหมาย อัตราการจ่าย เงื่อนไขบริการ การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย และการตรวจสอบเอกสาร ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อ ๑๐ การให้บริการทางเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิตามข้อ ๗ (๒) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย. ๑) ที่ผ่านการรับรองร้านยาคุณภาพจากสภาเภสัชกรรม ทั้งนี้ ตามรายชื่อที่สภาเภสัชกรรมกำหนด

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการเฉพาะผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในหน่วยบริการ

(๓) เป็นการให้บริการตามอาการหรือกลุ่มอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมและตามกฎหมายว่าด้วยยา

ข้อ ๑๑ การให้บริการตามอาการหรือกลุ่มอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยตามข้อ ๑๐ (๓) ได้แก่ อาการหรือกลุ่มอาการ ดังต่อไปนี้

ลำดับ	อาการ/กลุ่มอาการ	รายการยา
๑	เวียนศีรษะ	รายการยาที่จ่าย เป็นกลุ่มยาสามัญประจำบ้าน หรือยาอันตราย ที่เภสัชกรสามารถจ่ายได้
๒	ปวดหัว	

ลำดับ	อาการ/กลุ่มอาการ	รายการยา
๓	ปวดข้อ/ปวดกล้ามเนื้อ	ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ทั้งนี้ การจ่ายยาเป็นไปตามดุลยพินิจของเภสัชกรและแนวทางการให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมและตามกฎหมายว่าด้วยยา
๔	ปวดฟัน	
๕	ปวดประจำเดือน	
๖	ปวดท้อง	
๗	ท้องเสีย	
๘	ท้องผูก/ริดสีดวงทวาร	
๙	ปัสสาวะแสบขัด	
๑๐	ตกขาว	
๑๑	แผล	
๑๒	ผื่นผิวหนัง	
๑๓	อาการทางตา	
๑๔	อาการทางหู	
๑๕	ไข้ ไอ เจ็บคอ	
๑๖	ติดเชื้อโควิด	
๑๗	น้ำมูก คัดจมูก	
๑๘	มีอาการแผลในปาก	
๑๙	ตุ่มน้ำใสที่ปาก	
๒๐	แผลน้ำร้อนลวกไม่รุนแรง	
๒๑	อาการคันผิวหนัง/ศีรษะ	
๒๒	อาการจากพยาธิ	
๒๓	อาการจากหิด เหา	
๒๔	ฝี หนองที่ผิวหนัง	
๒๕	อาการชา/เหน็บชา	
๒๖	อาการนอนไม่หลับ	
๒๗	เมารถ เมาเรือ	
๒๘	เบื่ออาหารโดยไม่มีโรคร่วม	
๒๙	คลื่นไส้ อาเจียน	
๓๐	อาการแพ้ยา/แพ้อาหารเล็กน้อย/แมลงกัดต่อย	

ลำดับ	อาการ/กลุ่มอาการ	รายการยา
๓๑	อาการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่	
๓๒	เหงือกอักเสบ/มีกลิ่นปาก	

ข้อ ๑๒ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการทางเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิตามข้อ ๑๐ ให้เป็นไปตามรายการบริการ อัตราการจ่าย และหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการให้คำปรึกษาด้านเภสัชกรรม บริการด้านยาและเวชภัณฑ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อครั้ง

(๒) จ่ายเพิ่มเติมสำหรับการติดตามอาการภายใน ๗๒ ชั่วโมง และมีหลักฐานแสดงการติดตามอาการจากการให้บริการตาม (๑) โดยจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๐ บาท

จำนวนครั้งการให้บริการและวิธีการกำหนดจำนวนครั้งในการให้บริการตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๓ การให้บริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการที่สั่งจ่ายยาร่วมกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรมตามข้อ ๗ (๓) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นการให้บริการร่วมกันของหน่วยบริการ ๒ ประเภท ดังต่อไปนี้

(ก) หน่วยบริการที่สั่งจ่ายยา โดยให้ผู้รับบริการไปรับยาที่หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม

(ข) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการเฉพาะผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคจิตเวช หรือโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแลที่สมัครใจและสะดวกในการมารับบริการที่หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม

(๓) มีการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ระหว่างหน่วยบริการตาม (๑)

ข้อ ๑๔ การจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ระหว่างหน่วยบริการตามข้อ ๑๓ (๓) สามารถดำเนินการได้ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) รูปแบบที่ ๑ หน่วยบริการที่สั่งจ่ายยาจัดยารายบุคคล และส่งให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม

(๒) รูปแบบที่ ๒ หน่วยบริการที่สั่งจ่ายยา จัดสำรองยาไว้ที่หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม

(๓) รูปแบบที่ ๓ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรมดำเนินการจัดหายาเองและจ่ายยาให้ผู้รับบริการตามการสั่งยาของหน่วยบริการที่สั่งจ่ายยา

ข้อ ๑๕ ขั้นตอนการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ระหว่างหน่วยบริการตามข้อ ๑๔ เป็นการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

ลำดับ	การดำเนินการ	รูปแบบที่ ๑	รูปแบบที่ ๒	รูปแบบที่ ๓
๑	การคัดเลือกและจัดซื้อจัดหายาสำหรับให้บริการแก่ผู้ป่วย	หน่วยบริการที่สั่งจ่ายยาเป็นผู้ดำเนินการ	หน่วยบริการที่สั่งจ่ายยาเป็นผู้ดำเนินการ	๑. การคัดเลือกกลุ่มยาและรายการยาเป็นข้อตกลงร่วมกันของเครือข่าย ๒. การจัดหายาเป็นความรับผิดชอบของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม
๒	การสำรองยาสำหรับผู้ป่วย (Sub stock)	หน่วยบริการที่สั่งจ่ายยาเป็นผู้ดำเนินการ	เป็นยาของหน่วยบริการที่สั่งจ่ายยาหรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรมเป็นผู้ดูแลยานั้น	หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรมเป็นผู้ดำเนินการ
๓	การจัดเตรียมยาให้แก่ผู้ป่วยรายบุคคล	หน่วยบริการที่สั่งจ่ายยาเป็นผู้ดำเนินการ	หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรมเป็นผู้ดำเนินการ	หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรมเป็นผู้ดำเนินการ
๔	การจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย	หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรมเป็นผู้ดำเนินการ		

ข้อ ๑๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการที่สั่งจ่ายยาร่วมกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรมตามข้อ ๑๓ ให้เป็นไปตามรูปแบบและอัตราการจ่าย ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รูปแบบ	อัตราการจ่าย		
		ค่าบริการสำหรับหน่วยบริการที่สั่งจ่ายยา	**ค่าบริการสำหรับหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม**	**ค่ายาและเวชภัณฑ์ที่จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม**
๑	**รูปแบบที่ ๑** หน่วยบริการที่สั่งจ่ายยาจัดยารายบุคคล และส่งให้หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม	อัตรา ๔๙ บาท ต่อใบสั่งยาผู้ป่วยนอก	อัตรา ๗๐ บาท ต่อใบสั่งยาผู้ป่วยนอก	ไม่มี
๒	**รูปแบบที่ ๒** หน่วยบริการที่สั่งจ่ายยา จัดสำรองยาไว้ที่หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม	อัตรา ๔๗ บาท ต่อใบสั่งยาผู้ป่วยนอก	อัตรา ๘๐ บาท ต่อใบสั่งยาผู้ป่วยนอก	ไม่มี
๓	**รูปแบบที่ ๓** หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรมดำเนินการจัดหายาเอง และจ่ายยาให้ผู้รับบริการตามการสั่งยาของหน่วยบริการที่สั่งจ่ายยา	อัตรา ๔๒ บาท ต่อใบสั่งยาผู้ป่วยนอก	อัตรา ๙๐ บาท ต่อใบสั่งยาผู้ป่วยนอก	อัตราเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๗ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านระบบโปรแกรม ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนดผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform (ผ่าน Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ NHSO Health Platform

หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

(๒) กรณีบริการทางเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบโปรแกรม A-MED Care หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

(๓) กรณีบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการร่วมกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ (E-Prescription) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๘ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๗ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๙ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ ตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการทางเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ

(ก) ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยใบหน้า (Face Verification Service) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยใบหน้า (Face Verification Service) เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข

(ข) การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการของผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า ๑๕ ปีบริบูรณ์ หรือผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ดำเนินการจองการเข้ารับบริการล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สปสช. อาจแสดงตนยืนยันสิทธิด้วยวิธีการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ก็ได้

(ค) กรณีไม่สามารถแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามวิธีการตาม (ก) และ (ข) อาจแสดงตนยืนยันสิทธิด้วยวิธีการและเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่งตามที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ทั้งนี้ หน่วยบริการต้องแจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงานเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี

(๒) กรณีบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการที่สั่งจ่ายยาร่วมกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม ผู้รับบริการต้องแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๐ ให้หน่วยบริการจัดให้ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่ให้บริการมีการยืนยันตัวตนในการให้บริการ โดยให้นำวิธีการและเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่งตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ มาใช้บังคับโดยอนุโลม หรือกรณีที่มีเหตุจำเป็นให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ความในวรรคหนึ่งไม่ให้ใช้บังคับกับการให้บริการแก่ผู้รับบริการกรณีบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการที่สั่งจ่ายยาร่วมกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม

ข้อ ๒๑ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ทั้งนี้ การขอรับค่าใช้จ่ายต้องสอดคล้องกับศักยภาพและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกในใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย. ๕) และข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile: CPP)

ข้อ ๒๒ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๓ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๒๒ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ จะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๔ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๓ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ เนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่า มีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๒๕ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการยืนยันตัวตนการให้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมกรณีให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและบริการทางเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ

(๒) กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตรวจพบเอกสารหลักฐานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน หรือบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แล้วแต่กรณี ตามข้อ ๙

(๓) กรณีบริการทางเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ

(ก) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการบริการให้คำปรึกษาด้านเภสัชกรรมตามอาการหรือกลุ่มอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมและตามกฎหมายว่าด้วยยา

(ข) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการสั่งจ่ายยาและหรือเวชภัณฑ์ ตามที่ระบุรายการในแต่ละอาการหรือกลุ่มอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยตามดุลยพินิจของเภสัชกรและแนวทางการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมและตามกฎหมายว่าด้วยยา

(ค) ตรวจพบเอกสารหลักฐานแสดงการติดตามอาการภายใน ๗๒ ชั่วโมง กรณีเรียกเก็บค่าใช้จ่ายการติดตามอาการ

(๔) กรณีบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการร่วมกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม

(ก) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(ข) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการสั่งจ่ายยาของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรมที่ระบุชนิดและจำนวนยา ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ในกรณีที่เป็นการจัดบริการรูปแบบที่ ๓ และมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์

ข้อ ๒๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามข้อ ๑๙

(๓) ตรวจสอบพบการให้บริการไม่สอดคล้องกับศักยภาพและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกในใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย. ๕) และข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile: CPP) ตามข้อ ๒๑

(๔) ไม่พบเอกสารหลักฐานตามรายการที่กำหนดในข้อ ๒๕

ข้อ ๒๗ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
สำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๖๗ ข้อ ๖๗.๕ และข้อ ๘๖.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๘

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า

(๑) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“แผลแห้งหรือแผลเย็บ” หมายความว่า แผลสด หรือแผลผ่าตัด หรือแผลที่มีท่อระบาย หรือแผลที่ปากแผลปิด หรือแผลที่ไม่มีการติดเชื้อ โดยใช้วิธีการทำแผลแบบแห้ง (dry dressing)

และมีรอบการทำแผล (cycle) ไม่เกิน ๗ วัน กรณีเกินจำนวนรอบการทำแผล ต้องมีใบสั่งทำแผลต่อเนื่องจากหน่วยบริการแม่ข่าย

“แผลเปิดหรือแผลติดเชื้อ” หมายความว่า แผลที่ปากแผลเปิด หรือแผลกดทับ หรือแผลผ่าตัดที่มีการติดเชื้อแล้วขอบแผลแยก หรือแผลผ่าตัดที่ไม่ได้เย็บปิดปากแผล โดยต้องใช้วิธีการทำแผลแบบเปียก (wet dressing) และมีรอบการทำแผล (cycle) ไม่เกิน ๑๕ วัน กรณีเกินจำนวนรอบการทำแผล ต้องมีใบสั่งทำแผลต่อเนื่องจากหน่วยบริการแม่ข่าย

“แผลเปิดขนาดใหญ่” หมายความว่า แผลเรื้อรังหรือแผลเปิดขนาดใหญ่ที่ต้องมีการตกแต่งบาดแผลเพื่อเอาเนื้อตายหรือส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงออก โดยใช้ระยะเวลาในการทำแผลมากกว่า ๑๕ นาที หรือต้องใช้วัสดุปิดแผลพิเศษที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล และมีรอบการทำแผล (cycle) ไม่เกิน ๑๕ วัน กรณีเกินจำนวนรอบการทำแผล ต้องมีใบสั่งทำแผลต่อเนื่องจากหน่วยบริการแม่ข่าย

ข้อ ๕ ให้หน่วยบริการตามประกาศนี้มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการที่จ่ายตามรายการบริการ เฉพาะที่กำหนดในประกาศนี้ กรณีที่หน่วยบริการมีศักยภาพเพิ่มเติมจากประกาศนี้ ให้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเพื่อให้บริการและมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่น

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

(๒) การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข้อ ๘ การให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามข้อ ๗ (๑) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เอกชน หรือสภากาชาดไทย ประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการเฉพาะผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในหน่วยบริการยกเว้น กรณีบริการทำแผล บริการใส่สายยางกระเพาะอาหาร และบริการใส่สายสวนปัสสาวะ หากผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ หน่วยบริการสามารถให้บริการนอกหน่วยบริการได้ ได้แก่ บ้าน หรือที่พักอาศัย โดยไม่ซ้ำซ้อนกับผู้รับบริการที่ลงทะเบียนเป็นผู้ที่มี

ภาวะพึ่งพิง (Long term care) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) และบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)

ข้อ ๙ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามข้อ ๘ ให้เป็นไปตามรายการบริการ อัตราการจ่าย และหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการดูแลตามอาการหรือรักษาโรคเบื้องต้นโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อครั้ง

(๒) บริการการให้ยาตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพ และการบริการพยาบาลพื้นฐานให้เป็นไปตามรายการ ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รหัส	รายการบริการ	อัตราการจ่าย
๑	๕๕๒๑๐	บริการล้างตา	อัตราการจ่ายการให้บริการและค่าอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ
๒	๕๕๒๑๑	บริการเช็ดตา	
๓	๕๕๒๒๐	บริการล้างจมูก	
๔	๕๕๓๒๐	บริการพ่นยาขยายหลอดลม	
๕	๕๕๕๑๐	บริการใส่สายยางกระเพาะอาหาร	
๖	๕๕๖๑๐	บริการใส่สายสวนปัสสาวะทิ้ง	
๗	๕๕๖๑๑	บริการใส่สายสวนปัสสาวะคาสาย	
๘	๕๕๘๑๐	บริการทำแผลแห้งหรือแผลเย็บ	
๙	๕๕๘๑๑	บริการทำแผลเปิดหรือติดเชื้อ	
๑๐	๕๕๘๑๒	บริการทำแผลเปิดขนาดใหญ่	
๑๑	๕๕๘๒๒	บริการฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำ (IV)	
๑๒	๕๕๘๒๓	บริการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ (IM)	
๑๓	๕๕๘๒๔	บริการฉีดยาใต้ผิวหนัง	

จำนวนครั้งการให้บริการและวิธีการกำหนดจำนวนครั้งในการให้บริการตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามข้อ ๗ (๒) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการในหน่วยบริการ

ข้อ ๑๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามข้อ ๑๐ ให้เป็นไปตามรายการบริการ กลุ่มเป้าหมาย อัตราการจ่าย เงื่อนไขบริการ และการตรวจสอบเอกสาร ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมาย อัตราการจ่าย เงื่อนไขบริการ และการตรวจสอบเอกสาร
๑	บริการฝากครรภ์ครั้งที่ ๒ เป็นต้นไป ในกรณีที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าไม่มีภาวะครรภ์เสี่ยง	กลุ่มเป้าหมาย อัตราการจ่าย เงื่อนไขบริการ การบันทึกข้อมูล การขอรับค่าใช้จ่าย และการตรวจสอบเอกสารให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ
๒	บริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดและบริการให้คำปรึกษา	
๓	บริการจ่ายถุงยางอนามัยและบริการให้คำปรึกษา	
๔	บริการทดสอบการตั้งครรภ์	
๕	บริการตรวจหลังคลอด และบริการยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน	
๖	บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก	
๗	บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจปัสสาวะ	

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๒ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform (ผ่าน Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๓ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๒ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๔ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยใบหน้า (Face Verification Service) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยใบหน้า (Face Verification Service) เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข

การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการของผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า ๑๕ ปีบริบูรณ์ หรือผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ดำเนินการจองการเข้ารับบริการล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สปสช. อาจแสดงตนยืนยันสิทธิด้วยวิธีการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ก็ได้

กรณีไม่สามารถแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามวิธีการตามวรรคหนึ่งและวรรคสอง อาจแสดงตนยืนยันสิทธิด้วยวิธีการและเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่งตามที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ทั้งนี้ หน่วยบริการต้องแจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงานเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี

ข้อ ๑๕ ให้หน่วยบริการจัดให้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ให้บริการมีการยืนยันตัวตนในการให้บริการ โดยให้นำวิธีการและเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่งตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ มาใช้บังคับโดยอนุโลม หรือกรณีที่มีเหตุจำเป็นให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๖ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ทั้งนี้ การขอรับค่าใช้จ่ายต้องสอดคล้องกับศักยภาพและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) และข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile: CPP)

ข้อ ๑๗ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๘ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๗ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ จะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๙ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๘ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๒๐ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการยืนยันตัวตนการให้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

(๒) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๓) ตรวจพบเอกสารหลักฐานคำสั่งการรักษาของแพทย์ ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายการบริการตามคำสั่งแพทย์

(๔) ตรวจพบเอกสารหลักฐานบันทึกลักษณะแผล และบริการทำแผลในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายบริการทำแผล

(๕) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และตามประกาศสภาการพยาบาลเกี่ยวกับการกำหนดรายการยาและสารวินิจฉัย สำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น รวมถึงมีรายละเอียดของการให้บริการการตรวจวินิจฉัย การให้คำปรึกษา การสั่งยาและเวชภัณฑ์ กรณีบริการการรักษาโรคเบื้องต้น

(๖) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการให้บริการกรณีบริการทำแผล บริการใส่สายยางกระเพาะอาหารและบริการใส่สายสวนปัสสาวะ ที่ให้บริการที่นอกหน่วยบริการได้ ได้แก่ บ้าน หรือที่พักอาศัย ที่ไม่ซ้ำซ้อนกับผู้รับบริการที่ลงทะเบียนเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Long term care) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) และบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)

(๗) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามข้อ ๑๐ เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ

ข้อ ๒๑ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามข้อ ๑๔

(๓) ตรวจสอบพบการให้บริการไม่สอดคล้องกับศักยภาพและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) และข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile: CPP) ตามข้อ ๑๖

(๔) ไม่พบเอกสารหลักฐานตามรายการที่กำหนดในข้อ ๒๐

ข้อ ๒๒ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๖๗.๖ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า

(๑) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ ที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

(๒) สถานพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐ หรือสภากาชาดไทยที่มีการให้บริการสาธารณสุขเกี่ยวกับเทคนิคการแพทย์

หน่วยบริการตามวรรคหนึ่งต้องได้รับการประเมินว่ามีศักยภาพเป็นคลินิกนวัตกรรมในส่วนของเทคนิคการแพทย์ (Lab anywhere) จากสภาเทคนิคการแพทย์

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเทคนิคการแพทย์ต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(๒) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการ

(๓) บริการเก็บสิ่งส่งตรวจที่บ้านหรือที่พักอาศัย

ข้อ ๘ การให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามข้อ ๗ (๑) ต้องเป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นโรคเรื้อรังรายเก่าเฉพาะผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเป็นผู้ป่วยนอกที่มีใบสั่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการที่ดูแลรักษา โดยเก็บสิ่งส่งตรวจ ณ ที่ตั้งของหน่วยบริการหรือที่บ้านหรือที่พักอาศัยของผู้รับบริการตามข้อ ๑๒

ข้อ ๙ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามข้อ ๘ ให้เป็นไปตามรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อัตรา และแนวทางการจ่าย ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รหัส	รายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	อัตราและแนวทางการจ่าย
๑	๓๐๑๐๑	CBC (+ diff + RBC morphology + plt count) Automation	อัตราและแนวทางการจ่ายจะพิจารณาดำเนินการ ดังต่อไปนี้ ๑. อัตราการจ่ายให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ ๒. แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการบริการที่หน่วยบริการได้ให้บริการครบทุกรายการตามชุดบริการให้เป็นไปตามแนวทางการจ่ายแบบชุดบริการ ดังต่อไปนี้ (๑) รายการบริการลำดับที่ ๗ ถึงลำดับที่ ๑๐
๒	๓๐๑๐๒	Complete blood count without smear	
๓	๓๑๐๐๑	Urinalysis (Physical + Chemical + Microscopic) PANEL.UA	
๔	๓๒๐๐๑	Electrolyte (Na, K, Cl, CO2)	
๕	๓๒๐๐๓	Liver Function Test	
๖	๓๒๐๐๔	Lipid Profile (Cholesterol, HDL-Chol, LDL-chol, TG)	
๗	๓๒๑๐๒	Sodium	
๘	๓๒๑๐๓	Potassium	
๙	๓๒๑๐๔	Chloride	
๑๐	๓๒๑๐๕	CO2	
๑๑	๓๒๒๐๑	BUN (Blood Urrea Nitrogen)	
๑๒	๓๒๒๐๒	Creatinine	
๑๓	๓๒๒๐๓	Glucose (Blood, Urine, Other) (Quantitative)	

ลำดับ	รหัส	รายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	อัตราและแนวทางการจ่าย
๑๔	๓๒๒๐๗	Bilirubin, Direct (Bilirubin.glucuronidated + Bilirubin.albumin bound)	จ่ายในอัตราของรายการลำดับที่ ๔ (๒) รายการบริการลำดับที่ ๑๔ ถึงลำดับที่ ๑๘ และรายการลำดับที่ ๒๐ ถึงลำดับที่ ๒๑ จ่ายในอัตราของรายการลำดับที่ ๕ (๓) รายการบริการลำดับที่ ๒๒ ถึงลำดับที่ ๒๕ จ่ายในอัตราของรายการลำดับที่ ๖
๑๕	๓๒๒๐๘	Bilirubin, Total	
๑๖	๓๒๓๐๙	Alkaline Phosphatase	
๑๗	๓๒๓๑๐	SGOT (AST Aspartate aminotransferase)	
๑๘	๓๒๓๑๑	SGPT (ALT Alanine aminotransferase)	
๑๙	๓๒๔๐๑	Hb A1C	
๒๐	๓๒๔๐๒	Protein, Total	
๒๑	๓๒๔๐๓	Albumin (Quantitative)	
๒๒	๓๒๕๐๑	Lipid - Cholesterol	
๒๓	๓๒๕๐๒	Lipid - TG (Triglyceride)	
๒๔	๓๒๕๐๓	Lipid - HDL- cholesterol Cholesterol in HDL	
๒๕	๓๒๕๐๔	Lipid - LDL- chol (direct) Cholesterol in LDL, Direct assay สั่งรายการเดียว	
๒๖	๓๖๓๑๘	Hepatitis B virus HBs Ag (Hepatitis B surface antigen) - PHA	
๒๗	๓๖๓๑๙	Hepatitis B virus HBs Ag (Hepatitis B surface antigen) - ELISA, MEIA, ECLIA	

ข้อ ๑๐ การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการตามข้อ ๗ (๒) ต้องเป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ และให้บริการ ณ ที่ตั้งของหน่วยบริการ

ข้อ ๑๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการตามข้อ ๑๐ ให้เป็นไปตามรายการบริการ กลุ่มเป้าหมาย การจ่ายค่าใช้จ่าย และเงื่อนไขบริการ ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมาย การจ่ายค่าใช้จ่าย และเงื่อนไขบริการ
๑	บริการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง	กลุ่มเป้าหมาย การจ่ายค่าใช้จ่าย และเงื่อนไขบริการ ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่าย
๒	บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (FIT Test)	

