งานกำกับติดตามการเข้าถึง และคุณภาพบริการสาธารณสุข ในบริการโรคเฉพาะ

นางสาวภาวิกา ภัทรธิชาสกุล

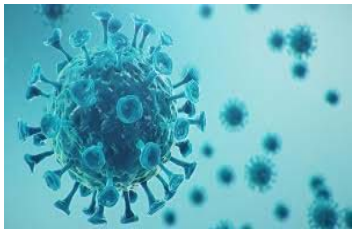
กลุ่มภารกิจสนับสนุนและกำกับติดตามประเมินผล (M&E) กองทุนหลักประกันสุขภาพ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

15 พฤศจิกายน 2565

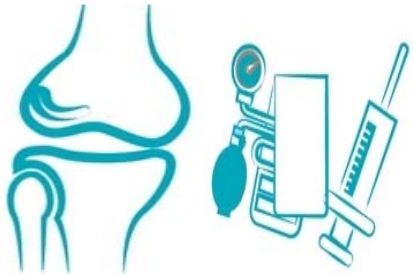
ความเป็นมา/ กฎหมาย/ ประกาศ ที่เกี่ยวข้อง

1. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
2. แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ปี 2566-2570
3. มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2565 วันที่ 4 กรกฎาคม 2565 เห็นชอบข้อเสนอหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566
4. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (ส่วนที่ 2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป ข้อ 20)
5. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ พ.ศ. 2556 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2556

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



บริการโรคเฉพาะในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ

2556_ประกาศโรคนิ่ว

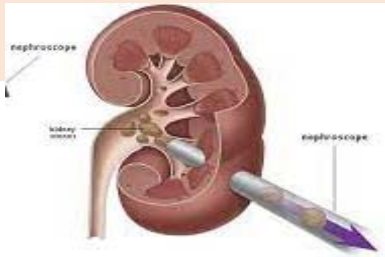
สิทธิประโยชน์ครอบคลุมค่าใช้จ่ายบริการรักษาโรคนิ่ว ทั้ง 3 วิธี โดยอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เป็นค่าใช้จ่ายรวมค่าตรวจ ค่าบริการรักษาภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน กรณีให้บริการหลายวิธี จ่ายรายการที่ค่าใช้จ่ายสูงสุดเพียงรายการเดียว

1. การรักษาโรคนิ่วด้วยวิธีผ่าตัดแบบเปิด (Open surgery)
2. การรักษานิ่วในกรวยไตโดยใช้วิธีเจาะผ่านผิวหนัง ส่องกล้องกรอนิ่วในไต (PCNL)

* คำนวณจ่ายด้วยระบบ DRGs ตามค่า AdjRW เช่นเดียวกับกรณี IP Normal

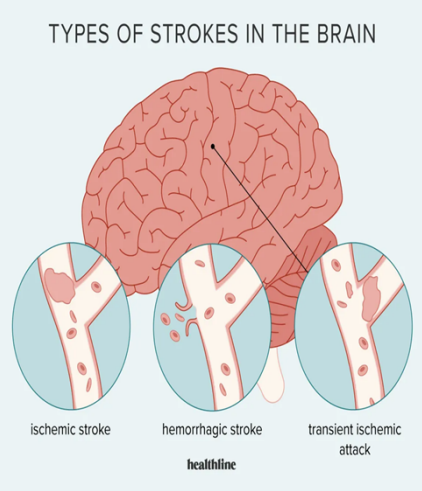
3. การนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว (ESWL)

- หน่วยบริการภาครัฐ เหมาจ่ายครั้งละ 6,500 บาท ต่อครั้งจ่าย ไม่เกินข้างละ 4 ครั้งต่อไต 1 ข้างต่อคนต่อปี
- หน่วยบริการภาคเอกชน เหมาจ่าย 16,000 บาท ต่อไตหนึ่งข้างที่สำเร็จต่อคนต่อปี เบิกได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อไต 1 ข้าง ต่อคนต่อปี เบิกเมื่อรักษาสำเร็จเท่านั้น



โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke)

Stroke หรือ โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่ทำให้เซลล์สมองถูกทำลาย อาจเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน หรือแตก ทำให้ขัดขวางการลำเลียงเลือดซึ่งนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้สมองสูญเสียการทำหน้าที่จนเกิดอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือถึงขั้นเสียชีวิตได้