ลำดับที่	รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมาย การจ่ายค่าใช้จ่าย และเงื่อนไขบริการ
๓	บริการเก็บตัวอย่างสำหรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test โดยเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตนเอง (HPV self-sampling)	เพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน กรณีจ่ายตามรายการบริการ
๔	บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	
๕	บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี	
๖	บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจปัสสาวะ	
๗	บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV Self-test) รวมบริการให้คำปรึกษา	กลุ่มเป้าหมาย การจ่ายค่าใช้จ่ายและเงื่อนไขบริการ ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อ ๑๒ การให้บริการเก็บสิ่งส่งตรวจที่บ้านหรือที่พักอาศัย ตามข้อ ๗ (๓) ต้องเป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นโรคเรื้อรังรายเก่าเฉพาะผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่สามารถมารับบริการที่สถานพยาบาลได้ ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง หรือเป็นผู้ป่วยที่มีความจำเป็นและประสงค์ขอรับบริการที่บ้านหรือที่พักอาศัย ทั้งนี้ ผู้รับบริการดังกล่าวต้องเป็นผู้ป่วยนอกที่มีใบสั่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการที่ดูแลรักษา

ข้อ ๑๓ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการเก็บสิ่งส่งตรวจที่บ้านหรือที่พักอาศัยตามข้อ ๑๒ ให้เป็นไปตามรายการและอัตราการจ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) บริการเก็บสิ่งส่งตรวจที่บ้านหรือที่พักอาศัย จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๘๐ บาทต่อครั้ง

(๒) ตรวจวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ ให้เป็นไปตามรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการและอัตราการจ่ายตามข้อ ๙

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๔ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบ Krung Thai Digital Health Platform (ผ่าน Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการตามข้อ ๑๐ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน กรณีจ่ายตามรายการบริการ หรือประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แล้วแต่กรณี

ข้อ ๑๕ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๔ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๖ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๑๗ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ทั้งนี้ การขอรับค่าใช้จ่ายต้องสอดคล้องกับศักยภาพและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile : CPP) หรือใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) สำหรับหน่วยบริการที่เป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ข้อ ๑๘ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๙ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๘ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๐ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๙ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๒๑ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบพบใบสั่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการที่ดูแลรักษาและรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการในแต่ละรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ใบสั่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะต้องมีกำหนดระยะเวลาของใบสั่งตรวจที่ชัดเจน

(๒) ตรวจสอบพบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๓) ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บ้านหรือที่พักอาศัยโดยการปักหมุดที่บ้านหรือที่พักอาศัยที่ไปเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายกรณีค่าบริการเก็บสิ่งส่งตรวจที่บ้านหรือที่พักอาศัย

ข้อ ๒๒ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ตรวจสอบพบการให้บริการไม่สอดคล้องกับศักยภาพและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกบันทึกในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider

Profile : CPP) หรือใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) สำหรับหน่วยบริการที่เป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

(๔) กรณีตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๒๑

ข้อ ๒๓ การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการตามข้อ ๑๐ ให้เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและเกณฑ์การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน กรณีจ่ายตามรายการบริการหรือประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แล้วแต่กรณี

ข้อ ๒๔ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม
สำหรับบริการนวัตกรรมด้านเทคนิคการแพทย์ (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๖๗ ข้อ ๖๗.๖ และข้อ ๘๖.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเทคนิคการแพทย์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในข้อ ๑๐ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๑๐ การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการตามข้อ ๗ (๒) ต้องเป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ และให้บริการในหน่วยบริการ

การให้บริการตามวรรคหนึ่งของรายการบริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจปัสสาวะตามข้อ ๑๑ กรณีที่มีความจำเป็นเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนตามบริบทที่เป็นปัญหาในพื้นที่ หน่วยบริการอาจให้บริการนอกหน่วยบริการได้ โดยให้แจ้งความประสงค์ขอทำความตกลงกับสำนักงานเป็นรายกรณี และหน่วยบริการดังกล่าวต้องเป็นหน่วยบริการที่ได้รับอนุญาตในการออกให้บริการนอกสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล”

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความในข้อ ๑๖ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๑๖ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยใบหน้า (Face Verification Service) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

ด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยใบหน้า (Face Verification Service) เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข

การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการของผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า ๑๕ ปีบริบูรณ์ หรือผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ดำเนินการจองการเข้ารับบริการล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สปสช. อาจแสดงตนยืนยันสิทธิด้วยวิธีการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ก็ได้

กรณีไม่สามารถแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามวิธีการตามวรรคหนึ่งและวรรคสอง อาจแสดงตนยืนยันสิทธิด้วยวิธีการและเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่งตามที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ทั้งนี้ หน่วยบริการต้องแจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงาน เพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี”

ข้อ ๕ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นข้อ ๑๖/๑ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๘

“ข้อ ๑๖/๑ ให้หน่วยบริการจัดให้ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ที่ให้บริการมีการยืนยันตัวตนในการให้บริการ โดยให้นำวิธีการและเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่งตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ มาใช้บังคับโดยอนุโลม หรือกรณีที่มีเหตุจำเป็นให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด”

ข้อ ๖ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น (๔) ของข้อ ๒๑ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๘

“(๔) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการยืนยันตัวตนการให้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์”

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเวชกรรม

พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๖๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๖๗ ข้อ ๖๗.๙ และข้อ ๘๖.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๖๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๖๗

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเวชกรรม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า

(๑) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ ให้หน่วยบริการตามประกาศนี้มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการที่จ่ายตามรายการบริการ เฉพาะที่กำหนดในประกาศนี้ กรณีที่หน่วยบริการมีศักยภาพเพิ่มเติมจากประกาศนี้ ให้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเพื่อให้บริการและมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่น

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเวชกรรมต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการตรวจวินิจฉัยให้คำปรึกษา

(๒) บริการตรวจวินิจฉัยให้คำปรึกษา บริการบำบัดและการบริการทางการแพทย์ และบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

(๓) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข้อ ๘ การให้บริการตรวจวินิจฉัยให้คำปรึกษาตามข้อ ๗ (๑) และบริการตรวจวินิจฉัยให้คำปรึกษา บริการบำบัดและการบริการทางการแพทย์ และบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามข้อ ๗ (๒) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรมซึ่งเป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการเฉพาะผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในหน่วยบริการ

ข้อ ๙ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการสาธารณสุขตามข้อ ๘ ให้เป็นไปตามรายการบริการ อัตราการจ่าย และหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการตรวจวินิจฉัยให้คำปรึกษา จ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง

(๒) บริการตรวจวินิจฉัยให้คำปรึกษา รวมบริการบำบัดและการบริการทางการแพทย์และบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ จ่ายในอัตรา ๑๘๐ บาทต่อครั้ง

จำนวนครั้งการให้บริการและวิธีการกำหนดจำนวนครั้งในการให้บริการตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามข้อ ๗ (๓) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรมซึ่งเป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการในหน่วยบริการ

ข้อ ๑๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการสาธารณสุขตามข้อ ๑๐ ให้เป็นไปตามรายการบริการ กลุ่มเป้าหมาย อัตราการจ่าย เงื่อนไขบริการ และการตรวจสอบเอกสาร ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมาย อัตราการจ่าย เงื่อนไขบริการ และการตรวจสอบเอกสาร
๑	๑. บริการฝากครรภ์สำหรับการฝากครรภ์ครั้งที่ ๑ ต้องเป็นหน่วยบริการที่มีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดแรก และบริการตรวจอัลตราซาวด์ ๒. บริการฝากครรภ์สำหรับการฝากครรภ์ครั้งที่ ๒ เป็นต้นไป	กลุ่มเป้าหมาย อัตราการจ่าย เงื่อนไขบริการ การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายและการตรวจสอบเอกสาร ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ
๒	บริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว (Progestogen-only pill - POP) และบริการให้คำปรึกษา	
๓	บริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (Combined Oral Contraceptive - COC) และบริการให้คำปรึกษา	
๔	บริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน และบริการให้คำปรึกษา	
๕	บริการยาฉีดคุมกำเนิดและบริการให้คำปรึกษา	
๖	บริการฝังยาคุมกำเนิด	
๗	บริการถอดยาฝังคุมกำเนิด	
๘	บริการใส่ห่วงอนามัย	
๙	บริการจ่ายถุงยางอนามัยและบริการให้คำปรึกษา	
๑๐	บริการทดสอบการตั้งครรภ์	
๑๑	บริการตรวจหลังคลอด และบริการยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน	
๑๒	บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก	
๑๓	บริการให้วัคซีนป้องกันโรค	
๑๔	บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	
๑๕	บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ	
๑๖	บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้ ๑. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test รวมถึงการเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตัวเอง (HPV self-sampling) เฉพาะค่าบริการเก็บตัวอย่าง	

ลำดับ	รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมาย อัตราการจ่าย เงื่อนไขบริการ และการตรวจสอบเอกสาร
	๒. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Pap smear ๓. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA	
๑๗	บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจปัสสาวะ	
๑๘	บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)	
๑๙	บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส	
๒๐	บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	
๒๑	บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี	
๒๒	บริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test) รวมบริการให้คำปรึกษา	กลุ่มเป้าหมาย อัตราการจ่าย เงื่อนไขบริการ การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย และการตรวจสอบเอกสารให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๒ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบโปรแกรม A-MED Care หรือเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงานตามโครงสร้างข้อมูล (Standard data set) ที่กำหนด หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๓ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๒ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๔ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยใบหน้า (Face Verification Service) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยใบหน้า (Face Verification Service) เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข

การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการของผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า ๑๕ ปีบริบูรณ์ หรือผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ดำเนินการจองการเข้ารับบริการล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สปสช. อาจแสดงตนยืนยันสิทธิด้วยวิธีการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ก็ได้

กรณีไม่สามารถแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามวิธีการตามวรรคหนึ่งและวรรคสอง อาจแสดงตนยืนยันสิทธิด้วยวิธีการและเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่งตามที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ทั้งนี้ หน่วยบริการต้องแจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงานเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี

ข้อ ๑๕ ให้หน่วยบริการจัดให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้บริการมีการยืนยันตัวตนในการให้บริการ โดยให้นำวิธีการและเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่งตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ มาใช้บังคับโดยอนุโลม หรือกรณีที่มีเหตุจำเป็นให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๖ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ทั้งนี้ การขอรับค่าใช้จ่ายต้องสอดคล้องกับศักยภาพและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) และข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile: CPP)

ข้อ ๑๗ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๘ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๗ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ จะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๙ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๘ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๒๐ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการยืนยันตัวตนการให้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการซักประวัติ การตรวจวินิจฉัยให้คำปรึกษา การบำบัดและการบริการทางการแพทย์ และคำสั่งการจ่ายยาหรือเวชภัณฑ์ (ถ้ามี) หรือข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น โดยต้องมีหลักฐานข้อมูลการให้บริการตามที่หน่วยบริการบันทึกการขอรับค่าใช้จ่ายรายละเอียดตามคู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

(๓) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานหรือบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แล้วแต่กรณีตามข้อ ๑๑

ข้อ ๒๑ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามข้อ ๑๔

(๓) ตรวจสอบพบการให้บริการไม่สอดคล้องกับศักยภาพและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) และข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile: CPP) ตามข้อ ๑๖

(๔) ไม่พบเอกสารหลักฐานตามรายการที่กำหนดในข้อ ๒๐

ข้อ ๒๒ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย

ตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านทันตกรรม พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านทันตกรรม พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๖๗ และข้อ ๖๗.๗ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านทันตกรรม พ.ศ. ๒๕๖๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการนวัตกรรมด้านทันตกรรม พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ ให้หน่วยบริการตามประกาศนี้มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการที่จ่ายตามรายการบริการ เฉพาะที่กำหนดในประกาศนี้ กรณีที่หน่วยบริการมีศักยภาพเพิ่มเติมจากประกาศนี้ ให้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเพื่อให้บริการและมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่น

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านทันตกรรมต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการตามหมวด ๑

(๒) การให้บริการทันตกรรมโดยรถทันตกรรมตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลตามหมวด ๒

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
การให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการ

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ การให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการแก่ผู้รับบริการ หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรมซึ่งเป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ข้อ ๙ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการตามข้อ ๘ ให้เป็นไปตามอัตราการจ่ายและหลักเกณฑ์การให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา ๗๐๐ บาทต่อครั้ง โดยครอบคลุมรายการบริการ ดังต่อไปนี้

(ก) ตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนการรักษาและหรือ X-ray (ถ้ามี)

(ข) เคลือบหลุมร่องฟัน

(ค) ขูดหินน้ำลายทั้งปาก

(ง) อุดฟัน

(จ) ถอนฟัน

(๒) หลักเกณฑ์การให้บริการตาม (๑) ต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยการให้บริการครั้งแรกต้องเป็นการให้บริการตาม (๑) (ก) ร่วมกับการให้บริการตาม (๑) (ข) (ค) (ง) หรือ (จ) อย่างน้อย ๑ รายการ การให้บริการครั้งถัดไป ให้เป็นไปตามแผนการดูแลรักษาหรือตามอาการสำคัญหรืออาการนำที่มาพบทันตแพทย์ (Chief complaint) โดยเป็นการให้บริการตาม (๑) (ข) (ค) (ง) หรือ (จ) อย่างน้อย ๑ รายการ ทั้งนี้ แนวทางการให้บริการเป็นไปตามที่กำหนดในข้อ ๑๐

จำนวนครั้งการให้บริการและวิธีการกำหนดจำนวนครั้งในการให้บริการตาม (๑) ให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ แนวทางการให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	แนวทางการให้บริการ
๑	การตรวจวินิจฉัย โดยการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนการรักษา	๑. ตรวจช่องปากครั้งแรกพร้อมบันทึกแผนการรักษาเป็นรายซี่ในระบบเวชระเบียน ๒. แจ้งผลการตรวจให้กับผู้รับบริการ อธิบาย ให้คำแนะนำ
๒	บริการเคลือบหลุมร่องฟัน	เคลือบปิดหลุมร่องฟันกรามถาวร ให้บริการเฉพาะผู้รับบริการที่มีหลุมร่องฟันลึกในฟันกรามถาวร ซี่ที่ ๖ และซี่ที่ ๗ ในอายุไม่เกิน ๑๕ ปี

ลำดับ	รายการ	แนวทางการให้บริการ
๓	ทันตกรรมรักษา ๓ รายการ ดังต่อไปนี้ ๑. ขูดหินน้ำลายทั้งปาก ๒. อุดฟัน ๓. ถอนฟัน	๑. ขูดหินน้ำลายทั้งปาก : เป็นการขูดหินน้ำลายทั้งปาก โดยเว้นระยะห่าง ๖ เดือน และต้องมีการสอนแปรงฟันจริงในช่องปากและพิจารณาเลือกสอนการใช้เครื่องมือทำความสะอาดซอกฟัน เช่น ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน ตามสภาวะช่องปากและฟันของผู้รับบริการแต่ละราย แต่ไม่รวมถึงการรักษาโรคปริทันต์อักเสบในกรณีมีกระเป๋าปริทันต์เฉพาะ ๒. อุดฟัน : โดยการอุดทั้งซี่ รวมการอุดฟันหน้า ฟันหลัง การอุดด้วยวัสดุแบบต่าง ๆ ในกรณีที่รอยผุกว้างจะต้องแจ้งผู้รับบริการถึงโอกาสที่วัสดุอุดจะแตกเสียหาย ๓. ถอนฟัน : ถอนฟันถาวร ฟันน้ำนม แต่ไม่รวมการผ่าฟันคุด

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform (ผ่าน Hospital Portal ทาง Website KTB (https://www.healthplatform.krungthai.com) หรือเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงานตามโครงสร้างข้อมูล (Standard data set) ที่กำหนด หรือโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการทันตกรรมส่วนบุคคล (Dentcloud) หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๑ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๓ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยใบหน้า (Face Verification Service) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยใบหน้า (Face Verification Service) เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข

การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการของผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า ๑๕ ปีบริบูรณ์ หรือผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ดำเนินการจองการเข้ารับบริการล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สปสช. อาจแสดงตนยืนยันสิทธิด้วยวิธีการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ก็ได้

กรณีไม่สามารถแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามวิธีการตามวรรคหนึ่งและวรรคสอง อาจแสดงตนยืนยันสิทธิด้วยวิธีการและเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่งตามที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ทั้งนี้ หน่วยบริการต้องแจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงานเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี

ข้อ ๑๔ ให้หน่วยบริการจัดให้ทันตแพทย์ผู้ให้บริการมีการยืนยันตัวตนในการให้บริการ โดยให้นำวิธีการและเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่งตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการมาใช้บังคับโดยอนุโลม หรือกรณีที่มีเหตุจำเป็นให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๕ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ทั้งนี้ การขอรับค่าใช้จ่ายต้องสอดคล้องกับศักยภาพและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) และข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile: CPP)

ข้อ ๑๖ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๗ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๖ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ จะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๘ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๗ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๙ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการยืนยันตัวตนการให้บริการโดยทันตแพทย์

(๒) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการตรวจสุขภาพช่องปาก การวางแผนการรักษา หรือภาพถ่ายในช่องปาก

(๓) ตรวจพบเอกสารหลักฐานรายละเอียดการทำหัตถการ ในกรณีที่อุดฟันหรือถอนฟันให้ระบุซี่ฟันหรือด้านฟันที่ให้บริการ หรือข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาในครั้งนั้น ทั้งนี้ การให้บริการให้เป็นไปตามแผนการดูแลรักษาหรือตามอาการสำคัญหรืออาการนำที่มาพบทันตแพทย์ (Chief complaint) โดยเป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการในข้อ ๙ (๒) และแนวทางการให้บริการเป็นไปตามที่กำหนดในข้อ ๑๐

ข้อ ๒๐ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามข้อ ๑๓

(๓) ตรวจสอบพบการให้บริการไม่สอดคล้องกับศักยภาพและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) และข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile: CPP) ตามข้อ ๑๕

(๔) ไม่พบเอกสารหลักฐานตามรายการที่กำหนดในข้อ ๑๙

ข้อ ๒๑ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๒
การให้บริการทันตกรรมโดยรถทันตกรรมตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

ส่วนที่ ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๒ การให้บริการทันตกรรมโดยรถทันตกรรมตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลแก่ผู้รับบริการ ต้องไปเป็นตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรม ซึ่งเป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และผ่านการรับรองจากทันตแพทยสภา

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ต้องขังในเรือนจำ หรือเป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน หรือเป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการในพื้นที่ที่มีความจำเป็นต้องให้บริการโดยรถทันตกรรมตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๓ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการทันตกรรมโดยรถทันตกรรมตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลตามข้อ ๒๒ ให้เป็นไปตามอัตราการจ่ายและหลักเกณฑ์การให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) อัตราการจ่าย เหมาจ่ายในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อครั้ง โดยครอบคลุมรายการบริการดังต่อไปนี้

(ก) ตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนการรักษาและหรือ X-ray (ถ้ามี)

(ข) เคลือบหลุมร่องฟัน

(ค) ขูดหินน้ำลายทั้งปาก

(ง) อุดฟัน

(จ) ถอนฟัน

(๒) การให้บริการต้องประกอบด้วยรายการตาม (๑) (ก) ร่วมกับการให้บริการตาม (๑) (ข) (ค) (ง) หรือ (จ) อย่างน้อย ๑ รายการ ตามความจำเป็น ทั้งนี้ แนวทางและเงื่อนไขการให้บริการทันตกรรมโดยรถทันตกรรม ให้นำแนวทางการให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการที่กำหนดในข้อ ๑๐ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

(๓) หน่วยบริการตามข้อ ๒๒ (๑) ที่จะให้บริการตามหมวดนี้ ต้องแจ้งแผนการให้บริการก่อนเข้าไปให้บริการไปยังสำนักงานสาขาของสำนักงานที่หน่วยบริการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ สำนักงานสาขาของสำนักงานที่หน่วยบริการจะให้บริการในพื้นที่นั้น ๆ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่รับผิดชอบในพื้นที่ที่จะให้บริการ เพื่อดำเนินการแจ้งแผนการให้บริการไปยังหน่วยงานเกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ในพื้นที่ที่มีความจำเป็นต้องให้บริการโดยรถทันตกรรมตามที่สำนักงานกำหนดต้องได้รับการอนุมัติแผนการให้บริการจากสำนักงานสาขา

จำนวนครั้งการให้บริการและวิธีการกำหนดจำนวนครั้งในการให้บริการตาม (๑) ให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ส่วนที่ ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๔ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึก หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform (ผ่าน Hospital Portal ทาง Website KTB (https://www.healthplatform.krungthai.com) หรือเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงานตามโครงสร้างข้อมูล (Standard data set) ที่กำหนด หรือโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการทันตกรรมส่วนบุคคล (Dentcloud) หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๕ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๔ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๖ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ ตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีผู้ต้องขังในเรือนจำ หรือผู้รับบริการที่เป็นเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ต้องแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข

(๒) กรณีผู้รับบริการในพื้นที่ที่มีความจำเป็นต้องให้บริการโดยรถทันตกรรมตามที่สำนักงานกำหนด

(ก) แสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยใบหน้า (Face Verification Service) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยใบหน้า (Face Verification Service) เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข

(ข) การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการของผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า ๑๕ ปีบริบูรณ์ หรือผู้สูงอายุ อาจแสดงตนยืนยันสิทธิด้วยวิธีการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ก็ได้

(ค) กรณีไม่สามารถแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามวิธีการตาม (ก) และ (ข) อาจแสดงตนยืนยันสิทธิด้วยวิธีการและเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่งตามที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ทั้งนี้ หน่วยบริการต้องแจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงานเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี

ข้อ ๒๗ ให้หน่วยบริการจัดให้ทันตแพทย์ผู้ให้บริการมีการยืนยันตัวตนในการให้บริการโดยให้นำวิธีการและเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่งตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการมาใช้บังคับโดยอนุโลม หรือกรณีที่มีเหตุจำเป็นให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด ทั้งนี้ การให้บริการแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำ หรือผู้รับบริการที่เป็นเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ทันตแพทย์ผู้ให้บริการต้องยืนยันตัวตนการให้บริการเป็นรายวัน

ข้อ ๒๘ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ทั้งนี้ การขอรับค่าใช้จ่ายต้องสอดคล้องกับศักยภาพและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) และข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile: CPP)

ข้อ ๒๙ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๐ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๒๙ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ จะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๑ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๐ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๓๒ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการยืนยันตัวตนการให้บริการโดยทันตแพทย์

(๒) กรณีบริการทันตกรรมโดยรถทันตกรรมต้องดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล โดยการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ต้องขังในเรือนจำ หรือเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จำนวนผู้รับบริการต้องเป็นไปตามการรับรองจากผู้บริหารของเรือนจำ หรือสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

(๓) ตรวจพบแผนการให้บริการที่แจ้งไปยังสำนักงานสาขาของสำนักงาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่รับผิดชอบในพื้นที่ที่จะให้บริการก่อนเข้าไปให้บริการ

(๔) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการตรวจสุขภาพช่องปาก การวางแผนการรักษา หรือภาพถ่ายในช่องปาก

(๕) ตรวจพบเอกสารหลักฐานรายละเอียดการทำหัตถการ ในกรณีที่อุดฟันหรือถอนฟันให้ระบุซี่ฟันหรือด้านฟันที่ให้บริการ หรือข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาในครั้งนั้น โดยเป็นไปตามแนวทางการให้บริการเป็นไปตามที่กำหนดในข้อ ๑๐

ข้อ ๓๓ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามข้อ ๒๖

(๓) ตรวจสอบพบการให้บริการไม่สอดคล้องกับศักยภาพและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) และข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile: CPP) ตามข้อ ๒๘

(๔) ไม่พบเอกสารหลักฐานตามรายการที่กำหนดในข้อ ๓๒

ข้อ ๓๔ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๖๗ และข้อ ๖๗.๘ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๖๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ ให้หน่วยบริการตามประกาศนี้มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเฉพาะที่กำหนดในประกาศนี้

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทย ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการในหน่วยบริการ โดยรายการบริการ กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ และเงื่อนไขการให้บริการ ให้เป็นไปตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

รายการบริการ	กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ	เงื่อนไขการให้บริการ
๑. บริการนวด ๒. บริการประคบ ๓. บริการอบสมุนไพร	๑. การรักษาผู้ป่วยหรือคนพิการที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ๒. การฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับผู้ป่วยหรือคนพิการ ที่เป็นโรคอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ๒.๑ โรคอัมพฤกษ์ ๒.๒ โรคอัมพาต ๒.๓ โรคสันนิบาต ๓. การฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด	๑. มีการบันทึกข้อมูล ดังต่อไปนี้ ๑.๑ รหัสโรคตาม ICD-10 หรือ ICD-10Thaimed ๑.๒ รหัสหัตถการการแพทย์แผนไทยตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ ๒. การให้บริการแก่ผู้รับบริการต้องเป็นไปตามแนวทางการจัดบริการนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทยของสภาการแพทย์แผนไทย

(๓) การให้บริการตาม (๒) หากผู้รับบริการเป็นคนพิการ ซึ่งมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการ หน่วยบริการสามารถให้บริการที่บ้านหรือที่พักอาศัยหรือในสถานที่รับดูแลคนพิการได้ ทั้งนี้ การให้บริการนอกที่ตั้งหน่วยบริการต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทยตามข้อ ๗ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้งบริการ

จำนวนครั้งการให้บริการและวิธีการกำหนดจำนวนครั้งในการให้บริการตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบโปรแกรม A-MED Care หรือเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงานตามโครงสร้างชุดข้อมูล (Standard data set) ที่กำหนด หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยใบหน้า (Face Verification Service) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยใบหน้า (Face Verification Service) เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข

การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการของผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า ๑๕ ปีบริบูรณ์ หรือผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ดำเนินการจองการเข้ารับบริการล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สปสช. อาจแสดงตนยืนยันสิทธิด้วยวิธีการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ก็ได้

กรณีไม่สามารถแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามวิธีการตามวรรคหนึ่งและวรรคสอง อาจแสดงตนยืนยันสิทธิด้วยวิธีการและเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่งตามที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ทั้งนี้ หน่วยบริการต้องแจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงานเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี

ข้อ ๑๒ ให้หน่วยบริการจัดให้ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยหรือการนวดไทย ที่ให้บริการมีการยืนยันตัวตนในการให้บริการโดยให้นำวิธีการและเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่งตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการมาใช้บังคับโดยอนุโลม หรือกรณีที่มีเหตุจำเป็นให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ทั้งนี้ การขอรับค่าใช้จ่ายต้องสอดคล้องกับศักยภาพและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) หรือข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile: CPP)

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๕ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๔ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ จะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๖ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๕ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๗ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการยืนยันตัวตนการให้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยหรือการนวดไทย

(๒) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการดูแลรักษาด้านการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจวินิจฉัย การรักษาตามแนวทาง เงื่อนไข รายการบริการ และผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายตามข้อ ๗ (๒) หรือข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาในครั้งนั้น ซึ่งต้องมีหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการบันทึกการขอรับค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ รายละเอียดเป็นไปตามแนวทางที่สภาการแพทย์แผนไทยกำหนด

ข้อ ๑๘ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามข้อ ๑๑

(๓) ตรวจสอบพบการให้บริการไม่สอดคล้องกับศักยภาพและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) และข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile: CPP) ตามข้อ ๑๓

(๔) ไม่พบเอกสารหลักฐานตามรายการที่กำหนดในข้อ ๑๗

ข้อ ๑๙ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รหัสหัตถการการแพทย์แผนไทย

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
นวด	๑๐๐-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ศีรษะ
	๑๕๔-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ใบหน้า
	๓๐๒-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่เต้านม
	๔๐๐-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่หน้าท้อง
	๕๙๐-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่หลัง
	๕๙๐-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่หลัง
	๕๙๐-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่หลัง
	๕๙๐-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่หลัง
	๕๙๐-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่หลัง
	๕๙๐-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่หลัง
	๕๙๐-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่หลัง
	๗๒๑-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ไหล่ บ่า

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	๗๒๑-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ไหล่ บ่า
	๗๒๒-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ต้นแขน
	๗๒๔-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่แขน
	๗๒๔-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่แขน
	๗๒๕-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ข้อมือ
	๗๒๖-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่มือ
	๗๒๖-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่มือ
	๘๗๑-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่สะโพก เอว

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	๘๗๑-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่สะโพก เอว
	๘๗๒-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ต้นขา
	๘๗๓-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่หัวเข่า
	๘๗๔-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ขา
	๘๗๔-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ขา
	๘๗๕-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ข้อเท้า
	๘๗๖-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่เท้า
	๘๗๖-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่เท้า

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	๘๗๖-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่เท้า
	๙๐๐-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๗-๓๐	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการปฏิบัติตัวสำหรับหลังคลอดที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๑๐	การนวดด้วยยาหรือน้ำมันหอมระเหยที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๑๑	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนักที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๑๒	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์ที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๑๘	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่นที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๑๙	การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ไม่ระบุรายละเอียดที่ทั่วร่างกาย
	๙๙๙-๗๗-๐๐	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๗-๑๓	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	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	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ศีรษะ
	๑๐๐-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ศีรษะ
	๑๕๔-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ใบหน้า
	๑๕๔-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ใบหน้า
	๓๐๒-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่เต้านม
	๔๐๐-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่หน้าท้อง
	๔๐๐-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่หน้าท้อง
	๕๙๐-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่หลัง
	๕๙๐-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่หลัง

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	๕๙๐-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่หลัง
	๕๙๐-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่หลัง
	๕๙๐-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่หลัง
	๗๒๑-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ไหล่ บ่า
	๗๒๑-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ไหล่ บ่า
	๗๒๒-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ต้นแขน
	๗๒๒-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ต้นแขน
	๗๒๔-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่แขน
	๗๒๔-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่แขน
	๗๒๔-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่แขน
	๗๒๕-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ข้อมือ
	๗๒๕-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ข้อมือ
	๗๒๖-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่มือ
	๗๒๖-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่มือ
	๗๒๖-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่มือ
	๘๗๑-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่สะโพก เอว
	๘๗๑-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่สะโพก เอว
	๘๗๒-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ต้นขา

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
	๘๗๒-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ต้นขา
	๘๗๒-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ต้นขา
	๘๗๓-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่หัวเข่า
	๘๗๓-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่หัวเข่า
	๘๗๔-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ขา
	๘๗๔-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ขา
	๘๗๔-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ขา
	๘๗๕-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ข้อเท้า
	๘๗๕-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ข้อเท้า
	๘๗๖-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่เท้า
	๘๗๖-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่เท้า
	๘๗๖-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่เท้า
	๙๐๐-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ทั่วร่างกาย
	๙๙๙-๗๗-๐๑	การบริบาลหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประคบที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๗-๑๔	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๘-๒๐	การประคบด้วยสมุนไพรที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๘-๒๑	การประคบความร้อนที่ไม่ระบุตำแหน่ง
	๙๙๙-๗๘-๒๒	การประคบความเย็นที่ไม่ระบุตำแหน่ง

กิจกรรมบริการ	รหัสหัตถการ	ชื่อหัตถการ
อบสมุนไพร	๙๐๐-๗๗-๑๕	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการเข้ากระโจมที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๗-๑๖	การบริบาลหญิงหลังคลอดด้วยการอบไอน้ำสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๐๐	การอบไอน้ำสมุนไพรที่ทั่วร่างกาย
	๙๐๐-๗๘-๐๒	การเข้ากระโจมที่ทั่วร่างกาย

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล ในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกลในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๒.๔ และข้อ ๖๘.๓ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“การบริการการแพทย์ทางไกล” หมายความว่า การให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขของสถานพยาบาลแก่ผู้ขอรับบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกล เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรึกษา การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข

“ระบบบริการการแพทย์ทางไกล” หมายความว่า ระบบงานที่มีการนำดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่อยู่ต่างสถานที่ด้วยวิธีการส่งสัญญาณข้อมูลภาพและเสียงหรือวิธีการอื่นใด

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกลในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกลในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๕.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ

๕.๒ เป็นการให้บริการตามขอบเขตกลุ่มโรคที่กำหนด ตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๓ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๖ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการบริการและอัตรา ดังนี้

๖.๑ จ่ายเป็นค่าบริการตรวจวินิจฉัยให้คำปรึกษา ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง

๖.๒ จ่ายเป็นค่าบริการตรวจวินิจฉัยให้คำปรึกษาค่ายาและเวชภัณฑ์ ในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อครั้ง

๖.๓ จ่ายเป็นค่าบริการตรวจวินิจฉัย ให้คำปรึกษา ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยทางไปรษณีย์ ในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

๖.๔ สำหรับยาต้านไวรัสเพื่อรักษาโรคโควิด 19 ได้แก่ ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) และยาโมลนูพิราเวียร์ (Molnupiravir) ให้จ่ายเพิ่มเติมได้ตามรายการบริการที่กำหนด โดยอัตราจ่ายเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึก หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบโปรแกรม A-MED Care หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๙ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามรอบที่กำหนด โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะต้องแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๙.๑ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด (ข้อมูล Y) สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

๙.๒ ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด: ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล N) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ สำนักงานมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด (ข้อมูล Y) ทุกรายการด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ หรือระบบการกำหนดเงื่อนไขข้อมูลที่ต้องสงสัยว่าผิดปกติ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายต้องแสดงสถานะข้อมูล และดำเนินการ ดังนี้

๑๐.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข

๑๐.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ AI หรือ verification system (ข้อมูลV: Verify) ข้อมูลรายการนั้นจะถูกชะลอการจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อให้มีการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการอีกครั้ง หรือสอบถามผู้รับบริการทางโทรศัพท์เพิ่มเติม รายละเอียดตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

๑๐.๓ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบ ตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้ โดยสำนักงานจะรายงานผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานและดำเนินการ ดังนี้

๑๐.๓.๑ ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๑๐.๓.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ เนื่องจากไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย หรือให้บริการไม่ครบตามที่หลักเกณฑ์กำหนด สำนักงานจะแจ้งผลการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการให้หน่วยบริการทราบ โดยหน่วยบริการสามารถขอให้สำนักงานทบทวนผลการตรวจสอบ ภายในระยะเวลา ๑๐ วัน นับแต่วันที่หน่วยบริการได้รับรายงานแจ้งผลการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ทั้งนี้ สำนักงานอาจพิจารณาขยายระยะเวลาได้ตามเหตุผลและความจำเป็น เมื่อหน่วยบริการร้องขอ

๑๐.๓.๓ ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ และหน่วยบริการไม่ขอให้สำนักงานทบทวนผลการตรวจสอบดังกล่าว หรือเมื่อสำนักงานพิจารณาข้อเสนอขอทบทวนแล้วยังตรวจสอบไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามที่หลักเกณฑ์กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการรับทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายหากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ ก็ได้

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๑๒.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๑๒.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๑๒.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล
ในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ขอบเขตกลุ่มโรคสำหรับบริการสาธารณสุขระบบทางไกล

Diagnosis Code	Diagnosis Name English	Diagnosis Name Thai
M15	Polyarthrosis	ข้อเสื่อมหลายข้อ
B30	Viral conjunctivitis	ตาแดงจากไวรัส
B30.9	Viral conjunctivitis, unspecified	ตาแดงจากไวรัส ที่มิได้มีรหัสระบุรายละเอียด
M15.0	Primary generalized (osteo) arthrosis	ข้อเสื่อมโดยทั่วไปปฐมภูมิ
L03	Cellulitis	เนื้อเยื่ออักเสบ
R42	Dizziness and giddiness	วิงเวียน มึน
R51	Headache	ปวดศีรษะ
A05.9	Acute sinusitis, unspecified	อาหารเป็นพิษจากเชื้อแบคทีเรียอื่น
A09	Other gastroenteritis and colitis of infectious and unspecified origin	อาการท้องร่วง กระเพาะและลำไส้อักเสบจากการติดเชื้อ
R50	Fever of other and unknown origin	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ
H81	Disorders of vestibular function	ความผิดปกติของระบบการทรงตัวของหู
H00	Hordeolum and chalazion	โรคตากุ้งยิง และตุ่มอักเสบเรื้อรังที่หนังตา
H10	Conjunctivitis	การอักเสบของเยื่อบุตา
B34.9	Viral infection, unspecified	การติดเชื้อไวรัส ที่มิได้ระบุรายละเอียด
M62.6	Muscle strain	กล้ามเนื้อเคล็ด
B34	Viral infection of unspecified site	การติดเชื้อไวรัสไม่ระบุตำแหน่งที่เป็น
M13.1	Monoarthritis, not elsewhere classified	ข้ออักเสบข้อเดียว ที่มิได้มีระบุรายละเอียด
J00	Acute nasopharyngitis (common cold)	เยื่อบุจมูกและลำคออักเสบเฉียบพลัน(หวัดธรรมดา)
R50.9	Fever, unspecified	ไข้ ไม่ระบุชนิด
H81.1	Benign paroxysmal vertigo	เวียนศีรษะบ้านหมุนเฉียบพลัน แบบไม่รุนแรง
K30	Functional Dyspepsia	ปวดท้องช่วงบน

J06	Acute upper respiratory infections of multiple and unspecified sites	การติดเชื้อทางเดินหายใจในส่วนบนแบบเฉียบพลันหลายแห่งพร้อมกัน
L50	Urticaria	ลมพิษ
R10	Abdominal and pelvic pain	ปวดท้อง และปวดอุ้งเชิงกราน
H10.3	Acute conjunctivitis, unspecified	เยื่อบุตาอักเสบเฉียบพลัน ที่มิได้ระบุรายละเอียด
L50.9	Urticaria, unspecified	ลมพิษ ที่มิได้ระบุรายละเอียด
M54.5	Lumbago with sciatica	ปวดหลังส่วนล่าง
J02	Acute pharyngitis	คออักเสบเฉียบพลัน
J03	Acute tonsillitis	ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน
J02.9	Acute pharyngitis, unspecified	คออักเสบเฉียบพลัน ที่มิได้ระบุรายละเอียด
J06.9	Acute upper respiratory infection, unspecified	การติดเชื้อทางเดินหายใจในส่วนบนแบบเฉียบพลัน
K29.7	Gastritis, unspecified	กระเพาะอาหารอักเสบ ที่มิได้ระบุรายละเอียด
R10.4	Other and unspecified abdominal pain	อาการปวดท้องอื่นๆ และอาการปวดท้องที่ไม่ระบุ
M13.0	Polyarthritis, unspecified	ข้ออักเสบหลายข้อ ที่มิได้ระบุรายละเอียด
J03.9	Acute tonsillitis, unspecified	ต่อมทอลซิลอักเสบเฉียบพลัน ที่มิได้ระบุรายละเอียด
J30.4	Allergic rhinitis, unspecified	เยื่อจมูกอักเสบจากการแพ้ ที่มิได้ระบุรายละเอียด
M79.1	Myalgia	ปวดกล้ามเนื้อ
J30	Vasomotor and allergic rhinitis	เยื่อจมูกอักเสบจากการแพ้หรือการเปลี่ยนอากาศ
M13	Other arthritis	ข้ออักเสบแบบอื่น
J01	Acute sinusitis	ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน
J01.9	Acute sinusitis, unspecified	ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน ที่มิได้ระบุรายละเอียด
U07.1 U07.2	2019 nCoV virus disease	โควิด 19

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล
ในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

คุณสมบัติของหน่วยบริการที่ร่วมให้บริการสำหรับค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกล ในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป

๑. ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล โดยมีใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) ที่ระบุ “มีการบริการการแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine)”

๒. สามารถให้บริการการแพทย์ทางไกลได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล พ.ศ. ๒๕๖๔ ของกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งระบบในการพิสูจน์ตัวตนของผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการ

๓. มีแพทย์พร้อมให้บริการโดยไม่กระทบกับการให้บริการหลัก และมีระยะเวลาในการให้บริการ ๑๐-๑๕ นาทีต่อครั้ง

๔. สามารถจัดส่งยาถึงผู้ป่วยภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังผู้ป่วยเข้ารับบริการ

เอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล
ในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

เอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการตรวจสอบและเกณฑ์การตรวจสอบการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขสำหรับค่าบริการสาธารณสุขระบบทางไกลในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป

๑. เอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข หรือข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการ กรณีบริการสาธารณสุขระบบทางไกล ในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ดังนี้

๑.๑ เอกสารหลักฐานการให้บริการตรวจวินิจฉัยหรือให้คำปรึกษา

๑.๒ เอกสารหลักฐานการสั่งจ่ายยาและเวชภัณฑ์

๑.๓ เอกสารหลักฐานการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยทางไปรษณีย์

๒. เกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน หรือข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการ ดังนี้

๒.๑ ขอบเขตการให้บริการเป็นตามกลุ่มโรคที่กำหนด ตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

๒.๒ ตรวจสอบพบการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการ

๒.๓ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตรวจวินิจฉัย และให้คำปรึกษาโดยผู้ประกอบวิชาชีพ ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง

๒.๔ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตรวจวินิจฉัย ให้คำปรึกษา และการสั่งและเวชภัณฑ์โดยผู้ประกอบวิชาชีพ ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อครั้ง

๒.๕ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตรวจวินิจฉัย ให้คำปรึกษา การสั่งและเวชภัณฑ์โดยผู้ประกอบวิชาชีพ และการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยทางไปรษณีย์ ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

๒.๖ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการสั่งจ่ายยาต้านไวรัสเพื่อรักษาโรคโควิด ๑๙ ได้แก่ ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) และยาโมลนูพิราเวียร์ (Molnupiravir) ตามรายการที่เรียกเก็บค่าให้จ่าย

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัดที่เป็นการให้บริการโดยหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๖๖.๑๐ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๔ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้ ต้องเป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เอกชน หรือสภากาชาดไทย ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด และขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัดที่ให้บริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด เพื่อจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นการให้บริการกายภาพบำบัดในหน่วยบริการแบบผู้ป่วยนอกหรือเป็นการให้บริการนอกหน่วยบริการ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะและสมอง หรือผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง หรือผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไปที่มีกระดูกสะโพกหักชนิดไม่รุนแรง

(๒) ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤต

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัดตามข้อ ๖ ให้เป็นไปตามรายการบริการ และอัตราการจ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับบริการกายภาพบำบัด จ่ายตามจริงไม่เกิน ๔๕๐ บาทต่อครั้ง

(๒) บริการทางการแพทย์เพิ่มเติมจาก (๑) สำหรับการให้บริการที่บ้านหรือที่พักอาศัยของผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤติ ในกรณีผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการจ่ายตามจริงไม่เกิน ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

กรณีการให้บริการกายภาพบำบัดตาม (๑) และ (๒) ร่วมกันหลายหน่วยบริการให้นับจำนวนครั้งการให้บริการต่อเนื่องกันไม่เกิน ๒๐ ครั้งภายใน ๖ เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤติ

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บผ่านโปรแกรม Disability Portal หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงานตามโครงสร้างข้อมูลที่กำหนด หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๙ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

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

ข้อ ๑๒ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการต้องลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนในโปรแกรม Disability Portal

(๒) ผู้รับบริการต้องเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะและสมอง หรือผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง หรือผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไปที่มีกระดูกสะโพกหักชนิดไม่รุนแรง และต้องเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤต มีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล น้อยกว่า ๑๕ หรือตั้งแต่ ๑๕ แต่มีความบกพร่องหลายระบบร่วมด้วย ภายในระยะเวลา ๖ เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤติ

(๓) ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการที่บันทึกรายละเอียดของกิจกรรมที่ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๔) ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการที่บ้านหรือที่พักอาศัยของผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤติในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมสำหรับการให้บริการที่บ้านหรือที่พักอาศัย

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ผู้รับบริการไม่เป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤต ตามกลุ่มโรคที่สำนักงานกำหนด

(๔) ตรวจสอบการให้บริการไม่สอดคล้องกับศักยภาพและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile : CPP)

(๕) ไม่ปรากฏหลักฐานการให้บริการตามเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๑๒

ข้อ ๑๔ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๕ การให้บริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๖๗ และข้อ ๖๗.๑๐ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความใน (๒) ของข้อ ๖ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๖๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๒) ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤต มีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอลน้อยกว่า ๑๕ หรือตั้งแต่ ๑๕ ร่วมกับมีความบกพร่องที่ส่งผลต่อการลดลงหรือการสูญเสียโครงสร้างหรือการทำงานของร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติอื่น ซึ่งส่งผลให้สมรรถนะในการทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ ลดลง ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านระบบขับถ่าย ด้านระบบปัสสาวะ ด้านการสื่อความหมาย ด้านการกลืน หรือด้านการรับรู้ อย่างน้อยหนึ่งด้าน ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)”

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความใน (๒) ของข้อ ๑๒ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๖๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๒) ผู้รับบริการต้องเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะและสมอง หรือผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง หรือผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไปที่มีกระดูกสะโพกหักชนิดไม่รุนแรง ซึ่งผู้รับบริการดังกล่าวต้องเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤต มีสภาวะทางการแพทย์คงที่ และเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอลน้อยกว่า ๑๕ หรือตั้งแต่ ๑๕ ร่วมกับมีความบกพร่องที่ส่งผลต่อการลดลงหรือการสูญเสียโครงสร้างหรือการทำงานของร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติอื่น

ซึ่งส่งผลให้สมรรถนะในการทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ ลดลง ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านระบบขับถ่าย ด้านระบบปัสสาวะ ด้านการสื่อความหมาย ด้านการกลืน หรือด้านการรับรู้ อย่างน้อยหนึ่งด้าน ภายในระยะเวลา ๖ เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤติ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)”

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

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

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๖๗ และข้อ ๖๗.๑๐ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในข้อ ๗ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๖๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัดตามข้อ ๖ ให้เป็นไปตามรายการบริการ อัตราการจ่าย และหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับบริการกายภาพบำบัด จ่ายตามจริงไม่เกิน ๔๕๐ บาทต่อครั้ง

(๒) บริการทางการแพทย์เพิ่มเติมจาก (๑) สำหรับการให้บริการที่บ้านหรือที่พักอาศัยของผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤติ ในกรณีผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่หน่วยบริการจ่ายตามจริงไม่เกิน ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

จำนวนครั้งการให้บริการและวิธีการกำหนดจำนวนครั้งในการให้บริการของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัดให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด และกรณีการให้บริการกายภาพบำบัดตามวรรคหนึ่งร่วมกันหลายหน่วยบริการให้นับจำนวนครั้งการให้บริการต่อเนื่องกันไม่เกิน ๒๐ ครั้ง ภายใน ๖ เดือนนับจากวันที่เป็นผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤติ”

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความในข้อ ๑๐ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๖๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๑๐ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยใบหน้า (Face Verification Service)

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยใบหน้า (Face Verification Service) เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข

การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการของผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า ๑๕ ปีบริบูรณ์ หรือผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ดำเนินการจองการเข้ารับบริการล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สปสช. อาจแสดงตนยืนยันสิทธิด้วยวิธีการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ก็ได้

กรณีไม่สามารถแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามวิธีการตามวรรคหนึ่งและวรรคสอง อาจแสดงตนยืนยันสิทธิด้วยวิธีการและเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่งตามที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ทั้งนี้ หน่วยบริการต้องแจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี”

ข้อ ๕ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นข้อ ๑๐/๑ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๖๗

“ข้อ ๑๐/๑ ให้หน่วยบริการจัดให้ผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดที่ให้บริการมีการยืนยันตัวตนในการให้บริการ โดยให้นำวิธีการและเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่งตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ มาใช้บังคับโดยอนุโลม หรือกรณีที่มีเหตุจำเป็นให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด”

ข้อ ๖ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น (๕) ของข้อ ๑๒ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการนวัตกรรมด้านกายภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๖๗

“(๕) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการยืนยันตัวตนการให้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด”

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การกำหนดเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลตามอาการหรือรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลตามอาการหรือรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิในหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ด้านเภสัชกรรม และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรมที่ให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล/สถานีบริการการแพทย์ทางไกล เพื่อให้การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน โดยการเข้ารับบริการในหน่วยบริการดังกล่าวเป็นบริการทางเลือกสำหรับผู้รับบริการในอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือโรคเบื้องต้น ทั้งนี้ผู้รับบริการยังสามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องได้ตามสิทธิ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๖๗.๒ ข้อ ๖๗.๔ ข้อ ๖๗.๕ และข้อ ๖๗.๙ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลตามอาการหรือรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับกับหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรมตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรมด้านเวชกรรม

(๒) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและผดุงครรภ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและผดุงครรภ์

(๓) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรมตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม

(๔) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรมที่ให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกลและสถานีบริการการแพทย์ทางไกล ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการตามวรรคหนึ่งให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายในการดูแลตามอาการหรือรักษาโรคเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการรวมกันไม่เกิน ๒ ครั้งต่อคนต่อเดือน รวมกันในทุกหน่วยบริการ

ความในวรรคสองไม่ให้ใช้บังคับกับกรณีการให้บริการตามอาการหรือกลุ่มอาการที่เป็นอาการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม ซึ่งจำนวนครั้งในการให้บริการเป็นไปตามคู่มือเภสัชกรเพื่อบริการเลิกบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าของเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ (คภยส.) มูลนิธิเภสัชกรรมชุมชน ร่วมกับสภาเภสัชกรรม หรือคู่มืออื่นเกี่ยวกับบริการเลิกบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าที่สภาเภสัชกรรมให้คำแนะนำ

ข้อ ๔ บรรดาประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ ให้ใช้บังคับตามประกาศนี้

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

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

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผ้าอ้อม แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือก