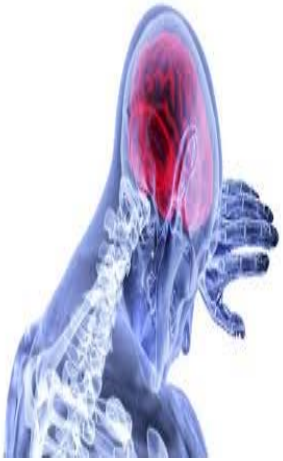


5 สัญญาณเตือนสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่สูญเสียหน้าที่ ดังนี้

1. ชาหรืออ่อนแรงใบหน้าซีกใดซีกหนึ่งอย่างฉับพลัน ทำให้มุมปากตก ปากเบี้ยว อมน้ำไม่อยู่ น้ำไหลออกจากมุมปาก
2. สูญเสียการทรงตัว
3. พูดไม่ชัด พูดไม่ออก สับสน นึกคำพูดไม่ออก
4. การมองเห็นมีปัญหาฉับพลัน อาจมองเห็นภาพซ้อน มองเห็นภาพครึ่งเดียว ตาบอดหนึ่งหรือสองข้าง
5. มีอาการปวดศีรษะรุนแรงฉับพลัน

สาเหตุหลักการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มี 3 ประเภท คือ

1. หลอดเลือดเกิดตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) พบได้มากถึง 85%
2. หลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบได้ประมาณ 15%
3. ภาวะสมองขาดเลือดชั่วขณะ (Transient Ischemic Attack) คืออาการโรคหลอดเลือดสมอง แต่อาการเป็นไม่นาน (< 24 ชั่วโมง) แล้วอาการดีขึ้นได้เอง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยควรพบแพทย์ทันทีเพื่อตรวจวินิจฉัยแยกโรค



วิธีการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง สิทธิประโยชน์ UCครอบคลุมทุกวิธี

การรักษาภาวะหลอดเลือดสมองตีบ ระยะแรกที่เกิดอาการเส้นเลือดในสมองตีบ แพทย์จะประเมินผู้ป่วย หากมีข้อบ่งชี้ของการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและไม่มีข้อห้าม แพทย์จะให้ยาละลายลิ่มเลือด และตรวจหลอดเลือดสมองด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CTA brain) ในกรณีที่มีหลอดเลือดสมองขนาดใหญ่อุดตัน แพทย์จะรักษาโดยการใช้สายสวนเข้าไปในหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบและขึ้นไปที่สมอง (endovascular procedure) เพื่อนำเอาลิ่มเลือดที่อุดตันในหลอดเลือดออกมา (Mechanical thrombectomy)

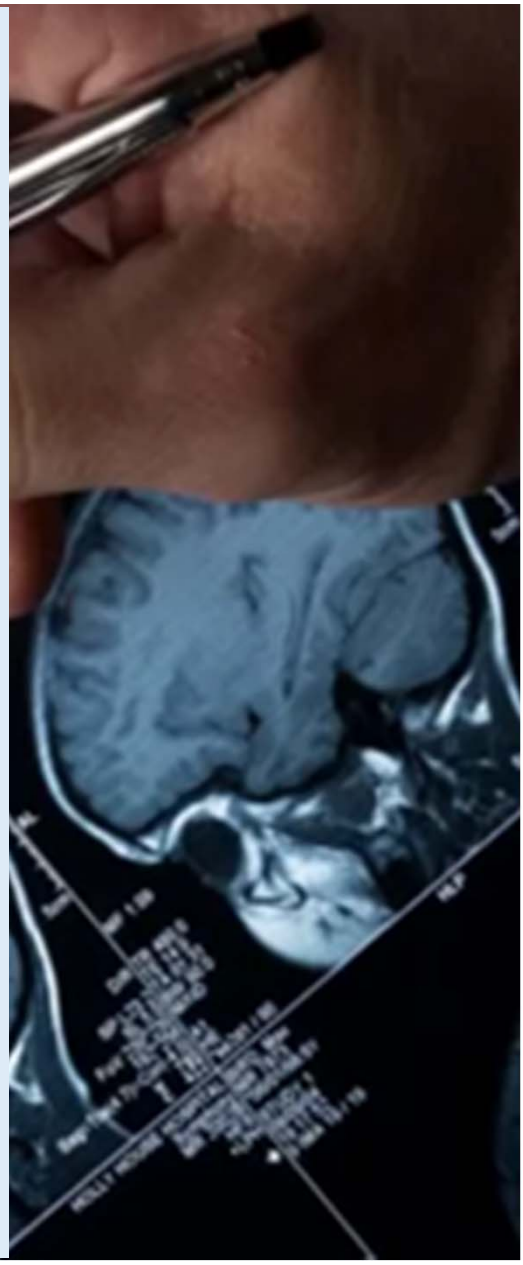
กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดที่คอตีบรุนแรง (severe carotid stenosis) และมีอาการของสมองขาดเลือด แพทย์จะรักษาโดยการผ่าตัดหลอดเลือดเพื่อนำเอาส่วนของไขมันที่หลอดเลือดออกมา (carotid endarterectomy) หรือการใส่ขยายหลอดเลือดที่ตีบและใส่ขดลวด (carotid angioplasty and stenting)