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผ้าอ้อม แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือก ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๔๐.๑ และ ข้อ ๗๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผ้าอ้อม แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือก พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีผ้าอ้อม แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือก

“ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน” หมายความว่า ศูนย์ซึ่งดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือคนพิการในชุมชน ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การสนับสนุนและส่งเสริมศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง

“แผ่นเสริมซึมซับ” หมายความว่า แผ่นรองซับการขับถ่ายซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ชนิดที่ต้องใช้ร่วมกับผ้าอ้อม และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จดแจ้งประเภทของผลิตภัณฑ์เป็นเครื่องมือแพทย์

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผ้าอ้อม แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือก ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๕.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีภาวะติดบ้าน ติดเตียง ที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า ๖ คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) หรือผู้รับบริการที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินความจำเป็นในการดำรงชีวิต หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

๕.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการอนุมัติโครงการโดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร และคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด

ข้อ ๖ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสนับสนุนเป็นผ้าอ้อม แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือกให้กับหน่วยบริการในข้อ ๕.๒ โดยให้สามารถเลือกชนิดของวัสดุได้ตามความเหมาะสมในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ ต้องไม่เกินวงเงินที่ได้รับเหมาจ่ายไม่เกิน ๓๐ บาทต่อคนต่อวัน โดยอ้างอิงอัตราเพื่อคำนวณวงเงินเหมาจ่ายตามมติคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน วันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๕ ผ้าอ้อมอัตราชิ้นละ ๙.๕๐ บาท แผ่นรองซับการขับถ่ายอัตราชิ้นละ ๖ บาท แผ่นเสริมซึมซับ อัตราชิ้นละ ๔.๗๐ บาท

ข้อ ๗ แนวทางการใช้จ่ายค่าใช้จ่าย กรณีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ กรณีกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์

แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร และกรณีกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ให้เป็นตามหลักเกณฑ์แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด บันทึกและส่งข้อมูลค่าใช้จ่ายตามโครงการที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ และข้อมูลจำนวนผ้าอ้อม แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ หรือผ้าอ้อมทางเลือก ที่สนับสนุนให้กับหน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ ให้หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดเก็บเอกสารหลักฐานการดำเนินโครงการขอสนับสนุนค่าใช้จ่าย กรณีผ้าอ้อม แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือกไว้เพื่อตรวจสอบ

ข้อ ๑๐ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร หรือกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด จะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๑๑.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๑๑.๒ ไม่พบหลักฐานการให้บริการ

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๒ ให้การบริการและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผ้าอ้อม แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือก ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ถือว่าเป็นการดำเนินการตามประกาศนี้ด้วย

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ
พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๘๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“สำนักงานเขต” หมายความว่า สำนักงานสาขาของสานักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า

(๑) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ ประกอบด้วยรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าวัคซีน ได้แก่ ค่าวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ ค่าวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ค่าวัคซีนไอกรนชนิดไร้เซลล์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ และค่าวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

(๒) ค่าถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น

(๓) โครงการขอรับการสนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น สำหรับการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการวางแผนครอบครัว

(๔) ค่าสมุดบันทึกสุขภาพ คู่มือเฝ้าระวัง ประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

(๕) ค่ายาสำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

(๖) โครงการเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยหน่วยบริการ

(ก) ค่าบริการสายด่วนสุขภาพจิต

(ข) ค่าบริการสายด่วนเลิกบุหรี่

(ค) ค่าบริการสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ข้อ ๗ การจ่ายค่าวัคซีนตามข้อ ๖ (๑) ค่าถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นตามข้อ ๖ (๒) และโครงการขอรับการสนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น สำหรับการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการวางแผนครอบครัวตามข้อ ๖ (๓) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีการให้บริการวัคซีนแก่ผู้รับบริการให้เป็นไปตามรายการ กลุ่มเป้าหมายและความถี่ของการให้บริการวัคซีนตามตาราง ๑ แนบท้ายบัญชี ๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข

(๒) กรณีการให้บริการถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นเป็นการให้บริการโดยหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์โดยให้บริการแก่ผู้รับบริการที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์

(๓) กรณีโครงการขอรับการสนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น เป็นการรับถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นจากหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์เพื่อนำมาใช้สำหรับการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการวางแผนครอบครัว โดยให้บริการแก่ผู้รับบริการตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรมดังกล่าว

สำนักงานจะจ่ายค่าวัคซีน ค่าถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นตามวรรคหนึ่งให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม อุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการจัดหาชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ เพื่อสนับสนุนวัคซีน ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

ข้อ ๘ กรณีโครงการขอรับการสนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นตามข้อ ๗ (๓) หน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ต้องดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำแผนการกระจายหรือแจกจ่ายถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นให้กับประชาชนร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค หรือกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค หรือสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร และหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่แจกถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นให้ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

(๒) จัดทำโครงการดำเนินงานเสนอต่อสำนักงานเขต พร้อมแผนการดำเนินงานตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้ เพื่อขออนุมัติโครงการและรับการสนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น โดยให้จัดเก็บสำเนาโครงการที่อนุมัติแล้วไว้เพื่อการตรวจสอบ

(๓) กรณีดำเนินงานเสร็จสิ้นตามโครงการเรียบร้อยแล้วให้หน่วยบริการที่รับผิดชอบโครงการจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน ตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้ และจัดส่งไปยังสำนักงานเขต

ข้อ ๙ การจ่ายค่าสมุดบันทึกสุขภาพหรือคู่มือเฝ้าระวัง ประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามข้อ ๖ (๔) สำนักงานจะจ่ายให้หน่วยบริการที่กรมอนามัยหรือกรมสุขภาพจิตมอบหมายให้ดำเนินการจัดพิมพ์หรือจัดหา หรืออาจทำในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อกระจายสมุดบันทึกสุขภาพหรือคู่มือเฝ้าระวัง ประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้กับหน่วยบริการตามจำนวนที่มีการให้บริการ

ข้อ ๑๐ การจ่ายค่ายาสำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยตามข้อ ๖ (๕) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตามหลักเกณฑ์แห่งข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญา

(๒) สำนักงานจะจ่ายค่ายาให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม อุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการจัดหาชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ เพื่อสนับสนุนยาให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ทั้งนี้ หน่วยบริการดังกล่าวต้องเป็นหน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนด้านการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยตามหลักเกณฑ์ของกรมอนามัย

ข้อ ๑๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีโครงการเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยหน่วยบริการตามข้อ ๖ (๖) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีค่าบริการสายด่วนสุขภาพจิต เป็นการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้รับบริการ โดยสำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการที่กรมสุขภาพจิตมอบหมายให้ดำเนินการจัดระบบบริการสายด่วนสุขภาพจิต ภายใต้โครงการบริการปรึกษาด้านสุขภาพจิต สายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ ตามเงื่อนไขที่ตกลงไว้

(๒) กรณีค่าบริการสายด่วนเลิกบุหรี่ เป็นการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้รับบริการ โดยสำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์) ที่จัดระบบบริการสายด่วนเลิกบุหรี่ ภายใต้โครงการบริการสายด่วนเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ ๑๖๐๐ ตามเงื่อนไขที่ตกลงไว้

(๓) กรณีค่าบริการสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป็นการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้รับบริการ โดยสำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่จัดระบบบริการสายด่วนท้องไม่พร้อม ภายใต้โครงการบริการสายด่วนท้องไม่พร้อมทางโทรศัพท์ ๑๖๖๓ ตามเงื่อนไขที่ตกลงไว้

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๒ ค่าวัคซีนตามข้อ ๖ (๑) และค่าถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นตามข้อ ๖ (๒) ให้เครือข่ายหน่วยบริการที่ให้บริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการจัดหาชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ

ข้อ ๑๓ โครงการขอรับการสนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น สำหรับการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการวางแผนครอบครัวตามข้อ ๖ (๓) ให้หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับการสนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นส่งโครงการและแผนการดำเนินงานที่ผ่านการอนุมัติโดยผู้อำนวยการสำนักงานเขต ตามเอกสารหมายเลข ๑ ในรูปแบบเอกสารพร้อมหนังสือนำส่งอย่างเป็นทางการให้สำนักงานเขต

ข้อ ๑๔ ค่าสมุดบันทึกสุขภาพ คู่มือเฝ้าระวัง ประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามข้อ ๖ (๔) ให้หน่วยบริการที่ให้บริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามสัญญาระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการที่กรมอนามัยหรือกรมสุขภาพจิตมอบหมาย

ข้อ ๑๕ ค่ายาสำหรับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยตามข้อ ๖ (๕) ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา (http://drug.nhso.go.th/drugserver) ของสำนักงาน

ข้อ ๑๖ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการให้บริการโครงการเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามข้อ ๖ (๖) ให้หน่วยบริการที่ให้บริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามที่กำหนดในโครงการดังกล่าว

ข้อ ๑๗ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๒ ข้อ ๑๓ ข้อ ๑๔ ข้อ ๑๕ และข้อ ๑๖ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๘ การให้บริการตามโครงการขอรับการสนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น สำหรับการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการวางแผนครอบครัวตามข้อ ๖ (๓) ให้หน่วยบริการที่รับผิดชอบโครงการ จัดเก็บสำเนาโครงการ เอกสารหลักฐานการดำเนินโครงการขอรับการสนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น สำหรับการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และบริการวางแผนครอบครัวไว้เพื่อตรวจสอบ

ข้อ ๑๙ การให้บริการภายใต้โครงการเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามข้อ ๖ (๖) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องจัดเก็บหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสายด่วนตามข้อ ๑๑ (๑) (๒) และ (๓) เพื่อการตรวจสอบภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงไว้ในโครงการ

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๒๐ การให้บริการสาธารณสุขกรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการตามประกาศนี้มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(แบบฟอร์มเสนอ)

โครงการขอรับการสนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น สำหรับการจัดกิจกรรม
เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการวางแผนครอบครัว

.....

ข้อมูลองค์กร/ผู้เสนอโครงการ

ผู้รับผิดชอบโครงการ : .....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

ชื่อ-สกุล.....

ที่อยู่ .....

โทรศัพท์ .....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....E-mail.....Line ID .....

ชื่อโครงการ.....

จังหวัด..... ปีงบประมาณ.....

๑. หลักการและเหตุผล

.....

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ .....

๒.๒ .....

๓.๒ .....

๓. กลุ่มเป้าหมาย

.....

๔. ระยะเวลาดำเนินการ

ตุลาคม ๒๕... ถึง กันยายน ๒๕....

ผังควบคุมกำกับการดำเนินงานโครงการ

กิจกรรม	ปีงบประมาณ ๒๕...											
	ตค	พย	ธค	มค	กพ	มีค	เมย	พค	มิย	กค	สค	กย
๑. ประชุมชี้วางแผนดำเนินการร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่												
๒. ส่งโครงการเพื่อขอเบิกถุงยางอนามัย												
๓. กระจายถุงยางอนามัยให้กับหน่วยงานในพื้นที่												
๔. จัดกิจกรรมบริการถุงยางอนามัยในพื้นที่												
๕. กำกับ ติดตามการดำเนินกิจกรรม.												
๖. สรุปรวบรวม วิเคราะห์ รายงานผลการดำเนินงาน												

๕. วิธีดำเนินการ

๕.๑. .....

๕.๒. .....

๕.๓. .....

๖. จำนวนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นที่ขอเบิก

๖.๑ ถุงยางอนามัยขนาด ๔๙ มม. จำนวน.....ชิ้น

๖.๒ ถุงยางอนามัยขนาด ๕๒ มม. จำนวน.....ชิ้น

๖.๓ ถุงยางอนามัยขนาด ๕๔ มม. จำนวน.....ชิ้น

๖.๔ ถุงยางอนามัยขนาด ๕๖ มม. จำนวน.....ชิ้น

๖.๕ สารหล่อลื่น จำนวน.....ชิ้น

๗. แผนการรับถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น

ให้มีการจัดส่งถุงยางอนามัย จำนวน ..... ครั้ง

๗.๑ ครั้งที่ ๑ จำนวน .....ชิ้น

๗.๒ ครั้งที่ ๒ จำนวน .....ชิ้น

๗.๓ ครั้งที่ ๓ จำนวน .....ชิ้น

๗.๔ ครั้งที่ ๔ จำนวน .....ชิ้น

๘. การส่งสรุปผลการดำเนินงาน

สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการฯ เอกสารหมายเลข ๒ จำนวน ๑ ชุด ภายใน ๓๐ วันหลังสิ้นสุดโครงการฯ

๙. หน่วยงานที่รับผิดชอบ/ผู้รับผิดชอบ

ชื่อหน่วยงาน .....ผู้ประสานงาน.....

เบอร์มือถือ .....E-mail.....

๑๐. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑๐.๑ .....

๑๐.๒ .....

๑๐.๓ .....

๑๑. ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

๑๑.๑. .....

๑๑.๒. .....

๑๑.๓. .....

๑๒. ผู้เสนอโครงการ

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

๑๓. ผู้เห็นชอบโครงการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

๑๔. ผู้อนุมัติโครงการ

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ

(.....)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขต .....

ปฏิบัติงานแทน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แผนการดำเนินการ

โครงการขอรับการสนับสนุนถุงยางอนามัย สำหรับการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการวางแผนครอบครัว ปี ๒๕...

หน่วยแจกถุงยางอนามัย	วันที่ /ระยะเวลาดำเนินการ	สถานที่จัดกิจกรรม	ประเภทกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนกลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบการจัดกิจกรรม /วิธีแจก	จำนวนชิ้นที่ขอเบิก				
						๔๙	๕๒	๕๔	๕๖	สารหล่อลื่น
๑. โรงเรียน.....										
๒. โรงงาน....										
๓. สถานบริการ										
๔. โรงพยาบาล...										
๕. สำนักงาน....										
๖. สมาคม....										
๗.										

สรุปผลการดำเนินงาน

โครงการขอรับการสนับสนุนถุงยางอนามัย สำหรับการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการวางแผนครอบครัว ปี ๒๕...

หน่วยแจก ถุงยางอนามัย	ประเภท กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย ที่มารับบริการ	จำนวนชิ้นที่แจก					หมายเหตุ
			๔๙	๕๒	๕๔	๕๖	สารหล่อลื่น	
๑. โรงเรียน.....								
๒. โรงงาน....								
๓. สถานบริการ								
๔. โรงพยาบาล...								
๕. สำนักงาน....								
๖. สมาคม....								

ความคิดเห็น

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้สรุปผลการดำเนินงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๘๔ และข้อ ๘๔.๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น (ง) และ (จ) ของ (๖) ของข้อ ๖ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ พ.ศ. ๒๕๖๗

“(ง) ค่าบริการธนาคารนมแม่

(จ) ค่าบริการมิตรภาพบำบัด”

ข้อ ๔ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น (๔) และ (๕) ของข้อ ๑๑ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ พ.ศ. ๒๕๖๗

“(๔) กรณีค่าบริการธนาคารนมแม่ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ โดยสำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จัดระบบบริการธนาคารนมแม่ ภายใต้โครงการบริการธนาคารนมแม่ที่ตกลงกับสำนักงาน

(๕) กรณีค่าบริการมิตรภาพบำบัด เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ โดยสำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ที่จัดระบบบริการมิตรภาพบำบัด ภายใต้โครงการมิตรภาพบำบัดที่ตกลงกับสำนักงาน”

ข้อ ๕ ให้ยกเลิกความในข้อ ๑๙ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ พ.ศ. ๒๕๖๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๑๙ การให้บริการภายใต้โครงการเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามข้อ ๖ (๖) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องจัดเก็บหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการตามข้อ ๑๑ (๑) (๒) (๓) (๔) และ (๕) เพื่อการตรวจสอบภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงไว้โครงการ”

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๗๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับข้อ ๘ วรรคสอง และข้อ ๑๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนตำบล ตามกฎหมายว่าด้วยสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตามกฎหมายว่าด้วยเทศบาล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง ที่ได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ แต่ไม่ให้หมายความรวมถึงกรุงเทพมหานคร

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน” หมายความว่า ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การสนับสนุนและส่งเสริมศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ พ.ศ. ๒๕๖๐

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า

(๑) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า ผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) บุคคลที่ได้รับการประเมินระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน

(๒) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการประเมินระดับผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale: PPS) เท่ากับหรือน้อยกว่าห้าสิบเปอร์เซ็นต์

(๓) ผู้ป่วยสมองเสื่อมตามการประเมินระยะของภาวะสมองเสื่อมอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(ก) Functional Assessment Staging Test (FAST) ระยะปานกลาง ระยะรุนแรงปานกลาง หรือระยะรุนแรง

(ข) Global Deterioration Scale (GDS) ระยะที่ ๕ ระยะที่ ๖ หรือระยะที่ ๗

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายให้กับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านซึ่งเป็นสถานชีวาภิบาลตามแผนการดูแลรายบุคคลซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการหรือคณะทำงานของหน่วยบริการดังกล่าว ในอัตราไม่เกิน ๑๐,๔๔๒ บาทต่อคนต่อปี

(๒) สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามเป้าหมายจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในท้องถิ่นที่ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคลในอัตราไม่เกิน ๑๐,๔๔๒ บาทต่อคนต่อปี ทั้งนี้ ภายใต้ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ส่วนที่ ๑
การสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านซึ่งเป็นสถานชีวาภิบาล

ข้อ ๗ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านซึ่งเป็นสถานชีวาภิบาลตามแผนการดูแลรายบุคคลซึ่งได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการหรือคณะทำงานของหน่วยบริการต้องมีกิจกรรมและการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) การประเมินและการวางแผนการดูแลรายบุคคลก่อนให้บริการ การให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขตามแผนการดูแลรายบุคคล และการให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลจากเครือข่ายสุขภาพอื่น ๆ หรืออาสาสมัคร หรือจิตอาสาตามแผนการดูแลรายบุคคล หรือตามคำแนะนำของผู้จัดการการดูแลด้านสาธารณสุข รวมถึงจัดหาวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือที่จำเป็นตามสภาวะของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

(๒) การประเมินและการปรับแผนการดูแลรายบุคคลหลังให้บริการ

(๓) การจัดกิจกรรมและรูปแบบการให้บริการตามสภาพปัญหาของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายโดยเป็นไปตามแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ ๒
การสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อ ๘ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(๑) สนับสนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในอัตรา ๖,๐๐๐ บาทต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต่อคนต่อปี เพื่อให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามแผนการดูแลรายบุคคลที่คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอนุมัติ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่

(ก) หน่วยบริการ

(ข) สถานบริการ

(ค) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

(ง) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานของรัฐ

(จ) องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชน ซึ่งมีวัตถุประสงค์มิใช่แสวงหากำไรและดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามเป้าหมายจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ได้รับอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคล

(๒) สนับสนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มเติมในอัตรา ๔,๔๔๒ บาทต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตาม (๑) ต่อคนต่อปี กรณีที่มีความจำเป็นในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามภาระงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ให้องค์ปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งความประสงค์ขอรับค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมมาที่สำนักงาน ทั้งนี้ เป็นการบริหารงบประมาณภายใต้วงเงินแบบมีเพดานในภาพรวมระดับประเทศตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขประจำปีงบประมาณนั้น

ข้อ ๙ เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำเงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับอัตราเงินสมทบในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อไปใช้จ่ายเป็นค่าดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามภาระงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อ ๑๐ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีสิทธิได้รับค่าดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามภาระงานตามข้อ ๘ (๒) จะต้องไม่เป็นข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นซึ่งมีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำ ไม่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐหรือในรัฐวิสาหกิจ ไม่เป็นผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่น หรือลูกจ้างของส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ หรือไม่เป็นบุคคลซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายโดยได้รับค่าตอบแทนหรือค่าป่วยการเป็นการประจำ

ข้อ ๑๑ แนวทางการสนับสนุนค่าดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามภาระงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามข้อ ๘ และข้อ ๙ ให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยเกี่ยวกับอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการเบิกค่าใช้จ่าย มาใช้บังคับโดยอนุโลม เท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศนี้

ในกรณีที่การสนับสนุนค่าดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามภาระงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามวรรคหนึ่งไม่ได้กำหนดไว้ในระเบียบ หรือในกรณีที่มีความจำเป็นต้องกำหนดแนวทางหรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามภาระงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่แตกต่างจากวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมวด ๒
วิธีการขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๒ ให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านซึ่งเป็นสถานชีวาภิบาลที่ได้รับค่าใช้จ่ายตามข้อ ๖ (๑) บันทึกแผนการดูแลรายบุคคลที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการหรือคณะทำงานของหน่วยบริการดังกล่าว หรือคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบ https://ltcnew.nhso.go.th/ หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๓ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับค่าใช้จ่ายตามข้อ ๖ (๒) บันทึกแผนการดูแลรายบุคคลที่ได้รับการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบ https://ltcnew.nhso.go.th/ หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๔ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ประสงค์ขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมตามข้อ ๘ (๒) แจ้งความประสงค์มาที่สำนักงานในระบบ https://ltcnew.nhso.go.th/ หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๕ เมื่อดำเนินการตามข้อ ๑๔ และได้รับการอนุมัติการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากสำนักงานแล้ว ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบันทึกข้อมูลผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบ https://ltcnew.nhso.go.th/ หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๖ เมื่อมีการจัดส่งข้อมูลขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ส่งข้อมูลรับรองว่ามีการดำเนินการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๗ หากพบความผิดปกติของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการที่มีบริการตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

ข้อ ๑๘ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ไม่พบแผนการดูแลรายบุคคลที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการหรือคณะทำงานของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านซึ่งเป็นสถานชีวาภิบาล หรือคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบกับไม่พบข้อมูลจากการบันทึกของหน่วยบริการตามข้อ ๑๒ ข้อ ๑๓ ข้อ ๑๔ และข้อ ๑๕

(๓) ไม่พบหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามแผนการดูแลรายบุคคล

(๔) ตรวจสอบพบว่าเป็นการให้บริการที่มีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายซ้ำซ้อนกับบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) หรือบริการอื่นที่มีลักษณะเดียวกันเฉพาะในส่วนที่ซ้ำซ้อนกับการให้บริการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่มีสิทธิได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนั้น ๆ

ข้อ ๑๙ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๐ ให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ให้บริการโดยหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านซึ่งเป็นสถานชีวาภิบาล หรือตามแผนการดูแลรายบุคคลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แล้วแต่กรณี ที่ได้ดำเนินการก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ดำเนินการต่อไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๗ จนกว่าจะสิ้นสุดแผนการดูแลรายบุคคลที่ได้รับการอนุมัติ

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐานแบบเหมาจ่าย

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐานแบบเหมาจ่าย พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๘๖.๒ ข้อ ๘๖.๓ และข้อ ๘๖.๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานแบบเหมาจ่าย พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานแบบเหมาจ่าย พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้มีสิทธิ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งที่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการแล้ว และที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานแบบเหมาจ่าย รวมบริการตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิดทุกราย บริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน (เคลือบฟลูออไรด์ในเด็กอายุ ๔ ถึง ๑๒ ปี การเคลือบหลุมร่องฟันถาวรในเด็กอายุ ๖ ถึง ๑๒ ปี) บริการตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก บริการคัดกรองโควิด 19 บริการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิดด้วยเครื่อง Pulse oximeter และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ต้องขัง ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานได้

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานแบบเหมาจ่ายตามข้อ ๖ ให้เป็นไปตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

(๑) ร้อยละ ๖๕ ของค่าบริการพื้นฐาน จ่ายให้แก่หน่วยบริการโดยปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยเพิ่มหรือลดไม่เกินร้อยละ ๑๐ สำหรับจำนวนผู้มีสิทธิ เพื่อใช้คำนวณการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) กรณีหน่วยบริการของรัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๗ เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ หรือกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการ สำนักงานจะปรับการจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องภายใต้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๗ กรณีที่มีการย้ายประชากรไปยังหน่วยบริการประจำใหม่ ให้ปรับการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการของรัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่สำนักงานกำหนด

(ข) กรณีหน่วยบริการของรัฐสังกัดอื่นนอกจาก (ก) ให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นรายเดือน

(ค) สำหรับบริการตรวจคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิดผู้มีสิทธิ จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการตรวจวินิจฉัยทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการแม่ข่าย ตามจำนวนเด็กแรกเกิดผู้มีสิทธิที่เป็นเป้าหมายการให้บริการ โดยรายชื่อหน่วยบริการที่มีศักยภาพและจำนวนเด็กแรกเกิดผู้มีสิทธิที่เป็นเป้าหมายให้เป็นไปตามที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขรับรอง

(ง) สำหรับประชากรไทยที่มิใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่สำนักงานกำหนด โดยคำแนะนำหรือความเห็นจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ตามบริบทซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่ ทั้งนี้ ให้สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีกลไกและมาตรการในกำกับติดตามเพื่อให้ผู้มีสิทธิเข้าถึงบริการและไม่ถูกเรียกเก็บเงิน

(๒) ร้อยละ ๓๕ ของค่าบริการพื้นฐาน จ่ายให้หน่วยบริการที่มีผลงานบริการตามรายการบริการ โดยใช้ข้อมูลผลงานบริการของผู้มีสิทธิ ตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๖ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๗ หรือที่เป็นปัจจุบัน ตามรายการบริการ ดังต่อไปนี้

(ก) จำนวนเด็กแรกเกิด ถึง ๕ ปี ที่ได้รับบริการตรวจพัฒนาการ (คน)

(ข) จำนวนเด็กอายุ ๖ ถึง ๑๒ ปี ที่ได้รับบริการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง (คน)

(ค) จำนวนเด็กวัยเรียน (อายุ ๔ ถึง ๑๒ ปี) ที่ได้รับบริการเคลือบฟลูออไรด์ (คน)

(ง) จำนวนเด็กวัยเรียน (อายุ ๖ ถึง ๑๒ ปี) ที่ได้รับบริการเคลือบหลุมร่องฟันถาวร (คน)

(จ) จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ได้รับบริการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า (คน)

(๓) ในกรณีที่มีความจำเป็นในเขตพื้นที่ โดยคำนึงถึงการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการให้บริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ การจ่ายตาม (๑) และ (๒) ให้ปรับสัดส่วนแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อคน หรือการจ่ายตามผลงานบริการหรือทั้งสองกรณี รวมทั้งกำหนดให้มีการจ่ายตามรายการบริการให้แก่หน่วยบริการในเขตพื้นที่โดยสำนักงานเขตเป็นผู้ดำเนินการโดยคำแนะนำหรือความเห็นจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ตามบริบทซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่

(๔) ระยะเวลาการจ่ายให้หน่วยบริการ

(ก) สำหรับหน่วยบริการของรัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณให้เต็มตามวงเงินไม่เกินไตรมาสที่ ๒ โดยผ่านกระบวนการบริหารจัดการรวมกับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ซึ่งมีการปรับเกลี่ยโดยคำแนะนำหรือความเห็นจากคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการของรัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ (คณะกรรมการร่วมระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงาน) และให้เสนอคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

(ข) สำหรับหน่วยบริการของรัฐสังกัดอื่นนอกจาก (ก) และหน่วยบริการภาคเอกชน จัดสรรตามจำนวนการลงทะเบียนผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) และผลงานการให้บริการ

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์และสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข (๔๓ แฟ้ม) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงานหรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลข้อมูลและแจ้งให้แก่หน่วยบริการทราบก่อนการจัดสรรให้หน่วยบริการ

ข้อ ๑๐ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๑ การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานแบบเหมาจ่ายตามประกาศนี้ ที่ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขตหรือจังหวัด

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขตหรือจังหวัด ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๘๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“สำนักงานเขต” หมายความว่า สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขตหรือจังหวัด ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๕.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ

๕.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายได้แก่หน่วยบริการ หน่วยงาน หรือองค์กรตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

๕.๒.๑ เป็นหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ศูนย์วิชาการในระดับเขตพื้นที่ สถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ

๕.๒.๒ เป็นองค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร มีองค์ประกอบ ดังนี้

(๑) มีที่ตั้งองค์กรและรายชื่อกรรมการขององค์กร

(๒) เป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมในงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหรือด้านอื่นที่เกี่ยวข้องมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี จนถึงวันขอรับการสนับสนุน

(๓) มีรายงานผลการดำเนินงาน หรือเอกสาร หรือภาพถ่ายที่แสดงถึงกิจกรรมในงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหรือด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๔) มีสมุดบัญชีเงินฝากของธนาคาร หรือสมุดบัญชีเงินฝากของสหกรณ์หรือหลักฐานการเงินอื่นในทำนองเดียวกัน

(๕) มีหลักฐานการเป็นนิติบุคคล หรือกรณีที่ไม่ได้เป็นนิติบุคคลจะต้องมีหนังสือรับรองของสำนักงาน หรือหน่วยบริการภาครัฐ หรือสำนักงานเขต หรือหน่วยงานของรัฐอื่นเพื่อรับรองการมีอยู่ขององค์กรเอกชน

ข้อ ๖ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานเขตจะพิจารณากำหนดตามความเหมาะสมของแต่ละโครงการ ดังนี้

๖.๑ จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อประชากรที่กำหนดในโครงการ

๖.๒ จ่ายตามผลงานบริการที่กำหนด ทั้งนี้ ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับรายการบริการที่กำหนดในระดับประเทศ

ข้อ ๗ การเสนอโครงการของหน่วยบริการ หน่วยงานหรือองค์กรตาม ๕.๒ สำนักงานเขตจะดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

๗.๑ สำนักงานเขตจัดให้มีคณะทำงานเพื่อทำหน้าที่วิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้มีสิทธิ ในภาพรวมระดับเขตหรือจังหวัด ประกอบนโยบายของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการจัดลำดับความสำคัญ กำหนดหัวข้อหรือประเด็นบริการและประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการเร่งรัดให้เข้าถึงบริการพร้อมรายละเอียดที่จำเป็น โดยเสนอคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่พิจารณาให้คำแนะนำหรือความเห็นประกอบการพิจารณา

๗.๒ สำนักงานเขตประกาศให้หน่วยบริการ หน่วยงานหรือองค์กรตาม ๕.๒ ที่สนใจ จัดทำโครงการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับเขตหรือระดับจังหวัด เช่น การให้คำปรึกษา การคัดกรอง การค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การใช้ยา การทำหัตถการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเสนอขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการจัดบริการ

๗.๓ สำนักงานเขตจัดให้มีคณะทำงานเพื่อทำหน้าที่พิจารณาวิเคราะห์กลั่นกรองโครงการที่เสนอ ตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการของบริการสาธารณสุขด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งบุคคลมีสิทธิจะได้รับตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด ทั้งนี้ การดำเนินงานจัดบริการให้คำนึงถึงการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ เช่น ความสอดคล้องกับหัวข้อหรือประเด็นบริการและประชากรกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เป็นโครงการระดับเขตหรือจังหวัด หน่วยที่เสนอโครงการมีศักยภาพดำเนินการ วัตถุประสงค์ชัดเจนสามารถวัดได้ ทั้งนี้ ในการพิจารณาอนุมัติโครงการ สำนักงานเขตจะเสนอคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่พิจารณาให้คำแนะนำหรือความเห็นประกอบการพิจารณา

๗.๔ โครงการที่ได้รับการอนุมัติแล้ว ให้ถือเป็นหลักฐานการดำเนินการตามโครงการ แต่สำหรับองค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคประชาชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไร ให้จัดทำเป็นสัญญาดำเนินการตามโครงการกับสำนักงานเขต

๗.๕ การกำหนดเงื่อนไขและงวดงาน ผลผลิตที่ต้องส่งมอบในแต่ละงวด พร้อมจำนวนเงินที่จะจ่ายในแต่ละงวด สำนักงานเขตจะกำหนดงวดงานตามเหมาะสมกับลักษณะงานและการตรวจรับ ซึ่งเป็นไปตามระเบียบปฏิบัติของสำนักงาน โดยในข้อตกลงหรือสัญญาให้มีข้อกำหนด ดังนี้

๗.๕.๑ ให้ผู้รับผิดชอบโครงการ นำเสนอความก้าวหน้าของโครงการอย่างน้อย ๑ ครั้ง และอีก ๑ ครั้ง หลังสิ้นสุดโครงการ โดยดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในปีงบประมาณ

๗.๕.๒ ผลผลิตที่แสดงการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิที่เป็นกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อยต้องระบุเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลักของประชาชนที่ได้รับบริการ

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ ให้หน่วยบริการ หน่วยงาน หรือองค์กรที่ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการโครงการตามประกาศนี้ จัดส่งเอกสารหรือหลักฐานที่แสดงผลผลิตของหน่วยบริการ หน่วยงานหรือองค์กรที่อยู่ภายใต้โครงการรวมถึงตามเงื่อนไขที่กำหนดในแต่ละงวดงานที่ต้องส่งมอบ พร้อมระบุค่าใช้จ่ายที่จะให้สำนักงานจ่ายให้หน่วยบริการ หน่วยงาน หรือองค์กรแต่ละแห่ง ในรูปแบบของไฟล์อิเล็กทรอนิกส์พร้อมหนังสือนำส่งอย่างเป็นทางการให้สำนักงานเขตตามระยะเวลาที่กำหนดในแต่ละงวดจนโครงการสิ้นสุด

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ ให้หน่วยบริการ หน่วยงาน หรือองค์กรที่ผู้รับผิดชอบโครงการ รวมถึงหน่วยบริการ หน่วยงานหรือองค์กรแต่ละแห่งที่จัดบริการภายใต้โครงการ จัดเก็บสำเนาเอกสาร หลักฐานรวมถึงเวชระเบียนที่บันทึกการให้บริการไว้เพื่อการตรวจสอบ

ข้อ ๑๐ สำนักงานเขตจะจัดให้มีคณะกรรมการตรวจรับผลงาน โดยอาจเปิดโอกาสให้ผู้แทนหน่วยบริการ หน่วยงาน องค์กรที่ไม่มีส่วนได้เสียกับโครงการ เข้าร่วมรับฟังการส่งมอบงานตามเงื่อนไขและงวดงานที่กำหนดในข้อตกลงหรือสัญญา ดังนี้

๑๐.๑ ผลงานเป็นไปตามเงื่อนไขและงวดงานที่กำหนด จะจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อตกลงหรือสัญญาในงวดนั้น ๆ

๑๐.๒ ผลงานไม่เป็นไปตามเงื่อนไขและงวดงานที่กำหนด จะแจ้งให้หน่วยบริการ หน่วยงานหรือองค์กรที่รับผิดชอบโครงการทราบ และจะจ่ายตามผลงานที่ทำได้จริง

๑๐.๓ ในงวดสุดท้าย หากผลงานรวมทั้งโครงการเท่ากับหรือมากกว่าเป้าหมายที่กำหนด จะจ่ายเงินทั้งหมดของโครงการ แต่ถ้าผลงานรวมทั้งโครงการต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด จะจ่ายตามผลงานที่ทำได้จริงและเรียกเงินคืนในส่วนที่เหลือ

ข้อ ๑๑ คณะกรรมการตรวจรับผลงานและหรือสำนักงานเขต จะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ รวมทั้งสอบถามประชาชนในพื้นที่ทั้งก่อนและหรือหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายก็ได้

ประกาศ ณ วันที่ ๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๘๖.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับคำแนะนำของคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘ และมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘

(๓) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า

(๑) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ญาติสายตรง” หมายความว่า บิดา มารดา บุตร หรือพี่น้องที่เกิดจากบิดามารดาเดียวกัน

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานจ่ายตามรายการบริการ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการตามรายการที่กำหนดตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ โดยกลุ่มเป้าหมายของแต่ละรายการเป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานจ่ายตามรายการบริการตามข้อ ๖ ให้เป็นไปตามรายการและอัตราตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนดผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform (ผ่าน Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com) หรือ Application หมอพร้อม หรือผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal http//:nprp.nhso.go.th) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด กรณีการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub รายละเอียดแต่ละบริการเป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๙ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ยกเว้นบริการป้องกัน และควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมน (TSH) บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem Mass Spectrometry (TMS) ในเด็กแรกเกิด บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย และบริการตรวจสิ่งส่งตรวจของหน่วยบริการที่รับตรวจสิ่งส่งตรวจมาจากหน่วยบริการอื่น เช่น บริการตรวจคัดกรองยีนกลายพันธุ์โรคมะเร็งเต้านม BRCA1/BRCA2 หรือบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๑ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๒ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะตรวจสอบข้อมูลภายหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการตามรายการในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๕ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) ไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๖ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการและอัตราการจ่าย

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๑. บริการฝากครรภ์	หญิงตั้งครรภ์	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการฝากครรภ์ได้	๑. ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๖๐ บาทต่อครั้ง รวมค่าบริการให้คำปรึกษาทางเลือกกรณีตั้งครรภ์ไม่พร้อม หรือจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตามประมวลกฎหมายอาญา ๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดแรก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ ๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดที่สอง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๙๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ ๔. บริการตรวจอัลตราซาวด์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ ๕. บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์	๑. ค่าบริการดูแลการฝากครรภ์ รวมยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน ตามมาตรฐานการดูแลผู้รับบริการของกระทรวงสาธารณสุข ๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดแรก ครบทุกรายการประกอบด้วย : การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส, HIV Antibody, Hepatitis B surface antigen (HBs Ag), CBC + MCV และหรือ DCIP และ Blood group : ABO/Rh ๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดที่สอง ประกอบด้วย : การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส และ HIV Antibody โดยตรวจอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด ๔. บริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการขัดทำความสะอาดฟัน การให้บริการดังกล่าวไม่จำเป็นต้องให้บริการในวันเดียวกันก็ได้ ๕. กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อหรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญา หญิงตั้งครรภ์นั้นมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๒. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์	๑. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๑.๑ Hemoglobin typing จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๗๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ต่อคน ๑.๒ Alpha–thalassemia 1 (PCR) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๘๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ต่อคน ๑.๓ Beta–thalassemia (Mutation analysis) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓,๐๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ต่อคน ๒. การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ๒.๑ การทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ ๒.๒ การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ ๒.๒.๑ DNA Based Analysis จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓,๐๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ ๒.๒.๒ Hemoglobin typing จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๗๐ บาทต่อการตั้งครรภ์	
๓. บริการคัดกรอง ธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชายและการคัดกรองซิฟิลิส				
๓.๑ บริการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย	สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC + MCV และหรือ DCIP/HbE screening จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๒๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ของฝ่ายหญิง	

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๓.๒ บริการคัดกรองโรคซิฟิลิส	๑. สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย ๒. ผู้ต้องขัง ๓. เยาวชน วัยรุ่น และประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	๑. การตรวจแบบย้อนทาง Treponemal test (TT) ด้วยวิธี Chemiluminescent immunoassay (CIA/CLIA) หรือ Enzyme immunoassay (EIA) หรือ Rapid Diagnostic Test (RDT) จ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้ง ๒. การตรวจแบบดั้งเดิม Nontreponemal test (NTT) ด้วยวิธี Rapid Plasma Reagin (RPR) หรือ Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) จ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้ง ๓. การตรวจ Treponemal test (TT) ด้วยวิธี Treponema pallidum particle agglutination test (TPPA) หรือ Treponema pallidum hemagglutination test (TPHA) จ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง	๑. การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสสำหรับสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชายตรวจได้ ๑ ครั้งต่อการตั้งครรภ์ สำหรับผู้ต้องขัง ไม่เกิน ๓ ครั้งต่อปี สำหรับเยาวชน วัยรุ่น และประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงไม่เกิน ๒ ครั้งต่อปี ๒. วิธีการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของห้องปฏิบัติการแต่ละแห่ง ดังต่อไปนี้ ๒.๑ กรณีการตรวจแบบย้อนทางด้วยวิธี CIA/CLIA หรือ EIA หรือ RDT รายที่ผลคัดกรองเป็นบวก ให้ตรวจสนับสนุนด้วยวิธี RPR หรือ VDRL หากรายที่ผลตรวจสนับสนุนเป็นลบ ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA และรายที่ผลตรวจสนับสนุนเป็นบวก ให้ทำไตเตอร์ด้วย ๒.๒ กรณีการตรวจแบบดั้งเดิมด้วยวิธี RPR หรือ VDRL รายที่ผลคัดกรองเป็นบวก ให้ทำไตเตอร์และตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA
๔. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ดังต่อไปนี้	๑. ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธีไม่รุกล้ำ (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) ๑.๑ การเจาะเลือดและให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์	๑. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ตรวจได้ ๑ ครั้งต่อการตั้งครรภ์ วิธีการตรวจคัดกรองขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของห้องปฏิบัติการแต่ละแห่ง โดยจะจ่าย

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		๑. หน่วยบริการที่สามารถให้บริการเจาะเลือดและให้คำปรึกษากรณีตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ๒. หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกล้ำ (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานและมีศักยภาพในการให้บริการ ดังต่อไปนี้ ๒.๑ ผ่านการรับรองมาตรฐานสากล ISO 15189:2022 ในรายการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกล้ำ (Non-Invasive Prenatal Testing : NIPT) หรือผ่านการรับรองมาตรฐานอื่น	๑.๒ การเจาะเลือดและให้คำปรึกษาพร้อมจัดส่งเลือดเพื่อไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ ๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกล้ำ (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์และต่อการรู้ผลในกรณีที่ผลตรวจไม่สามารถอ่านผลได้ (No call) ให้หน่วยบริการดำเนินการจนกว่าจะได้ผลลัพธ์ประกอบการรับบริการขั้นต่อไป ๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกล้ำ (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) โดยจัดบริการไปรับเลือดจากหน่วยบริการที่เจาะเลือดจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒,๖๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์และต่อการรู้ผลในกรณีที่ผลตรวจไม่สามารถอ่านผลได้ (No call) ให้หน่วยบริการดำเนินการจนกว่าจะได้ผลลัพธ์ประกอบการรับบริการขั้นต่อไป ๔. ค่าบริการจัดเก็บเลือดเพื่อส่งตรวจ Quadruple test ทางห้องปฏิบัติการ ๔.๑ การเจาะเลือดปั่นซีรั่ม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ ๔.๒ การเจาะเลือดปั่นซีรั่มพร้อมจัดส่งเลือดเพื่อไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์	ค่าใช้จ่ายสำหรับการตรวจด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้ ๑.๑ การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกล้ำ (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) ทั้งนี้ การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกล้ำ (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) เป็นทางเลือกหลักสำหรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนได้รับการตรวจด้วยวิธีที่มีความแม่นยำมากขึ้น อายุครรภ์ที่ได้รับการตรวจต้องเป็นไปตามแนวทางบริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์โดยวิธีไม่รุกล้ำ (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ๑.๒ การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี Quadruple test ๒. หากผลการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์รายที่มีความเสี่ยงสูง ให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้ ๒.๑ ทำหัตถการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis : PND) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๒.๑.๑ เจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis)

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		ที่เทียบเคียงมาตรฐานสากล ๒.๒ น้ำยาที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ ต้องเป็นผลิตภัณฑ์ที่จัดอยู่ในประเภทเครื่องมือแพทย์สำหรับการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (In vitro diagnostics : IVD) และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยา ๒.๓ เทคนิคที่ใช้ในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์โดยวิธีไม่รุกล้ำ (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) เป็นเทคนิคที่ได้มาตรฐาน Next Generation Sequencing หรือเทคนิคอื่นที่ได้รับการยอมรับตามมาตรฐานสากล โดยคำแนะนำของกรมวิทยาศาสตร์	๕. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี Quadruple test จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๒๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ ๖. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี Quadruple test โดยจัดบริการไปรับซีรั่มจากหน่วยบริการที่เจาะเลือด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๓๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ ๗. การทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (Prenatal Diagnosis: PND) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้ ๗.๑ เจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) ๗.๒ เจาะเลือดจากสายสะดือทารก (Cordocentesis) โดยพิจารณาจากอายุครรภ์และเปรียบเทียบความเสี่ยงแล้ว ๘. การตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์โดยการตรวจโครโมโซม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาท ต่อการตั้งครรภ์	๒.๑.๒ เจาะเลือดจากสายสะดือทารก (Cordocentesis) โดยพิจารณาจากอายุครรภ์และเปรียบเทียบความเสี่ยงแล้ว ๒.๒ หลังจากทำหัตถการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ให้ตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์โดยการตรวจโครโมโซม

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		การแพทย์ ซึ่งต้องเป็นการบริหารจัดการและตรวจวิเคราะห์ภายในประเทศเท่านั้น และรายงานผล Trisomy 21, 13 และ 18 เป็นอย่างน้อย ๒.๔ หากมีการเปลี่ยนแปลง เช่น วิธีการทดสอบ น้ำยาที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ ต้องแจ้งสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือหน่วยงานที่รับรองมาตรฐานทราบภายใน ๓๐ วัน ๒.๕ มีการจัดเก็บรักษาความปลอดภัยของระบบข้อมูล และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ๒.๖ ผู้ตรวจวิเคราะห์ต้องมีความพร้อมและประสบการณ์		

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		และได้รับการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์โดยวิธีไม่รุกล้ำ (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) ๓. หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี Quadruple test และการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์		
๕. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)	เด็กแรกเกิด	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) รวมค่าส่งสิ่งส่งตรวจ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๓๕ บาทต่อครั้ง ๒. ค่าติดตามและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๕๐ บาทต่อครั้ง	
๖. บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)	เด็กแรกเกิด	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง TMS รวมค่าขนส่ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อครั้ง	

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๗. บริการตรวจหลังคลอด	หญิงหลังคลอด	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจหลังคลอด	๑. ค่าบริการตรวจหลังคลอด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อครั้ง ๒. ค่าบริการยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๓๕ บาทต่อครั้ง	๑. ค่าบริการตรวจหลังคลอด ไม่เกิน ๓ ครั้ง เป็นไปตามแนวทางที่กรมอนามัยกำหนด ๒. ค่าบริการยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน ตามมาตรฐานการดูแลผู้รับบริการ ครั้งละ ๓ เดือน ทั้งนี้ ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อการคลอด
๘. บริการทดสอบการตั้งครรภ์	หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สงสัยว่าตั้งครรภ์หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการทดสอบการตั้งครรภ์หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์	บริการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๗๕ บาทต่อครั้ง	บริการตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์หรือบริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตัวเองสำหรับผู้ที่สงสัยว่าตั้งครรภ์ (อาการแพ้ท้อง) หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด (ประจำเดือนขาด) จ่ายไม่เกิน ๔ ครั้งต่อคนต่อปี
๙. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	หญิงวัยเจริญพันธุ์	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการวางแผนครอบครัว	๑. ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด รวมค่าบริการให้คำปรึกษา ๑.๑ สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (Combined Oral Contraceptive : COC) ที่ให้แก่หญิงปกติทั่วไป จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐ บาทต่อแผง ๑.๒ สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว (Progestogen-only pill : POP) ที่ให้แก่หญิงให้นมบุตรไม่เกิน ๑ ปี ๖ เดือนและผู้ที่มีประวัติไมเกรนแบบมีออร่า จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา ๘๐ บาทต่อแผง ๒. ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด รวมค่าบริการให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖๐ บาทต่อครั้ง ๓. ค่าบริการใส่ห่วงอนามัย จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๘๐๐ บาทต่อครั้งต่อปี ๔. บริการฝังยาคุมกำเนิด	๑. ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด รวมค่าบริการให้คำปรึกษา โดยจ่ายครั้งละไม่เกิน ๓ แผง และไม่เกิน ๑๓ แผงต่อคนต่อปี ๒. ค่าบริการยาฉีดคุมกำเนิด รวมค่าบริการให้คำปรึกษา ไม่เกิน ๕ ครั้งต่อคนต่อปี ๓. ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิดทุก ๓ ปี ๔. ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน รวมค่าบริการให้คำปรึกษา ไม่เกิน ๒ แผงต่อคนต่อปี

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
			๔.๑ ค่าบริการฝังยาคุมกำเนิด จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒,๑๕๐ บาทต่อครั้ง ๔.๒ ค่าบริการถอดยาฝังคุมกำเนิด จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๓๕๐ บาท ๕. ค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน รวมค่าบริการให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อแผง	
	วัยเจริญพันธุ์	หน่วยบริการที่ได้รับงบเหมาจ่ายรายหัวบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (PP-Capitation)	๑. สนับสนุนเป็นถุงยางอนามัยตามการบันทึกข้อมูลและให้บริการจริงผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ๒. ค่าจัดบริการพร้อมให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำ จ่ายค่าใช้จ่ายรวมอยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัว	
	วัยเจริญพันธุ์	หน่วยบริการที่ไม่ได้รับงบเหมาจ่ายรายหัวบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (PP-Capitation)	๑. สนับสนุนเป็นถุงยางอนามัยตามการบันทึกข้อมูลและให้บริการจริงผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ๒. ค่าจัดบริการพร้อมให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำ จ่ายชิ้นละไม่เกิน ๑ บาท ไม่เกิน ๑๐ บาทต่อครั้ง	ให้บริการถุงยางอนามัย ครั้งละไม่เกิน ๑๐ ชิ้น ต่อคน ไม่เกิน ๓๖๕ ชิ้นต่อคนต่อปี พร้อมบริการให้คำปรึกษา
๑๐. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	หญิงที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์	หน่วยบริการที่มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และสามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์	ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓,๐๐๐ บาทต่อการตั้งครรภ์	ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ซึ่งจ่ายเพิ่มเติมจากการจ่ายในระบบปกติ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้ ๑. วิธีใช้ยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอล ชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol ๒๐๐ mcg + Mifepristone ๒๐๐ mg combination pack) ๒. วิธีศัลยกรรม ได้แก่ การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (Manual Vacuum