การรักษาภาวะหลอดเลือดสมองแตก

1.การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน 2.การผ่าตัดสมอง

3.การสวนหลอเลือดและใส่ขดลวด (coiling) ในกรณีที่เกิดจากหลอดเลือดโป่งพอง

4. การสวนหลอดเลือดและใช่สารอุดหลอดเลือดที่ผิดปกติ (transarterial/venous embolization) หรือ radiosurgery ในโรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (cerebral arteriovenous malformation)



โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke)

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา

เหมาจ่าย(ค่าฉีดยา/CT/PT)รายละ 49,000 บาท/ครั้ง

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย

1.จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่ได้รับ ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA และได้รับการตรวจ CT Brain ก่อนและหลัง การฉีดยาละลายลิ่มเลือด หรือ มีการทำกายภาพบำบัด หรือฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด

2. จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

** จะต้องบันทึกรายการยาละลายลิ่มเลือดตาม Drug Catalog ในหน้าค่ารักษาพยาบาล**

หัวใจสำคัญ

- เพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วย Stroke เข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น
- ลดภาวะแทรกซ้อน ทุพพลภาพ และลดอัตราการเสียชีวิต
- มีกลไกการจัดการด้านการเงินที่มีประสิทธิภาพ

หน่วยบริการ ที่มีศักยภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ที่แสดงความจำนงพร้อมกับประเมินศักยภาพหน่วยบริการ (Self Assessment) เพื่อเข้าร่วม เครือข่ายบริการ ให้ยาละลายลิ่มเลือด ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันอย่างเร่งด่วน หรือเครือข่ายบริการ ให้ยาละลายลิ่มเลือด

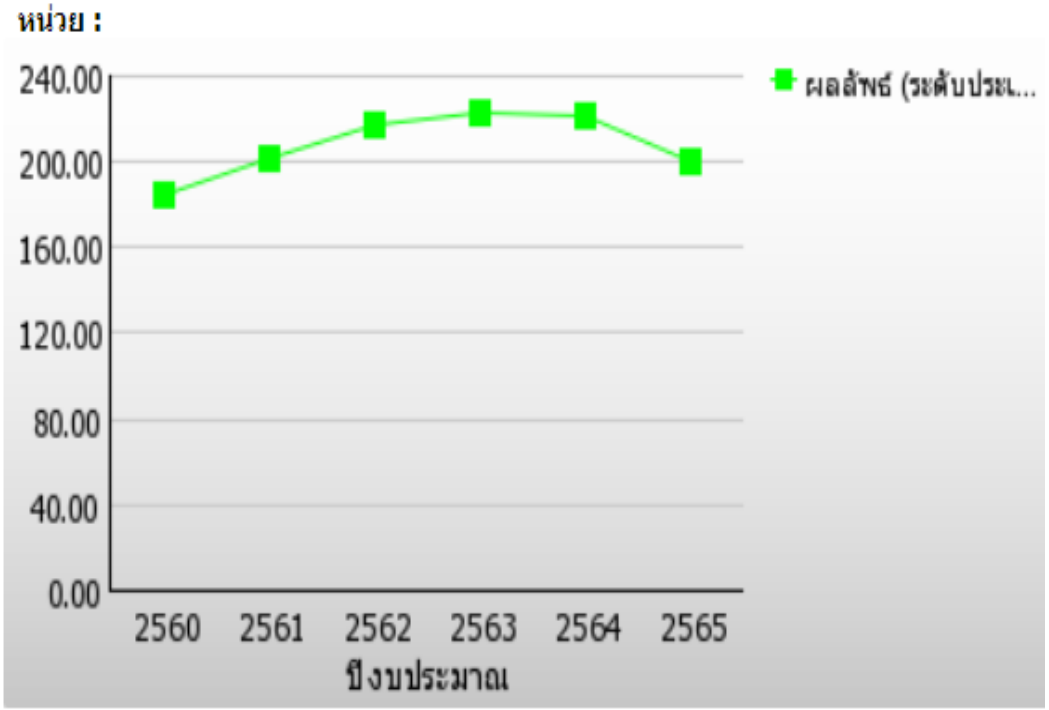
☑ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด 2# กาฬสินธุ์ 2# มหาสารคาม