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
				Aspiration : MVA), การใช้เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA) บริการยุติตั้งครรภ์ต้องเป็นไปตามเงื่อนไขของประมวลกฎหมายอาญา และข้อบังคับแพทยสภา
๑๑. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ	เด็กอายุ ๓ – ๑๒ ปี หรือกำลังศึกษาในชั้นอนุบาล ๑ ถึงประถมศึกษาปีที่ ๖	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติที่มีจักษุแพทย์	๑. เลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (Stock lens) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๘๐๐ บาทต่อคนต่อปี ๒. เลนส์สายตาผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lab Lens) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี	บริการแว่นตาแก่เด็กที่มีสายตาผิดปกติคนละไม่เกิน ๑ อันต่อปี ซึ่งอัตราการจ่ายจะเหมารวม ค่าเลนส์ ค่ากรอบแว่น รวมอุปกรณ์และค่าประกอบแว่นตา ค่าดำเนินการและค่าบริการตรวจประเมิน ๑. เลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (Stock lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตา ช่วง -๖.๐ ถึง +๖.๐ หรือสายตาเอียงไม่เกิน -๒.๐ D ๒. เลนส์สายตาผิดปกติที่ต้องสั่งตัดพิเศษ (Lab Lens) ใช้สำหรับเด็กที่มีค่าสายตาผิดปกติ ที่มีกำลังเลนส์เกินช่วงเลนส์สายตาผิดปกติทั่วไปตาม ๑. หรือมีปัญหาความผิดปกติทางตาด้านอื่นที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแว่นตา
๑๒. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	หญิงอายุ ๓๐ - ๕๙ ปี หรืออายุ ๑๕ - ๒๙ ปี ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย หรือ	๑. หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ๒. หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA	๑. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test รวมถึงการเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตัวเอง (HPV self-sampling) ๑.๑ ค่าบริการเก็บตัวอย่าง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้ง	๑. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test รวมถึงการเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตัวเอง (HPV self-sampling) คนละ ๑ ครั้งทุก ๕ ปี

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
	มีคู่นอนหลายคน หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัย	ต้องเป็นหน่วยบริการเดิมที่เคยดำเนินการอยู่ใน ๓๒ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด หนองคาย บึงกาฬ อำนาจเจริญ ยโสธร สุราษฎร์ธานี อุตรดิตถ์ เชียงใหม่ นครศรีธรรมราช น่าน เพชรบูรณ์ ตาก กระบี่ ลพบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ สระบุรี แม่ฮ่องสอน ตรัง สตูล สมุทรสาคร ชัยนาท พิษณุโลก นครสวรรค์ นครราชสีมา ราชบุรี ชลบุรี อุบลราชธานี ขอนแก่น ยะลา กำแพงเพชร และจังหวัดมุกดาหารเฉพาะอำเภอนิคมคำสร้อย	๑.๒ ค่าชุดน้ำยาตรวจ อุปกรณ์ชุดเก็บสิ่งส่งตรวจโดยผู้ให้บริการ หรือผู้รับบริการเก็บด้วยตัวเอง กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิดสองสายพันธุ์ (HPV 16 18 and other types) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๘๐ บาทต่อครั้ง ๑.๓ ค่าชุดน้ำยาตรวจ อุปกรณ์ชุดเก็บสิ่งส่งตรวจโดยผู้ให้บริการ หรือผู้รับบริการเก็บด้วยตัวเอง กรณีใช้น้ำยาตรวจชนิด ๑๔ สายพันธุ์ (HPV 14 high risk types) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๗๐ บาทต่อครั้ง ๑.๔ ค่าบริการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยวิธี Liquid based cytology จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๕๐ บาทต่อครั้ง ๑.๕ ค่าบริการตรวจติดตามซ้ำด้วยวิธี Pap smear ภายใน ๑ ปีหลังผลตรวจ Liquid based cytology เป็นลบ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๕๐ บาทต่อครั้ง ๒. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear หรือวิธี VIA จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๕๐ บาทต่อครั้ง ๓. ค่าบริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcopy รวมการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy หรือ LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๙๐๐ บาทต่อครั้ง	โดยตรวจคัดกรองด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง (HPV DNA Test, Pap smear, VIA) ๒. ค่าชุดน้ำยาตรวจ อุปกรณ์ชุดเก็บสิ่งส่งตรวจโดยผู้ให้บริการ หรือผู้รับบริการเก็บด้วยตัวเอง รวมการวางระบบดำเนินงานการออกรายงานผล ๓. หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ HPV DNA Test เป็นหน่วยบริการ ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ตาม ISO15189 หรือมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์โดยสภาเทคนิคการแพทย์ (Laboratory Accreditation) หรือมาตรฐานทางวิชาการของห้องปฏิบัติการ โดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย หรือมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการรับรองโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือมาตรฐานอื่นที่เทียบเคียงกันได้ในระดับเดียวกัน และต้องมีเครือข่ายการส่งตรวจ Colposcope รวมตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา กรณีที่มีการตรวจคัดกรอง HPV DNA test แล้วพบผลผิดปกติ

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๑๓. บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)	ผู้มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก โดยแพทย์หรือทันตแพทย์	ค่า biopsy และค่าตรวจทางพยาธิวิทยา โดยจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖๐๐ บาทต่อครั้ง	
๑๔. บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	ผู้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการคัดกรองและค้นหาวัณโรค	๑. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray : CXR) จ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง ๒. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular testing) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๒.๑ TB-LAMP จ่ายในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง ๒.๒ Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) จ่ายในอัตรารวม ๕๐๐ บาทต่อครั้ง ๒.๒.๑ วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา ๔๐๐ บาทต่อครั้ง ๒.๒.๒ ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว) อัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง ๒.๓ Real-time PCR MTB/MDR จ่ายในอัตรารวม ๖๐๐ บาทต่อครั้ง ๒.๓.๑ วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา ๔๐๐ บาทต่อครั้ง ๒.๓.๒ ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (๒ ชนิด) อัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง ๒.๔ Line Probe Assay (LPA) จ่ายในอัตรารวม ๖๐๐ บาทต่อครั้ง	๑. ผู้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค ๗ กลุ่ม ได้แก่ ๑.๑ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด ๑.๒ ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ๑.๓ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๑.๔ ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ๑.๕ ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๖๕ ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือมีโรคร่วมเบาหวาน ๑.๖ ผู้ใช้สารเสพติดหรือติดสุราเรื้อรัง ๑.๗ บุคลากรสาธารณสุข ๒. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest-X-ray : CXR) ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อคนต่อปี สำหรับผู้ต้องขัง ไม่เกิน ๓ ครั้งต่อคนต่อปี

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
			๒.๔.๑ วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB อัตรา ๔๐๐ บาทต่อครั้ง ๒.๔.๒ ตรวจหาเชื้อดื้อยา INH + Rifampicin (๒ ชนิด) อัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง ๓. กรณีที่พบผลตรวจ TB-LAMP เป็นผู้ป่วยวัณโรค ให้ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว) หรือ INH+ Rifampicin (๒ ชนิด) เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา First- line drugs ๔. หากตรวจพบผลดื้อยา First - line drugs ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) จ่ายในอัตรา ๗๐๐ บาทต่อครั้ง ๕. กรณีไม่สามารถวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ ๒. ได้ ให้ตรวจด้วยวิธี ดังต่อไปนี้ ๕.๑ ตรวจด้วยวิธี AFB อัตรา ๒๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๓ ครั้งต่อคนต่อปี ๕.๒ ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อคนต่อปี ๕.๒.๑ เทคนิค Solid media อัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง ๕.๒.๒ เทคนิค Liquid media อัตรา ๓๐๐ บาทต่อครั้ง	๓. บริการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular testing) ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อคนต่อปี
๑๕. บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด	๑. ผู้มีอายุ ๓๕ - ๕๙ ปี ที่มีความเสี่ยง	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐ บาทต่อครั้ง สำหรับค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจวัด	๑ ครั้งต่อปี สำหรับผู้มีอายุ ๓๕ - ๕๙ ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ตามตาราง ๑ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
	ต่อการเกิดโรคเบาหวาน		ระดับน้ำตาล ภายหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose: FPG)	เกี่ยวกับประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน
	๒. ผู้มีอายุ ๔๕ - ๗๐ ปี		จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๖๐ บาทต่อครั้ง สำหรับค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจวัด Total Cholesterol และ HDL ภายหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง	๑ ครั้ง ทุก ๕ ปี ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันในเลือดสูงหรือรักษาด้วยยาลดไขมัน
๑๖. บริการตรวจคัดกรองยีนกลายพันธุ์โรคมะเร็งเต้านม BRCA1/BRCA2	ผู้มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์โดยเกณฑ์ (Criteria) ของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการตรวจเป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและหรือตรวจยีนBRCA1/BRCA2	๑. บริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม บริการเก็บตัวอย่าง (เลือด) และจัดส่งตัวอย่างไปยังหน่วยบริการที่ตรวจยีน จ่ายแบบเหมาจ่าย คนละ ๑ ครั้ง ในอัตรา ๕๐๐ บาท ๒. บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ๒.๑ ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงคนละ ๑ ครั้ง จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท ๒.๒ ค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 สำหรับญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2 คนละ ๑ ครั้ง จ่ายตามจริงไม่เกิน ๒,๕๐๐ บาท	บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 คนละ ๑ ครั้งตลอดชีวิต
๑๗. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	หญิงอายุ ๑๓ - ๒๔ ปี (ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์)	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	ค่าบริการเจาะเลือดและตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) จ่ายในอัตรา ๖๕ บาทต่อคน	คนละ ๑ ครั้งต่อปี

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๑๘. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิค	หญิงอายุ ๑๓ - ๔๕ ปี (ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด)	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิค	ค่าบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิค จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๘๐ บาทต่อครั้ง	คนละ ๑ ครั้งต่อปี
๑๙. บริการเคลือบฟลูออไรด์	๑. ผู้มีอายุ ๒๕ - ๕๙ ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ๒. ผู้ต้องขัง	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน	ค่าบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ รวมค่าบริการให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง	ค่าบริการเคลือบฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นสูงเฉพาะที่ รวมค่าบริการให้คำปรึกษา คนละไม่เกิน ๒ ครั้งต่อปีสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะน้ำลายแห้งจากการรักษามะเร็งด้วยการฉายแสงบริเวณใบหน้าและลำคอ หรือจากการกินยารักษาโรคทางระบบที่ส่งผลให้น้ำลายแห้งติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือสาเหตุอื่น ๆ รวมทั้งผู้ที่มีเหงือกร่น รากฟันโผล่ ที่ยากต่อการทำความสะอาด
๒๐. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)	ผู้มีอายุ ๕๐ - ๗๐ ปี	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test	ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) และให้คำปรึกษาแนะนำ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖๐ บาทต่อครั้ง	คนละ ๑ ครั้งทุก ๒ ปี
๒๑. บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	ผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ. ๒๕๓๕	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ด้วย HBsAg ทั้งแบบชุดตรวจเร็ว และเครื่องอัตโนมัติรวมค่าเก็บตัวอย่าง จ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้ง	คนละ ๑ ครั้ง ตลอดชีวิต
๒๒. บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี	๑. ผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ. ๒๕๓๕ ๒. ประชากรกลุ่มเสี่ยง	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	๑. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีด้วย Anti-HCV ทั้งแบบชุดตรวจเร็ว และเครื่องอัตโนมัติ รวมค่าเก็บตัวอย่าง จ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้ง ๒. การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นบวก	๑. ประชากรกลุ่มเสี่ยง ๕ กลุ่ม ประกอบด้วย ๑.๑ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (PLHIV) ๑.๒ ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) ๑.๓ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ๑.๔ บุคลากรทางการแพทย์

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
			จ่ายตามรายการบริการและอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งดังต่อไปนี้ ๒.๑ HCV core antigen จ่ายในอัตรา ๔๐๐ บาทต่อครั้ง ๒.๒ HCV RNA (qualitative method หรือ quantitative method) จ่ายในอัตรา ๑,๖๙๐ บาทต่อครั้ง	๑.๕ ผู้ต้องขัง ๒. บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ด้วย Anti-HCV ๒.๑ สำหรับผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ. ๒๕๓๕ จำนวน ๑ ครั้งตลอดชีวิต ๒.๒ สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงตรวจทุกปี ปีละ ๑ ครั้ง ๒.๓ สำหรับผู้ต้องขัง ไม่เกิน ๓ ครั้งต่อคนต่อปี ๓. กรณีการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นบวก หน่วยบริการต้องผ่านการรับรองมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ISO 15189 หรือมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์โดยสภาเทคนิคการแพทย์ (Laboratory Accreditation) หรือมาตรฐานทางวิชาการของห้องปฏิบัติการ โดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย หรือมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการรับรอง หรือมาตรฐานอื่นที่เทียบเคียงกันได้ในระดับเดียวกัน และต้องมีเครือข่ายในการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา
๒๓. บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจปัสสาวะ	อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	หน่วยบริการนวัตกรรม ได้แก่ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจปัสสาวะ (Urine OV Rapid Diagnosis Test ; OV-RDT) จ่ายในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อครั้ง	อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป และมีประวัติเสี่ยง ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ๑. มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ๒. เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		เฉพาะด้านเวชกรรม หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ เฉพาะหน่วยที่เพิ่มศักยภาพ Lab Anywhere หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เฉพาะด้านการพยาบาล และการผดุงครรภ์		๓. มีประวัติการกินปลาน้ำจืดสุก ๆ ดิบ ๆ คนละ ๑ ครั้งต่อปี
๒๔. บริการตรวจคัดกรอง มะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์	หญิงอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์	ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์ จ่ายในอัตราไม่เกิน ๒,๔๐๐ บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ อัตราจ่ายเป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ	ให้บริการหญิงอายุ ๔๐ ขึ้นไป ที่มีประวัติ ญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม โดยให้ตรวจ ๑ ครั้งทุก ๒ ปี
๒๕. บริการให้วัคซีน ป้องกันโรค	ทุกกลุ่มอายุ	หน่วยบริการที่สามารถ ให้บริการวัคซีน	ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรคจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐ บาทต่อโดส	ค่าบริการให้วัคซีนป้องกันโรคเป็นไปตามตาราง ๑ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับประเภทและขอบเขต ของบริการสาธารณสุข
๒๖. บริการคัดกรองวัณโรค ระยะแฝง (Latent TB Infection)	ผู้ที่มีความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อวัณโรค ระยะแฝง	๑. หน่วยบริการที่จัดเก็บเลือด เป็นหน่วยบริการที่สามารถ ให้บริการตรวจคัดกรอง วัณโรคระยะแฝงตามแนวทาง เวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝง ของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	๑. ค่าเจาะเลือดและให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง ๒. ค่าจัดส่ง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง ๓. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองวัณโรค ระยะแฝง ด้วย Interferon gamma release assays (IGRAs) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๖๕๐ บาทต่อครั้ง ต่อปี ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๓.๑ การตรวจ ELISA ๓.๒ การตรวจ Chemiluminescence	ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ตามคำแนะนำของกรมควบคุมโรค ดังต่อไปนี้ ๑.๑ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ๑.๒ ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด ตามแนวทางเวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝง ของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข ๑.๓ กลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		๒. หน่วยบริการที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝงด้วย Interferon gamma release assays (IGRAs) ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	๓.๓ การตรวจFluorescence	๑.๓.๑ ผู้ป่วยที่กำลังจะเริ่มหรือได้รับยาชีววัตถุกลุ่ม anti-TNF ๑.๓.๒ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับยากดภูมิเทียบเท่ากับ prednisone ๑๕ มก. ต่อวัน เป็นระยะเวลาตั้งแต่ ๑ เดือนขึ้นไป (ในเด็กได้ prednisolone ๒ มก./กก/วัน นาน ๒ สัปดาห์ ขึ้นไป) ๑.๓.๓ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ๑.๓.๔ ผู้ป่วยที่เตรียมตัวปลูกถ่ายอวัยวะหรือไขกระดูก ๒. กรณีที่ผลการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝงรายงานผลเป็นบวก ให้ทำการรักษาวัณโรคระยะแฝงเพื่อป้องกันการป่วยเป็นวัณโรคด้วยสูตรยาตามแนวทางเวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝงของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ การรักษาเป็นไปตามสิทธิ
๒๗. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	๑. อายุ ๖ - ๑๒ เดือน ๒. อายุ ๓ - ๕ ปี	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	ค่าตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hb) หรือค่าตรวจปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) จ่ายในอัตรา ๓๐ บาทต่อครั้งต่อช่วงอายุ	ไม่ซ้ำซ้อนกับการให้บริการตรวจติดตามภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพื่อการรักษา
๒๘. บริการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	อายุ ๖ - ๑๒ เดือน	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	บริการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้งต่อปี	ไม่ซ้ำซ้อนกับการให้บริการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อการรักษา

การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายและรายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๑. บริการฝากครรภ์	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	๑. บริการการฝากครรภ์ ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการฝากครรภ์ ทั้งนี้ การเบิกค่าบริการฝากครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ ๙ เป็นต้นไป สำนักงานจะขอรายละเอียดหลักฐานการให้บริการเพิ่มเติมจากหน่วยบริการเพื่อใช้ประกอบการพิจารณา ๒. บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการฝากครรภ์จะได้รับการจ่ายชดเชยค่าบริการแบบเหมาจ่าย ๖๐๐ บาท ตรวจสอบพบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีรายการครบทุกรายการ ดังต่อไปนี้ ๒.๑ CBC-Hb/Hct ๒.๒ MCV และหรือ DCIP ๒.๓ Blood group: ABO/Rh ๒.๔ การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ๒.๕ HIV antibody ๒.๖ Hepatitis B ๓. บริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ HIV antibody และ การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ที่ส่งตรวจในช่วงที่อายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด โดยตรวจสอบพบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรายงานผลตรวจที่มีวันที่ส่งตรวจ สอดคล้องกับการตั้งครรภ์ ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ๔. บริการการตรวจอัลตราซาวด์ทารกในครรภ์ ตรวจสอบพบผลการตรวจอัลตราซาวด์ทารกในครรภ์ ๕. บริการการตรวจสุขภาพช่องปาก ขัดและทำความสะอาดฟันในหญิงตั้งครรภ์ ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการครบทุกข้อ ดังต่อไปนี้ ๕.๑ หลักฐานการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก ๕.๒ หลักฐานการให้บริการขัดและทำความสะอาดฟัน ทั้งนี้ หลักฐานการให้บริการในข้อ ๕ ที่ตรวจสอบพบ ไม่จำเป็นต้องเป็นการให้บริการในวันเดียวกัน

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๒. บริการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์	บันทึกการให้บริการ ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือบันทึกข้อมูลผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http//:nprp.nhso.go.th หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรายงานผลการตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ รายงานผลตรวจจะต้องมีวันที่ส่งตรวจหรือรายงานผลการตรวจที่สอดคล้องกับการตั้งครรภ์ ๓. กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายการตรวจยืนยันด้วย Alpha–thalassemia 1 (PCR) หรือ Beta–thalassemia (Mutation analysis) จะต้องพบผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย หรือ Hb typing มีผลการตรวจผิดปกติ ๔. กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายบริการการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ จะต้องเป็นกรณีที่ผลสรุปคู่เสี่ยงโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง และจะต้องพบบันทึกการทำหัตถการ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๔.๑ การตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic villus sampling) ๔.๒ การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) ๔.๓ การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)
๓. บริการการคัดกรองธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย และการคัดกรองซิฟิลิส	บันทึกการให้บริการ ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือบันทึกข้อมูล ผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http//:nprp.nhso.go.th หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนครั้งที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายต้องเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด ๓. กรณีที่เป็นการคัดกรองในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย พบหลักฐานหรือบันทึกการตั้งครรภ์ของฝ่ายหญิง และพบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย โดยมีวันที่ส่งตรวจ หรือรายงานผลตรวจสอดคล้องกับการตั้งครรภ์ของฝ่ายหญิง ๔. ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าตรวจ Treponemal test (TT) ด้วยวิธี Treponema pallidum particle agglutination test (TPPA) หรือ Treponema pallidum hemagglutination test (TPHA) จะต้องพบผลการตรวจคัดกรอง แบบย้อนทางวิธี CIA/CLIA หรือ EIA หรือ RDT หรือการตรวจคัดกรองแบบดั้งเดิมวิธี RPR หรือ VDRL ผิดปกติร่วมด้วย
๔. บริการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์	บันทึกการให้บริการ ผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal System) http//:nprp.nhso.go.th หรือ Krungthai Digital	๑. พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกล้ำ (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) ที่ระบุวันที่ส่งตรวจสอดคล้องกับการตั้งครรภ์

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
	Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API)	๒. พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี Quadruple test หรือรายงานผลการตรวจโครโมโซมยืนยันทารกในครรภ์ที่ระบุวันส่งตรวจสอดคล้องกับการตั้งครรภ์ ๓. กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายการทำหัตถการเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้ ๓.๑ ผู้รับบริการมีข้อบ่งชี้อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้ ๓.๑.๑ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีไม่รุกล้ำ (Non-Invasive Prenatal Test : NIPT) พบว่ามีความเสี่ยงสูง ๓.๑.๒ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี Quadruple test พบว่ามีความเสี่ยงสูง ๓.๑.๓ มีข้อบ่งชี้ตามที่กรมอนามัยกำหนด ได้แก่ (๑) ผ่านการตรวจคัดกรองความผิดปกติของโครโมโซมด้วยวิธีอื่นแล้วผลเป็นบวกหรือมีความเสี่ยงสูงที่ทารกในครรภ์จะมีความผิดปกติของโครโมโซม เช่น อัลตราซาวน์พบความผิดปกติ หรือ (๒) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า ๓๕ ปี และมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าเกินกว่าที่ระบบการตรวจ Quadruple test จะรู้ผลทันเวลาของการวินิจฉัยก่อนคลอดในกรณีที่พบว่ามีความเสี่ยงสูง เช่น หากมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ๒๐-๒๒ สัปดาห์ หรือ (๓) หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีลูกคนก่อนเป็นกลุ่มอาการดาวน์ ๓.๒ พบหลักฐานบันทึกการทำหัตถการของการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๓.๒.๑ การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) ๓.๒.๒ การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis) ๔. กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายการตรวจสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ โดยการตรวจโครโมโซม ต้องพบรายงานผลการตรวจโครโมโซมที่ระบุวันที่ส่งตรวจสอดคล้องกับการตั้งครรภ์

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๕. บริการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH)	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือบันทึกข้อมูลผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http//:nprp.nhso.go.th หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ๓. กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒ ครั้ง ต้องพบหลักฐานทารกที่คลอดอายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์ หรือมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม หรือคลอดเป็นทารกแฝด หรือเป็นทารกป่วย ๔. พบรายงานผลการตรวจ TSH ในรายที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายกรณีการตรวจติดตามและยืนยันภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์
๖. การตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS)	บันทึกการให้บริการผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http//:nprp.go.th หรือผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการคัดกรองโรคพันธุกรรมเมตาบอลิค ด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ตามจำนวนครั้งที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๗. การตรวจหลังคลอด	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบหลักฐานหรือบันทึกวันที่คลอดบุตรและบริการตรวจหลังคลอด ไม่เกิน ๓ ครั้ง ตามแนวทางที่กรมอนามัยกำหนด หลักฐานการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีนและกรดโฟลิก ตามมาตรฐานการดูแลผู้รับบริการ ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายครั้งละ ๓ เดือน ทั้งนี้ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อการคลอด
๘. การทดสอบการตั้งครรภ์	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบหลักฐานหรือบันทึกผลการตรวจปัสสาวะสำหรับการทดสอบการตั้งครรภ์ หรือหลักฐานการให้บริการชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง ตามจำนวนครั้งที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ๓. จำนวนครั้งของการให้บริการต่อปี ไม่เกิน ๔ ครั้งต่อปี
๙. บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบหลักฐานการให้บริการตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย สำหรับการให้บริการยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด บริการใส่ห่วงอนามัย บริการฝังยาคุมกำเนิด บริการถอดยาฝังคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน และบริการจ่ายถุงยางอนามัย ๓. เงื่อนไขของการให้บริการเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๑๐. บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด หรือบันทึกข้อมูล ผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal) http//:nprp.nhso.go.th กรณียามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกันส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา (http://drug.nhso.go.th/drugserver)	๑. บริการยุติตั้งครรภ์ต้องเป็นไปตามเงื่อนไขของประมวลกฎหมายอาญา และข้อบังคับแพทยสภา ๒. พบบันทึกการสั่งยาโดยแพทย์ และใช้ยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน (Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg combination pack) ในกรณีขอเรียกเก็บค่าใช้จ่ายบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยามิฟิพริสโตนและไมโซพรอสตอลชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน ๓. บันทึกการทำหัตถการตามรายการที่ขอเรียกเก็บค่าใช้จ่าย กรณีขอเรียกเก็บค่าใช้จ่ายบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีทางศัลยกรรม (MVA, EVA) ๔. ไม่รวมการรักษา blighted ovum, molar pregnancy, dead fetus in utero และ incomplete abortion
๑๑. บริการแว่นตาเด็กที่มีสายตาผิดปกติ	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบโปรแกรมการส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการตามช่วงอายุที่สำนักงานกำหนด ๒. พบหลักฐานการให้บริการแว่นตา (Stock Lens/Lab Lens) อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และสอดคล้องกับบันทึกผลการตรวจระดับสายตา ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ๓. ให้บริการจ่ายแว่นตาแก่เด็กที่มีสายตาผิดปกติ คนละไม่เกิน ๑ อันต่อปี และมีการตรวจติดตามหลังจ่ายแว่นตา ๖ เดือน

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๑๒. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการตามช่วงอายุที่สำนักงานกำหนด คนละ ๑ ครั้งทุก ๕ ปี โดยตรวจคัดกรองด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง (HPV DNA Test, Pap smear, VIA) เว้นแต่กลุ่มเป้าหมายต้องการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA Test ถ้าไม่เคยตรวจด้วยวิธีนี้มาก่อน ให้สามารถตรวจได้เลย หรือในปีถัดไปหลังจากการตรวจด้วยวิธีอื่น ๒. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการตรวจ Pap smear และรายงานผลการตรวจ Pap smear ที่เป็น official report ๓. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ๓.๑ หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการเดิมที่เคยดำเนินการอยู่ใน ๓๒ จังหวัดตามที่กำหนด ๓.๒ พบบันทึกหลักฐานการให้บริการตรวจ VIA และพบการบันทึกผลการตรวจ VIA ๔. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA test ๔.๑ พบหลักฐานการให้บริการการเก็บตัวอย่างตรวจ HPV DNA test หรือให้ชุดเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตนเอง (HPV self-sampling) ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการเก็บตัวอย่าง ๔.๒ ตรวจสอบพบรายงานผลการตรวจ HPV DNA test ที่เป็น official report ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๔.๓ ตรวจสอบพบบันทึกหลักฐานการให้บริการการตรวจ HPV DNA test และรายงานผลการตรวจ HPV DNA test ที่เป็น official report ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการเก็บตัวอย่าง และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๕. บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Liquid based cytology ตรวจสอบพบรายงานผลการตรวจ Liquid based cytology ที่เป็น official report ๖. บริการการตรวจยืนยันมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Colposcope รวมตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา ๖.๑ ตรวจสอบพบหลักฐานการให้บริการการตรวจ colposcope และหรือตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy/LEEP) ๖.๒ ตรวจสอบพบรายงานผลการตรวจทางพยาธิที่เป็น official report ในกรณีที่มีการตัดชิ้นเนื้อ

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๑๓. การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening)	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการตามช่วงอายุที่สำนักงานกำหนด ๒. พบหลักฐานการให้บริการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และรายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
๑๔. ตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง	บันทึกการให้บริการผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานกำหนด ดังต่อไปนี้ ๑.๑ ผู้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค ๗ กลุ่ม ได้แก่ ๑.๑.๑ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด ๑.๑.๒ ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ๑.๑.๓ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๑.๑.๔ ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ๑.๑.๕ ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๖๕ ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือมีโรคร่วมเบาหวาน ๑.๑.๖ ผู้ใช้สารเสพติดหรือติดสุราเรื้อรัง ๑.๑.๗ บุคลากรสาธารณสุข ๒. พบหลักฐานตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้ ๒.๑ พบผลการตรวจภาพรังสีทรวงอก Chest-X-ray (CXR) ๒.๒ พบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและหาเชื้อวัณโรคดื้อยา First - line drugs ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
		๒.๓ พบรายงานผลการตรวจด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย แต่ไม่สามารถตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) ๒.๔ พบรายงานผลการตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว) หรือ INH+ Rifampicin (๒ ชนิด) เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา First- line drugs ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ในกรณีที่พบผลตรวจ TB-LAMP เป็นผู้ป่วยวัณโรค ๒.๕ พบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second - line drugs ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB)
๑๕. บริการคัดกรองเบาหวานและไขมันในเลือด	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้มีอายุ ๓๕ - ๕๙ ปี ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดเป็นกลุ่มเสี่ยงในตาราง ๑ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน) โดยมีหลักฐานรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจเลือดจากหลอดเลือดดำ ที่ตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) ๒. ผู้มีอายุ ๔๕ - ๗๐ ปี (ยกเว้นผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคไขมันในเลือดสูงหรือรักษาด้วยยาลดไขมัน) โดยมีหลักฐานรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติสำหรับการตรวจ Total Cholesterol และ HDL (high density lipoprotein) ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด”
๑๖. การตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์	บันทึกการให้บริการผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานกำหนด ๒. กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการบริการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม จ่ายแบบเหมาจ่ายคนละ ๑ ครั้ง ในอัตรา ๕๐๐ บาท ๒.๑ พบหลักฐานในการประเมินความเสี่ยงทางพันธุกรรม รวมทั้งบันทึกความเห็นของแพทย์ ๒.๒ พบหลักฐานบันทึกคำสั่งของแพทย์ในการส่งตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ๒.๓ พบหลักฐานบันทึกการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการส่งตรวจทางพันธุกรรม ๓. กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
		๓.๑ พบหลักฐานสนับสนุนการเป็นมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงตามเกณฑ์ (Criteria) ของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการตรวจตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้ เช่น ผลตรวจพยาธิวิทยาและผลการตรวจ receptors ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการรักษาที่เกี่ยวข้อง ๓.๒ พบหลักฐานหรือการบันทึกประวัติมะเร็งในครอบครัว ตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้ ๓.๓ พบรายงานผลการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ที่เป็น official report ๓.๔ หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 เป็นหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ตาม ISO15189 รายการทดสอบ BRCA1/BRCA2 หรือมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการรับรองโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ๔. กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ ๔.๑ พบหลักฐานหรือการบันทึกประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัวที่มีการตรวจพบความผิดปกติของยีน BRCA1/BRCA2 ตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้ ๔.๒ พบรายงานผลการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ที่เป็น official report
๑๗. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการตามช่วงอายุที่สำนักงานกำหนด และผู้รับบริการต้องไม่ใช่หญิงตั้งครรภ์ ๒. พบหลักฐานรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC)

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๑๘. บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการตามช่วงอายุที่สำนักงานกำหนด และผู้รับบริการต้องไม่ใช่หญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอด ๒. พบหลักฐานการให้บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิค ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
๑๙. บริการเคลือบฟลูออไรด์	พิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการ และบันทึกยืนยันการให้บริการ ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่สำนักงานกำหนด ๒. พบหลักฐานการให้บริการเคลือบฟลูออไรด์ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ๓. สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะน้ำลายแห้งจากการรักษามะเร็ง ด้วยการฉายแสงบริเวณใบหน้าและลำคอ หรือจากการกินยารักษาโรคทางระบบที่ส่งผลให้น้ำลายแห้งติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือสาเหตุอื่น ๆ รวมทั้งผู้ที่มีเหงือกร่น รากฟันโผล่ ที่ยากต่อการทำความสะอาด
๒๐. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test)	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูล	๑. ผู้รับบริการมีอายุตามที่สำนักงานกำหนด ๒. พบหลักฐานการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Fit test) ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
	การบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	
๒๑. บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานกำหนด ๒. พบหลักฐานการให้บริการและผลการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ การให้บริการต้องเป็นตามแนวทางและเงื่อนไขที่สำนักงานที่กำหนด
๒๒. บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานกำหนด ๒. หลักฐานการให้บริการและผลการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ การให้บริการต้องเป็นตามแนวทางและเงื่อนไขที่สำนักงานที่กำหนด
๒๓. บริการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจปัสสาวะ	บันทึกการให้บริการ ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายและมีปัจจัยเสี่ยงตามที่สำนักงานกำหนด ๒. หลักฐานการให้บริการและผลการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจปัสสาวะ ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ การให้บริการต้องเป็นตามแนวทางและเงื่อนไขที่สำนักงานที่กำหนด

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๒๔. บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์	บันทึกการให้บริการผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานกำหนด ๒. หลักฐานการให้บริการหรือการบันทึกประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม ตามเกณฑ์ที่กำหนด และผลการตรวจตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์
๒๕. บริการให้วัคซีนป้องกันโรค	พิสูจน์ตัวตนโดยใช้เลขประจำตัวประชาชนของผู้รับบริการ หรือของมารดา/ผู้ปกครอง ในกรณีเด็กอายุต่ำกว่า ๗ ปี หรือกรอกเลขประจำตัวประชาชนของผู้รับบริการหรือของมารดา/ผู้ปกครอง บันทึกและส่งข้อมูลการให้บริการฉีดผ่าน Application หมอพร้อมหรือ ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด	๑. การให้บริการวัคซีนป้องกันโรคแก่ผู้รับบริการให้เป็นไปตามรายการบริการ กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ กลุ่มเป้าหมาย และความถี่ในตาราง ๑ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ๒. พบหลักฐานการให้บริการวัคซีนป้องกันโรค ตามจำนวนโดสของการให้วัคซีนที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย
๒๖. บริการคัดกรองวัณโรคระยะแฝง (Latent TB Infection)	บันทึกการให้บริการผ่านโปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data Hub หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด หรือเชื่อมต่อ	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่สำนักงานกำหนด ๒. พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจคัดกรองวัณโรคระยะแฝง ด้วย Interferon Gamma release assays (IGRAs) ที่ระบุผู้เข้ารับบริการ วันที่ส่งตรวจ และวิธีการตรวจ อย่างชัดเจน

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	รายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
	ข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API)	๓. พบหลักฐานการให้บริการเจาะเลือดและให้คำปรึกษา กรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายการเจาะเลือดและให้คำปรึกษา ๔. พบเอกสารหลักฐานการจัดส่ง กรณีที่เรียกเก็บค่าจัดส่ง
๒๗. บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	บันทึกการให้บริการ ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่สำนักงานกำหนด ๒. พบหลักฐานการให้บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ การให้บริการต้องเป็นตามแนวทางและเงื่อนไขที่สำนักงานที่กำหนด
๒๘. บริการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	บันทึกการให้บริการ ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่สำนักงานกำหนด ๒. พบหลักฐานการให้บริการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ การให้บริการต้องเป็นตามแนวทางและเงื่อนไขที่สำนักงานที่กำหนด

เกณฑ์ (Criteria) ของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ สำหรับผู้รับบริการ

กลุ่มเป้าหมาย	เกณฑ์ (Criteria) ของกลุ่มเป้าหมาย
๑. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง	๑. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมเมื่ออายุไม่เกิน ๔๕ ปี ๒. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมที่อายุ ๔๖-๕๐ ปี ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๒.๑ มีประวัติมะเร็งเต้านมปฐมภูมิมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง อาจเป็นช่วงเวลาเดียวกัน หรือช่วงเวลาที่ต่างกัน (second primary, bilateral, synchronous, metachronous) ๒.๒ มีประวัติโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ มะเร็งตับอ่อน หรือมะเร็งต่อมลูกหมาก ในญาติสายตรงอย่างน้อย ๑ คน ๓. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมเมื่ออายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐ ปี ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๓.๑ มีประวัติญาติสายตรงอย่างน้อย ๑ คนที่เป็น ๓.๑.๑ มะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุไม่เกิน ๕๐ ปี หรือมะเร็งเต้านมในผู้ชาย หรือ ๓.๑.๒ มะเร็งรังไข่ หรือ ๓.๑.๓ มะเร็งตับอ่อน หรือ ๓.๑.๔ มะเร็งต่อมลูกหมาก (metastatic, intraductal/cribriform, high or very high risk group) ๓.๒ มีประวัติผู้ป่วยในครอบครัวอย่างน้อย ๓ คนที่เป็นมะเร็งเต้านม ๓.๓ มีประวัติในครอบครัวสายตรงอย่างน้อย ๒ คนที่เป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งต่อมลูกหมาก ๔. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกช่วงอายุที่มีข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๔.๑ เป็นมะเร็งเต้านมแบบ triple negative ๔.๒ เป็นมะเร็งเต้านมในผู้ชาย
๒. ญาติสายตรง	บิดา มารดา บุตร หรือพี่น้องที่เกิดจากบิดามารดาเดียวกันของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (first degree relationship) ที่ตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1/BRCA2

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๘๖.๑ และข้อ ๘๖.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๗ และคำแนะนำของคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ในการประชุมครั้งที่ ๖/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า

(๑) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และแจ้งศักยภาพให้บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพตามโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile : CPP)

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพตามข้อ ๕ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) รายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามมาตรฐานการดูแลสุขภาพองค์รวมทั้งก่อนและหลังเริ่มฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ ให้เป็นไปตามรายการ ดังต่อไปนี้

(ก) Complete blood count (CBC)

(ข) FSH (Follicle stimulating hormone) (Follitropin)

(ค) LH (Lutropin)

(ง) Estradiol

(จ) Total testosterone

(ฉ) 25-hydroxyvitamin D (25-OH vitamin D)

(ช) Aspartate Aminotransferase (SGOT)

(ซ) Alanine Aminotransferase

(ฌ) Lipid profiles (Cholesterol, HDL-chol, LDL-chol, TG)

(ญ) Prolactin

(ฎ) Glucose (Blood)

(ฏ) Electrolyte (Sodium, Potassium, Chloride, CO2)

(ฐ) Blood Urea Nitrogen (BUN)

(ฑ) Creatinine

(ฒ) Bone mass density

(๒) กรณียาและฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ สำนักงานจะจัดหาผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ตามรายการยาและฮอร์โมน ดังต่อไปนี้

(ก) leuprorelin injection 11.25 mg หรือ triptorelin injection 11.25 mg

(ข) 17 beta estradiol tablet ขนาด 1 mg, 2 mg

(ค) 0.06% estradiol transdermal ขนาด 80 g

(ง) testosterone enanthate injection 250 mg

(จ) cyproterone acetate tablet 50 mg

(ฉ) spironolactone tablet 100 mg

การตรวจทางห้องปฏิบัติการตาม (๑) ให้เป็นไปตามคู่มือการเบิกจ่ายการให้บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพในบุคคลข้ามเพศและเพศหลากหลาย โดยอัตราการจ่ายให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

การจ่ายยาและฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพตาม (๒) ให้เป็นไปตามคู่มือการเบิกจ่ายการให้บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพในบุคคลข้ามเพศและเพศหลากหลาย

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามวิธีที่กำหนดดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามข้อ ๖ (๑) ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ NHSO Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

(๒) การให้บริการยาและฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพตามข้อ ๖ (๒) ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ (๒) หรือระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๘ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๗ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้ และจัดสรรเป้าหมายให้สำนักงานเขต โดยดำเนินการจัดสรรเป้าหมายให้หน่วยบริการตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๑ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๐ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๑ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๓ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามคู่มือการเบิกจ่ายการให้บริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพในบุคคลข้ามเพศและเพศหลากหลาย ดังต่อไปนี้

(๑) พบเอกสารหลักฐานการให้บริการให้คำปรึกษาและการดูแลสุขภาพองค์รวมทั้งก่อนและหลังเริ่มฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

(๒) พบเอกสารหลักฐานการตรวจประเมิน และความเห็นของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่สนับสนุนว่าผู้รับบริการมีความจำเป็นต้องได้รับบริการฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพตามที่คู่มือกำหนด

(๓) พบเอกสารการสั่งจ่ายยาและฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและการบริหารยา ทั้งนี้ การสั่งจ่ายยาหรือฮอร์โมนต้องเป็นไปตามที่คู่มือกำหนด

(๔) พบเอกสารหลักฐานการตรวจประเมินและติดตามการให้ยาหรือฮอร์โมนตามที่คู่มือกำหนด

(๕) พบหลักฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติที่เกี่ยวข้องและการตรวจความหนาแน่นของกระดูกด้วยเครื่องเอกซเรย์สองพลังงานตามที่คู่มือกำหนด ทั้งในการตรวจก่อนให้ยาและการตรวจติดตามในระหว่างการให้ยา

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๑๓

ข้อ ๑๕ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวดที่ ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่มีความจำเป็นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความจำเป็นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๘๖.๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกอบกับคำแนะนำของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ในการประชุมครั้งที่ ๙/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ และครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๗ และมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑๒(๕)/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความจำเป็นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า

(๑) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้และมีการให้บริการอื่นแก่ผู้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคตามประกาศอื่นซึ่งไม่ซ้ำซ้อนกับค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ ให้การรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการดังกล่าวเป็นไปตามที่กำหนดในประกาศนั้น

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความจำเป็นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการตามรายการบริการของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) กรณีการให้บริการแก่กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ ให้มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตามรายการบริการในอัตราเหมาจ่ายต่อจำนวนผู้รับบริการตามที่สำนักงานได้ทำความตกลงกับทัณฑสถานและโรงพยาบาลราชทัณฑ์

(๓) บริการอื่นนอกจาก (๑) และ (๒) จ่ายในอัตราไม่เกิน ๓๐ บาทต่อผู้รับบริการให้กับหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้จำนวนประชากรไทยทุกสิทธิของเขตกรุงเทพมหานคร ณ วันที่ ๑ พฤศจิกายนของปีงบประมาณ โดยใช้เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปีงบประมาณ โดยจ่ายเป็น ๒ งวด ดังนี้

(ก) งวดที่ ๑ ร้อยละ ๕๐ จ่ายตามจำนวนประชากรไทยทุกสิทธิที่ได้รับจัดสรรให้รับผิดชอบดูแลสุขภาพในชุมชนหรือจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

(ข) งวดที่ ๒ ร้อยละ ๕๐ จ่ายตามผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ โดยคำแนะนำหรือความเห็นจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่

(๔) สำหรับหน่วยบริการภาครัฐในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นการจัดสรรงบบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมจากเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นของหน่วยบริการภาครัฐซึ่งได้รับจากเงินงบประมาณ

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform (ผ่าน Hospital Portal ทาง Website KTB https://www.healthplatform.krungthai.com) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๙ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๑ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลเพื่อจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๒ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลเพื่อจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือการบริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ ตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศ

ข้อ ๑๕ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๖ การให้บริการสาธารณสุขกรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความจำเป็นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครตามประกาศนี้ ที่ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลบังคับใช้ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ความในวรรคหนึ่งไม่ให้ใช้บังคับการให้บริการ กรณีการตรวจสุขภาพที่จำเป็นตามกลุ่มวัยในรายการที่ ๑๑ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้ โดยการให้บริการที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘ จนถึงวันที่ประกาศมีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการ กลุ่มเป้าหมาย และอัตราการจ่ายตามรายการบริการ

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการ	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๑. บริการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก	เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน	หน่วยบริการ ที่สามารถให้บริการคัดกรองพัฒนาการเด็ก	บริการประเมินการเจริญเติบโตและคัดกรองพัฒนาการเด็ก จ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้งต่อช่วงอายุ	๑ ครั้งในแต่ละอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน
	เด็กแรกเกิดถึงอายุ ๕ ปี ตามช่วงอายุ ดังนี้ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน		บริการแก้ไข ให้ความรู้คำแนะนำแก่พ่อแม่หรือผู้ดูแลในรายที่พบพัฒนาการล่าช้า จ่ายในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อครั้งต่อช่วงอายุ	ไม่เกิน ๓ ครั้งในแต่ละอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน
๒. บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	- อายุ ๖ ถึง ๑๒ เดือน - อายุ ๓ ถึง ๕ ปี	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	ตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) จ่ายในอัตรา ๖๕ บาทต่อครั้งต่อช่วงอายุ หรือตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hct) จ่ายในอัตรา ๓๕ บาทต่อครั้งต่อช่วงอายุ	บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กด้วยการตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) หรือตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hct) อย่างใดอย่างหนึ่ง ๑ ครั้งในแต่ละช่วงอายุ ๖ ถึง ๑๒ เดือน และ อายุ ๓ ถึง ๕ ปี
๓. บริการยาเสริมธาตุเหล็ก เพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	- อายุ ๒ เดือนถึง ๕ ปี - อายุ ๖ ถึง ๑๒ ปี	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก	บริการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก จ่ายในอัตราเหมาจ่าย ๘๐ บาทต่อครั้งต่อปี	คนละ ๑ ครั้งต่อปี

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการ	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๔. บริการอนามัยโรงเรียน	เด็กนักเรียนประถมศึกษา หรืออายุ ๖ ถึง ๑๒ ปี และเด็กนักเรียนมัธยมศึกษา หรืออายุ ๑๓ ถึง ๑๘ ปี	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการอนามัยโรงเรียน	บริการอนามัยโรงเรียน จ่ายในอัตราเหมาจ่าย ๑๐๐ บาทต่อคน	๑. บริการตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนเชิงรุกที่โรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร ๒. คนละ ๑ ครั้งต่อปีการศึกษา
๕. บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน	อายุ ๙ เดือนขึ้นไป	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน	บริการตรวจสุขภาพช่องปาก จ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้งต่อปี	คนละ ๑ ครั้งต่อปี โดยให้บริการโดยทันตแพทย์
	อายุ ๙ เดือนขึ้นไป ถึง ๒๔ ปี และผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป		บริการเคลือบหรือทาด้วยฟลูออไรด์โดยใช้ฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงเฉพาะที่ จ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้งต่อปี	คนละ ๑ ครั้งต่อปี โดยให้บริการโดยทันตแพทย์
	อายุ ๖ ถึง ๒๐ ปี		บริการเคลือบหลุมร่องฟันถาวร ฟันกรามแท้ซี่ที่ ๔ ๕ ๖ และ ๗ จ่ายในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อคนต่อปี	ทันตแพทย์ประเมินความเสี่ยงและให้บริการตามความจำเป็น โดยมีการให้บริการอย่างน้อย ๑ ซี่ต่อคนโดยทันตแพทย์
๖. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บ้านและชุมชน	ทุกกลุ่มวัย	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บ้านและชุมชน	บริการสำรวจสภาวะสุขภาพครอบครัวชุมชนและคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น จ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้งต่อคน	คนละ ๑ ครั้งทุก ๓ ปี
	ทุกกลุ่มวัยที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือมี		หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้	หน่วยบริการประเมินผู้รับบริการจัดทำและให้บริการตามแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล เดือนละไม่เกิน

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการ	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
	ความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน		๑. บริการเยี่ยมบ้านในผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จ่ายในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อครั้งต่อคน ๒. บริการเยี่ยมบ้านในผู้รับบริการที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ จ่ายในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อครั้งคน	๑ ครั้ง และไม่เกิน ๑๒ ครั้งต่อคนต่อปี
๗. บริการตรวจสายตาเด็กเพื่อวินิจฉัย และวัดค่าสายตาก่อนตัดแว่นตา	เด็กอายุ ๓ ถึง ๑๒ ปี	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ	บริการตรวจสายตาเด็ก เพื่อยืนยันวินิจฉัย จ่ายในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้งต่อคนต่อปี	กรณีกลุ่มเสี่ยงสายตาผิดปกติที่ผลการตรวจไม่จำเป็นต้องได้รับแว่นตาคนละ ๑ ครั้งต่อปี
๘. บริการตรวจอัลตราซาวด์เพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ (ครั้งที่ ๒)	หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ขึ้นไป และมาตรวจอัลตราซาวด์ ครั้งที่ ๒	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการฝากครรภ์ได้ และมีแพทย์เฉพาะทางด้านสูตินรีเวช ทั้งนี้ ต้องเป็นโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เฉพาะทางด้านสูตินรีเวช	บริการตรวจอัลตราซาวด์ (ครั้งที่ ๒) เพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ จ่ายในอัตรา ๔๐๐ บาทต่อครั้งต่อการตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ขึ้นไปไม่เกิน ๑ ครั้งต่อการตั้งครรภ์