ผลงานภาพรวมตัวชี้วัดบริการสุขภาพ
กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง

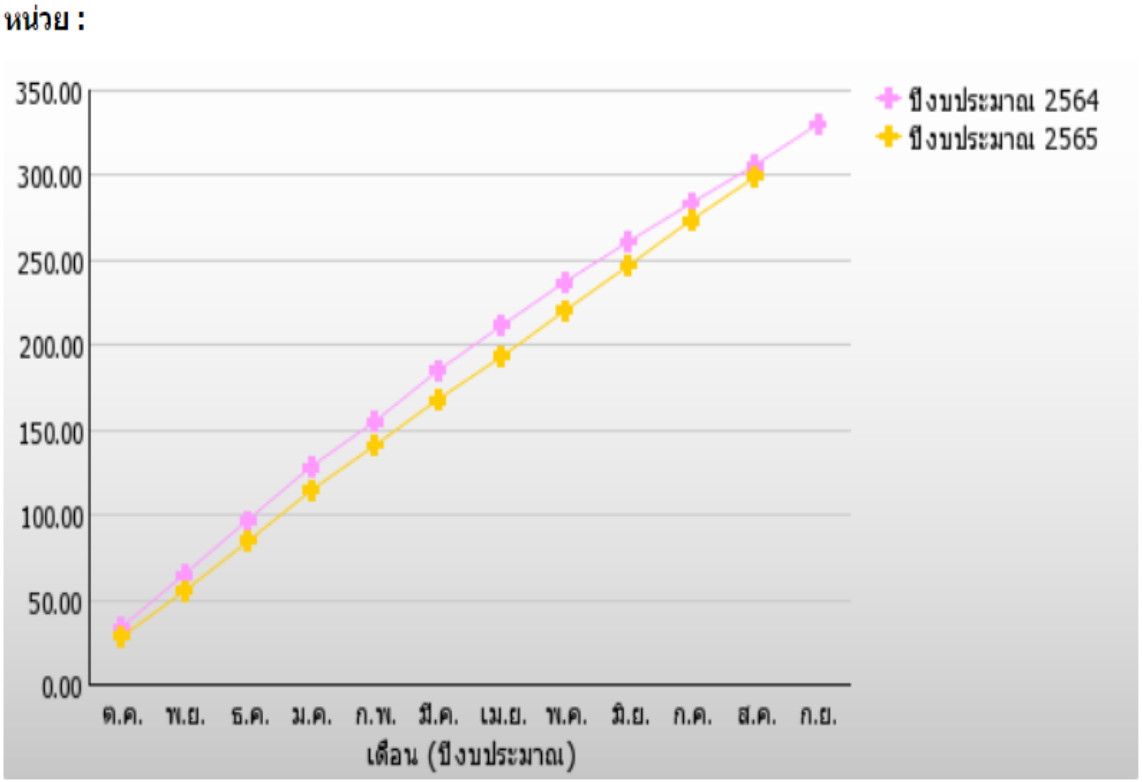
ที่มา : ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลตัวชี้วัดบริการสุขภาพ สปสช. (NHSO Health Service Indicator)
www.edw.nhso.go.th ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2022

1. อัตรารับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Cerebral infarction) อายุ 15 ปี ขึ้นไป สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ (hmain)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ