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการ	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
๙. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย	- อายุ ๓๕ - ๔๔ ปี - อายุ ๗๐ ปีขึ้นไป	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย	บริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและตรวจวัด Total Cholesterol และ HDL ภายหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๖๐ บาทต่อครั้ง	คนละ ๑ ครั้งทุก ๕ ปี กรณีได้รับบริการตรวจสุขภาพที่จำเป็นตามกลุ่มวัย รายการที่ ๑๑ แล้ว ไม่สามารถเบิกจ่ายในรายการนี้ได้
๑๐. บริการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิด	ทารกแรกเกิด	หน่วยบริการที่สามารถบริการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิดด้วยเครื่อง Pulse oximeter	บริการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิด จ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อคน	คนละ ๑ ครั้ง
๑๑. บริการตรวจสุขภาพที่จำเป็นตามกลุ่มวัย	อายุ ๑๕ - ๓๔ ปี	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจสุขภาพตามกลุ่มวัยได้ ทั้งนี้ ต้องเป็นหน่วยบริการที่ผ่านการพิจารณาจากสำนักงาน ตามแนวทางดังต่อไปนี้ ๑. หน่วยบริการต้องมีศักยภาพในการจัดบริการตรวจสุขภาพแบบเชิงรุก โดยมีความพร้อมด้านบุคลากร เครื่องมือและอุปกรณ์ในการจัดบริการตามมาตรฐาน และรายงานผลการบริการ ดังนี้	อายุ ๑๕ - ๓๔ ปี จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้งต่อคนต่อปี	๑. มีการให้บริการรายการดังนี้ (๑) ตรวจคัดกรองสุขภาพกาย (๒) คัดกรองสุขภาพจิต (๓) คัดกรองความเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (๔) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (BS/FBS) (๕) ตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (CBC) (๖) ตรวจคัดกรองด้วยเอกซเรย์ปอด (Chest x-ray)

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการ	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		(๑) มีแพทย์ พยาบาล รับผิดชอบการจัดบริการ (๒) มีอุปกรณ์ในการประเมินสุขภาพกาย (๓) อุปกรณ์ในการเจาะเลือดและเก็บสิ่งส่งตรวจ (๔) เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) (๕) รถเอ็กซเรย์เคลื่อนที่ (๖) มีระบบรองรับการส่งข้อมูลผลการตรวจสุขภาพให้กับสำนักงานและกรุงเทพมหานคร ๒. การคัดเลือกหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานครจะประชาสัมพันธ์เชิญชวนหน่วยบริการ และจัดให้มีคณะทำงานเพื่อพิจารณาคัดเลือกหน่วยบริการ และจัดสรรพื้นที่		๒. ในการให้บริการรายการ (๑) - (๖) ให้หน่วยบริการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้รับบริการ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากเป็นกลุ่มเสี่ยงและหรือส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยตามสิทธิ
	อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป		อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อครั้งต่อคนต่อปี	๑. มีการให้บริการทุกรายการดังนี้ (๑) ตรวจคัดกรองสุขภาพกาย (๒) คัดกรองสุขภาพจิต (๓) คัดกรองความเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (๔) คัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (๕) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (BS/FBS) (๖) ตรวจระดับไขมันในเลือด (Total Cholesterol และ HDL) (๗) ตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (CBC)

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการ	หน่วยบริการ	อัตราการจ่าย	เงื่อนไขบริการ
		ในการให้บริการ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความสะดวกของผู้รับบริการในการเข้ารับบริการ ๓. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานครจะประกาศรายชื่อหน่วยบริการและการจัดสรรพื้นที่ดำเนินการ ๔. กรณีหน่วยบริการภาคเอกชนจะต้องดำเนินการแจ้งหรือขออนุญาตดำเนินการเพื่อให้เป็นตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลด้วย		(๘) ตรวจการทำงานของไต (Creatinine) (๙) ตรวจการทำงานของตับ (SGOT SGPT) (๑๐) ตรวจคัดกรองด้วยเอกซเรย์ปอด (Chest x-ray) (๑๑) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ๒. ในการให้บริการรายการ (๑) - (๑๑) ให้หน่วยบริการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้รับบริการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหากเป็นกลุ่มเสี่ยงและหรือส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยตามสิทธิ

การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย และเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	เกณฑการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการใหบริการจากหนวยบริการ
๑. บริการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก	ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface: API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด	๑. หลักฐานการให้บริการประเมินการเจริญเติบโต และคัดกรองพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุที่สำนักงานกำหนด ๒. หลักฐานการให้บริการแก้ไข ให้ความรู้ คำแนะนำแก่พ่อแม่หรือผู้ดูแลในรายที่พบพัฒนาการล่าช้า ตามจำนวนครั้งที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายการให้บริการแก้ไข ทั้งนี้ ต้องไม่เกินจำนวนครั้งที่สำนักงานกำหนด ๓. กรณีให้บริการนอกหน่วยบริการ ต้องมีแผนการดำเนินงานเชิงรุกที่ผ่านการรับรองจากสำนักงาน
๒. บริการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface: API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการมีอายุตามที่สำนักงานกำหนด ๒. ข้อมูลการซักประวัติ การรับประทานอาหาร โรคประจำตัว ประวัติประจำเดือน ประวัติบุคคลในครอบครัว ๓. พบรายงานผลการตรวจคัดกรอง CBC หรือ Hct ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ๔. หลักฐานการให้ความรู้คำแนะนำในการรับประทานอาหารเพิ่มธาตุเหล็ก ๕. กรณีให้บริการนอกหน่วยบริการ ต้องมีแผนการดำเนินงานเชิงรุกที่ผ่านการรับรองจากสำนักงาน
๓. บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface: API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด	๑. พบหลักฐานการบันทึกข้อมูลการให้บริการ และให้ความรู้คำแนะนำในการรับประทานอาหารเพิ่มธาตุเหล็ก การประเมินภาวะซีด ๒. พบหลักฐานการสั่งจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก ๓. กรณีให้บริการนอกหน่วยบริการ ต้องมีแผนการดำเนินงานเชิงรุกที่ผ่านการรับรองจากสำนักงาน

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	เกณฑการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการใหบริการจากหนวยบริการ
๔. บริการอนามัยโรงเรียน	ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface: API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานกำหนด ๒. บันทึกข้อมูลในการให้บริการครบทุกข้อ ดังนี้ (๑) ข้อมูลการซักประวัติ ตรวจร่างกายตามระบบ (๒) ผลการประเมินสุขภาพกาย สุขภาพจิต (๓) ผลการตรวจสายตา และผลตรวจการได้ยิน (๔) ผลการประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ (๕) ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรค (๖) การให้ความรู้คำแนะนำที่เหมาะสมตามวัยเรียน ๓. มีแผนการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนที่ผ่านการรับรองจากสำนักงาน
๕. บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน	ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด	๑. บริการตรวจสุขภาพช่องปาก (๑) ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานกำหนด (๒) หลักฐานการให้บริการ ที่มีบันทึกผลการตรวจสุขภาพช่องปากและมีการลงนามทันตแพทย์ผู้ทำการตรวจ ๒. บริการเคลือบหรือทาด้วยฟลูออไรด์โดยใช้ฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงเฉพาะที่ (๑) เด็กอายุ ๙ เดือน ถึง ๒๔ ปี (๒) ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (๓) หลักฐานการให้บริการที่มีการลงนามทันตแพทย์ ในการให้บริการเคลือบฟันด้วยฟลูออไรด์โดยใช้ฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูง ๓. บริการเคลือบหลุมร่องฟันถาวร (๑) ผู้รับบริการอายุ ๖ ถึง ๒๐ ปี (๒) หลักฐานการให้บริการที่มีการลงนามทันตแพทย์ ในการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันถาวร ฟันกรามแท้ซี่ที่ ๔ ๕ ๖ และ ๗ ซึ่งมีบันทึกรายละเอียดของซี่ และจำนวนซี่ที่ให้บริการ

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	เกณฑการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการใหบริการจากหนวยบริการ
		๔. กรณีให้บริการนอกหน่วยบริการ ต้องมีแผนการดำเนินงานเชิงรุก ที่ผ่านการรับรองจากสำนักงาน
๖. บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่บ้าน และชุมชน	ผ่านระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บ้านและชุมชน ตามที่สำนักงานกำหนด สำหรับหน่วยบริการเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface: API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด	๑. บริการสำรวจสภาวะสุขภาพครอบครัว ชุมชนและคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ตรวจสอบพบหลักฐานการสำรวจสภาวะสุขภาพครอบครัวหรือชุมชน และคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นตามกลุ่มวัยครบทุกรายการ ดังนี้ (๑) หลักฐานการสำรวจประเมินสภาวะสุขภาพ ระดับชุมชน ครอบครัว และบุคคล (๒) หลักฐานการคัดกรองสุขภาพตามกลุ่มวัย (๓) จัดทำ Family Folder และแผนการดูแลสุขภาพ (๔) จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย แผนการดูแลสุขภาพ และระบบการส่งต่อให้ได้รับบริการตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล ๒. บริการเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแลรายบุคคล (๑) เป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่สำนักงานกำหนด (๒) พบแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (๓) พบหลักฐานการเยี่ยมบ้านและให้บริการตามแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคลตามจำนวนครั้งที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านต้องเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด ๓. กรณีบริการเยี่ยมบ้านในผู้รับบริการที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ จะต้องพบหลักฐานการเยี่ยมบ้านของสหวิชาชีพ ทั้งนี้ จำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านต้องเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	เกณฑการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการใหบริการจากหนวยบริการ
๗. บริการตรวจสายตาเด็ก เพื่อยืนยันวินิจฉัยก่อนตัดแว่นตา	ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface: API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นเด็กอายุ ๓ ถึง ๑๒ ปี ที่มีความเสี่ยงด้านสายตา ๒. หลักฐานการให้บริการตรวจสายตาเด็กโดยจักษุแพทย์หรือนักทัศนมาตร หากพบความผิดปกติต้องส่งตรวจวินิจฉัยโดยจักษุแพทย์ ๓. กรณีให้บริการนอกหน่วยบริการ ต้องมีแผนการดำเนินงานเชิงรุกที่ผ่านการรับรองจากสำนักงาน
๘. บริการตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ระยะใกล้คลอด	ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูล จากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface: API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ขึ้นไปและมาตรวจอัลตราซาวด์ ครั้งที่ ๒ ๒. หลักฐานการให้บริการตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์ระยะใกล้คลอด (หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ขึ้นไป) และมาตรวจอัลตราซาวด์ ครั้งที่ ๒
๙. บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย	ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบหลักฐานการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการในการตรวจ Total Cholesterol และ HDL ภายหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง ๓. พบผลการการตรวจ Total Cholesterol และ HD ๔. กรณีให้บริการนอกหน่วยบริการ ต้องมีแผนการดำเนินงานเชิงรุกที่ผ่านการรับรองจากสำนักงาน

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	เกณฑการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการใหบริการจากหนวยบริการ
๑๐. บริการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิด	ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface: API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด	๑. ผู้รับบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบหลักฐานการให้บริการและผลการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิดด้วยเครื่อง Pulse oximeter ที่ได้มาตรฐานสำหรับเด็กทารกตามแนวทางเวชปฏิบัติในการตรวจคัดกรองโรค CCHD ในทารกแรกเกิด
๑๑. บริการตรวจสุขภาพที่จำเป็นตามกลุ่มวัย	ผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface: API) หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด	๑. อายุ ๑๕ - ๓๔ ปี ต้องตรวจพบหลักฐานการคัดกรอง (แนวทางการประเมินตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้) และหลักฐานการให้บริการดังต่อไปนี้ (๑) ตรวจคัดกรองสุขภาพกาย: ตรวจคัดกรองสัญญาณชีพ (๒) ประเมินดัชนีมวลกาย (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว) (๓) คัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเสพสารเสพติด (๔) การคัดกรองสุขภาพจิต: ประเมินภาวะความเครียด - ซึมเศร้า 2Q/9 (๕) คัดกรองความเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (๖) ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (BS/FBS) (๗) ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (CBC) (๘) ผลการตรวจคัดกรองด้วยเอกซเรย์ปอด (Chest x-ray) (๙) การให้ความรู้และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหากเป็นกลุ่มเสี่ยงและหรือส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยตามสิทธิ ๒. ผู้มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ต้องตรวจพบหลักฐานการคัดกรอง (แนวทางการประเมินตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้) และหลักฐานการให้บริการดังต่อไปนี้

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	เกณฑการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการใหบริการจากหนวยบริการ
		(๑) ตรวจคัดกรองสุขภาพกาย: ตรวจคัดกรองสัญญาณชีพ (๒) ประเมินดัชนีมวลกาย (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว) (๓) คัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเสพสารเสพติด (๔) คัดกรองสุขภาพจิต: ประเมินภาวะความเครียด - ซึมเศร้า 2Q/9Q (๕) คัดกรองความเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (๖) คัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (๗) ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (BS/FBS) (๘) ผลการตรวจระดับไขมันในเลือด (Total Cholesterol และ HDL) (๙) ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (CBC) (๑๐) ผลการตรวจการทำงานของไต (Creatinine) (๑๑) ผลการตรวจการทำงานของตับ (SGOT SGPT) (๑๒) ผลการตรวจคัดกรองด้วยเอกซเรย์ปอด (Chest x-ray) (๑๓) ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) (๑๔) การให้ความรู้และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากเป็นกลุ่มเสี่ยงและหรือส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยตามสิทธิ

รายละเอียดบริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงสุขภาพกาย/สุขภาพจิต

รายการประเมิน	แนวทางการประเมิน
๑. การประเมินดัชนีมวลกาย (การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง) และรอบเอว	คู่มือ Know your Number & Know Your Risks รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยง สุขภาพ โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
๒. การตรวจวัดความดันโลหิต	แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๒ (๒๐๑๙ Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension) สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
๓. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๐ (Clinical Practice Guideline for Diabetes ๒๐๑๗) สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย
๔. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	Thai CVD Risk พัฒนาโดยคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผ่านโปรแกรม Thai CVD risk score URL http://www.ramamahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/
๕. การประเมินความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติด	๑. การประเมินความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ตามแบบประเมินระดับการเสพติดนิโคติน โดยกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค สามารถเลือกใช้แบบประเมิน ดังต่อไปนี้ (๑) แบบประเมิน Heaviness of Smoking Index (HSI) (๒) แบบประเมิน The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND)๒. การประเมินความเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด ตามแบบประเมิน ASSIST V๓.๑ ขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. ๒๐๑๐ พัฒนาเป็นภาษาไทยโดย รศ.พญ.ดร. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย และคณะ
๖. การประเมินภาวะเครียด - ซึมเศร้า	๑. การประเมินความเครียด ตามแบบประเมินความเครียด (ST-๕) โดยกรมสุขภาพจิต ๒. การประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต ดังต่อไปนี้ (๑) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ๒ คำถาม (2Q) กรณีคะแนน ๒Q ≥ ๑ ให้ประเมิน ๙Q และ ๘Q ต่อไป (๒) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย ๙ คำถาม (๙Q) กรณีคะแนน ๙Q ≥ ๗ ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วย ๘Q (๓) แบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย ๘ คำถาม (๘Q)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยบริการและเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่ ในการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๘๔/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า

(๑) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยบริการและเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อขับเคลื่อนนโยบายคนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) สนับสนุนค่าใช้จ่ายแก่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ เพื่อดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยบริการและเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการตามกิจกรรมการบริการ ดังต่อไปนี้

(ก) บริการคัดกรองสุขภาพ

(ข) การให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

(ค) บริการอาสาสมัครประจำครอบครัว เช่น การดูแลการกินยา สุขภาพใจ สภาพแวดล้อม

(ง) บริการเยี่ยมบ้าน ติดตามร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

(จ) บริการรณรงค์กิจกรรมสุขภาพในชุมชน

ข้อ ๖ สำนักงานจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยงานตามข้อ ๕ (๑) โดยปรับเกลี่ยเงินค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานตามรายการบริการ ร้อยละ ๕๐ และค่าใช้จ่ายสำหรับบริการพื้นฐานของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๕๐ ทั้งนี้ ตามข้อ ๘๖.๑ และข้อ ๘๖.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่าย

เพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่ (อสม.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยบริการและเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่ ภายในกรอบวงเงินไม่เกิน ๑,๐๑๖.๔๐ ล้านบาท

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยงานตามข้อ ๕ จัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ การให้บริการภายใต้การดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามประกาศนี้ หน่วยงานตามข้อ ๕ ต้องจัดเก็บหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเพื่อการตรวจสอบภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงไว้ในโครงการ

ประกาศ ณ วันที่ ๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๕.๒ และข้อ ๕๑.๓ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี ประกอบด้วย

๕.๑ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยา Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือ ยา Ribavirin ในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี

๕.๒ ยารักษาโรคไวรัสตับอักเสบซี

ข้อ ๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยา Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือ ยา Ribavirin สำหรับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

๖.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด และผู้ที่มีอาการหรือสงสัยว่าตับอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี

๖.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๖.๓ การตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี

๖.๓.๑ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ด้วย Anti-HCV จ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อคนต่อปี

๖.๓.๒ สำหรับผู้รับบริการกลุ่มอื่น ๆ ค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีรวมอยู่ในค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว

๖.๔ การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นบวก และการตรวจติดตามผลภายหลังการรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีด้วยยา Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือ ยา Ribavirin จ่ายไม่เกิน ๒ ครั้งต่อคนต่อปี ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๖.๔.๑ HCV core antigen จ่ายในอัตรา ๔๐๐ บาทต่อครั้ง

๖.๔.๒ HCV RNA (qualitative method หรือ quantitative method) จ่ายในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๖.๕ การตรวจประเมินภาวะความรุนแรงของโรคตับ สำหรับผู้รับบริการที่จำเป็นต้องได้รับยารักษาโรคไวรัสตับอักเสบซี ด้วยวิธีการคำนวณ (APRI score หรือ FIB-4 score) หรือการตรวจ transient elastrography หรือการตรวจ fibro marker panel จ่ายชดเชยในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อคนต่อปี

ข้อ ๗ ยารักษาโรคไวรัสตับอักเสบซี Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือ ยา Ribavirin สนับสนุนเป็นยาตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษให้แก่หน่วยบริการที่มีการสั่งใช้ยา ตามเงื่อนไขที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติ

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ สำหรับกรณีผู้รับบริการที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ให้หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program: NAP มายังสำนักงาน

ข้อ ๙ สำหรับผู้รับบริการที่มีอาการหรือสงสัยว่าตับอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ให้หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการ บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือยา ผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ (๒) มายังสำนักงาน

๑๐.๑ สนับสนุนยาสำรอง โดยหน่วยบริการมีหนังสือแสดงความประสงค์เพื่อขอสำรองยาในครั้งแรก หรือการขอสำรองยาเพิ่มเติม และแนบเอกสารผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ (๒)

๑๐.๒ สนับสนุนยาตามข้อมูลให้บริการที่บันทึกและส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ (๒) หรือการชดเชยเป็นเงินเท่ากับมูลค่ายาที่สำนักงานจัดหาได้ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด ยกเว้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๑๒.๑ กรณีรายการที่บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)

๑๒.๑.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๑๒.๑.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบของสำนักงานอีกครั้ง

๑๒.๑.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

๑๒.๒ กรณีรายการที่บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมอื่น

๑๒.๒.๑ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด (ข้อมูล Y) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่าย ให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๑๒.๒.๒ ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด: ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล N) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางที่กำหนด

ข้อ ๑๓ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ หรือบันทึกหลักฐานการให้บริการของหน่วยบริการในเวชระเบียน และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๑๔.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

๑๔.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด ยกเว้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด

๑๔.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๑๓

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๑. ค่าบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี	กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program: NAP	๑. เป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
๒. ค่าบริการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีสำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นบวก และการตรวจติดตามผลภายหลังการรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีด้วยยา Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือ ยา Ribavirin	๑. กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์และกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program: NAP ๒. กรณีผู้รับบริการที่มีอาการหรือสงสัยว่าตับอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมอีเคลม (e-Claim)	๑ .พบหลักฐานสนับสนุนการเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่มีเงื่อนไขตามที่กำหนด เช่น ผลการตรวจ anti HCV เป็นบวก หรือหลักฐานการได้รับยา Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือ ยา Ribavirin ๒ พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนครั้งของการตรวจทางห้องปฏิบัติการต้องเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๓. ค่าบริการตรวจประเมินความรุนแรงของโรคตับ	๑. กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program: NAP ๒. กรณีผู้รับบริการที่มีอาการหรือสงสัยว่าตับอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมอีเคลม (e-Claim)	๑. พบหลักฐานสนับสนุนการเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่จำเป็นต้องได้รับยารักษาโรคไวรัสตับอักเสบซี ๒. พบรายงานผลการตรวจประเมินความรุนแรงของโรคตับ ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนครั้งของการตรวจต้องเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี พ.ศ. ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๕.๒ ข้อ ๕๑.๓ และข้อ ๘๙/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความใน ๖.๓ และ ๖.๔ ของข้อ ๖ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี พ.ศ. ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“๖.๓ การตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี

๖.๓.๑ ผู้รับบริการที่เกิดก่อน พ.ศ. ๒๕๓๕ ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ โดยตรวจด้วย Anti-HCV ทั้งแบบชุดตรวจเร็ว และเครื่องอัตโนมัติ รวมค่าเก็บตัวอย่าง จ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ตรวจได้ ๑ ครั้ง ตลอดชีวิต

๖.๓.๒ ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ (PLHIV) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ต้องขัง ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่าย

เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ โดยตรวจด้วย Anti-HCV ทั้งแบบชุดตรวจเร็ว และเครื่องอัตโนมัติ รวมค่าเก็บตัวอย่าง จ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อปี

๖.๓.๓ ผู้รับบริการกลุ่มอื่น ๆ ที่มีอาการหรือสงสัยว่าตับอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย “รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว” ของแต่ละกรณี

๖.๔ การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี สำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นบวก และการตรวจติดตามผลภายหลังการรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีด้วยยา Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือ ยา Ribavirin จ่ายไม่เกิน ๒ ครั้งต่อคนต่อปี ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งดังต่อไปนี้

๖.๔.๑ HCV core antigen จ่ายในอัตรา ๔๐๐ บาทต่อการรายงานผล

๖.๔.๒ HCV RNA (qualitative method หรือ quantitative method) จ่ายในอัตรา ๑,๖๙๐ บาทต่อการรายงานผล”

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความในข้อ ๘ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี พ.ศ. ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๘ สำหรับผู้รับบริการตาม ๖.๓.๑ และ ๖.๓.๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงานหรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด”

ข้อ ๕ ให้ยกเลิกความในข้อ ๙ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี พ.ศ. ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๙ สำหรับผู้รับบริการตาม ๖.๓.๒ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program : NAP มายังสำนักงาน”

ข้อ ๖ ให้ยกเลิกเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี พ.ศ. ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ และให้ใช้เอกสารแนบท้ายประกาศนี้แทน

ข้อ ๗ การให้บริการและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซีตามประกาศนี้ ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการดำเนินการตามประกาศนี้

ข้อ ๘ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ

รายการบริการ	**การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย**	**การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ**
๑. ค่าบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี	๑. กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ต้องขัง และบุคลากรสาธารณสุข ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program : NAP ๒. ผู้รับบริการที่เกิดก่อน พ.ศ. ๒๕๓๕ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลผ่านระบบ Krungthai Digital Health Platform ๓. ผู้รับบริการกลุ่มอื่น ๆ ที่มีอาการหรือสงสัยว่าตับอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมอีเคลม (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API)	๑. เป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด ๒. พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการบริการ	การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย	การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการ
๒. ค่าบริการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีสำหรับผู้รับบริการที่มีผล Anti-HCV เป็นบวก และการตรวจติดตามผลภายหลังการรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีด้วยยา Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือ ยา Ribavirin	๑. กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ต้องขัง และบุคลากรสาธารณสุข ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program : NAP ๒. กรณีอื่น ๆ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมอีเคลม (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API)	๑. พบหลักฐานสนับสนุนการเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่มีเงื่อนไขตามที่กำหนด เช่น ผลการตรวจ anti HCV เป็นบวก หรือหลักฐานการได้รับยา Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือ ยา Ribavirin ๒. พบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนครั้งของการตรวจทางห้องปฏิบัติการต้องเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด
๑. ค่าบริการตรวจประเมินความรุนแรงของโรคตับ	๑. กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ต้องขัง และบุคลากรสาธารณสุข ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program : NAP ๒. กรณีอื่น ๆ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรมอีเคลม (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API)	๑. พบหลักฐานสนับสนุนการเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่จำเป็นต้องได้รับยารักษาโรคไวรัสตับอักเสบซี ๒. พบรายงานผลการตรวจประเมินความรุนแรงของโรคตับตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนครั้งของการตรวจต้องเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