กราฟ 2 : แสดงเปรียบเทียบรายเดือน

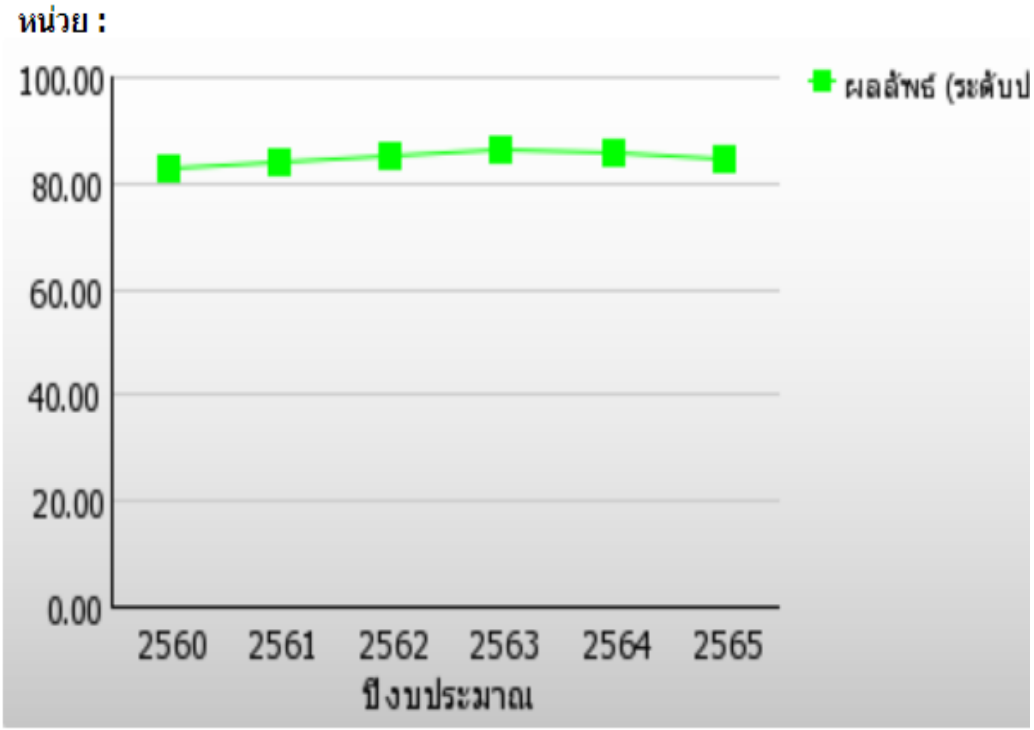


ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	184.11	202.01	217.58	222.73	221.69	200.72

ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	33.70	64.49	96.69	127.84	154.95	185.29	212.36	236.44	261.30	283.42	305.82	330.21
2565	28.51	55.41	85.34	114.91	141.11	167.50	193.63	220.50	246.95	273.27	299.45	

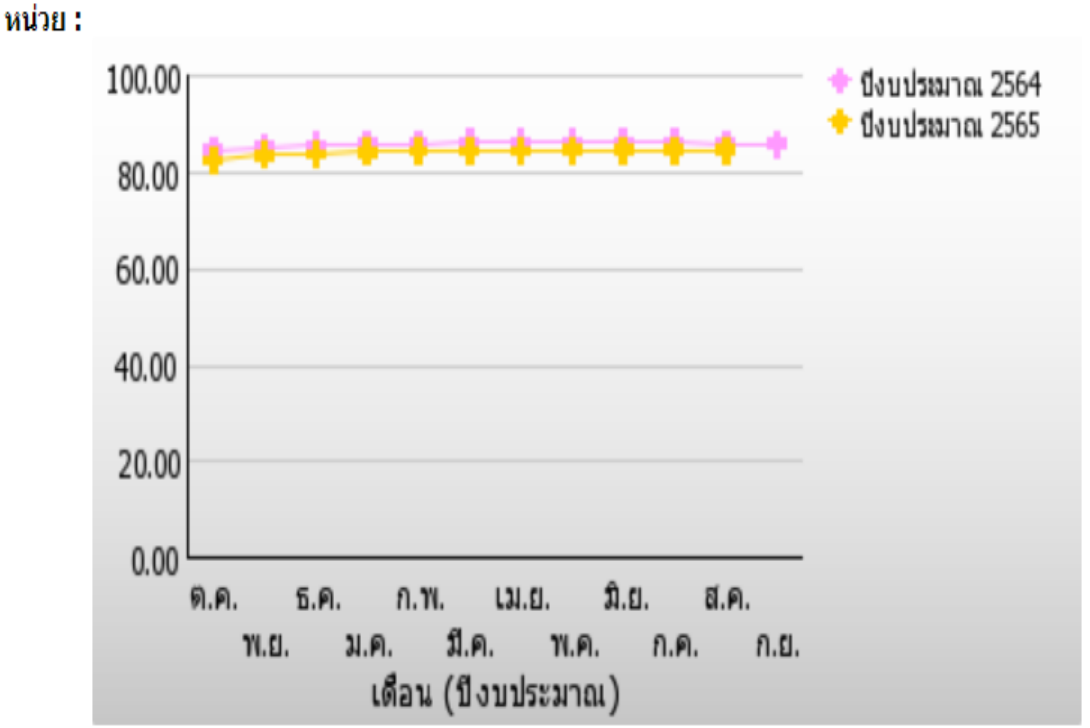
2. อัตราการทำ **CT Scan** ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการอุดตัน ตีบ หรือแตกของหลอดเลือดสมอง สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ



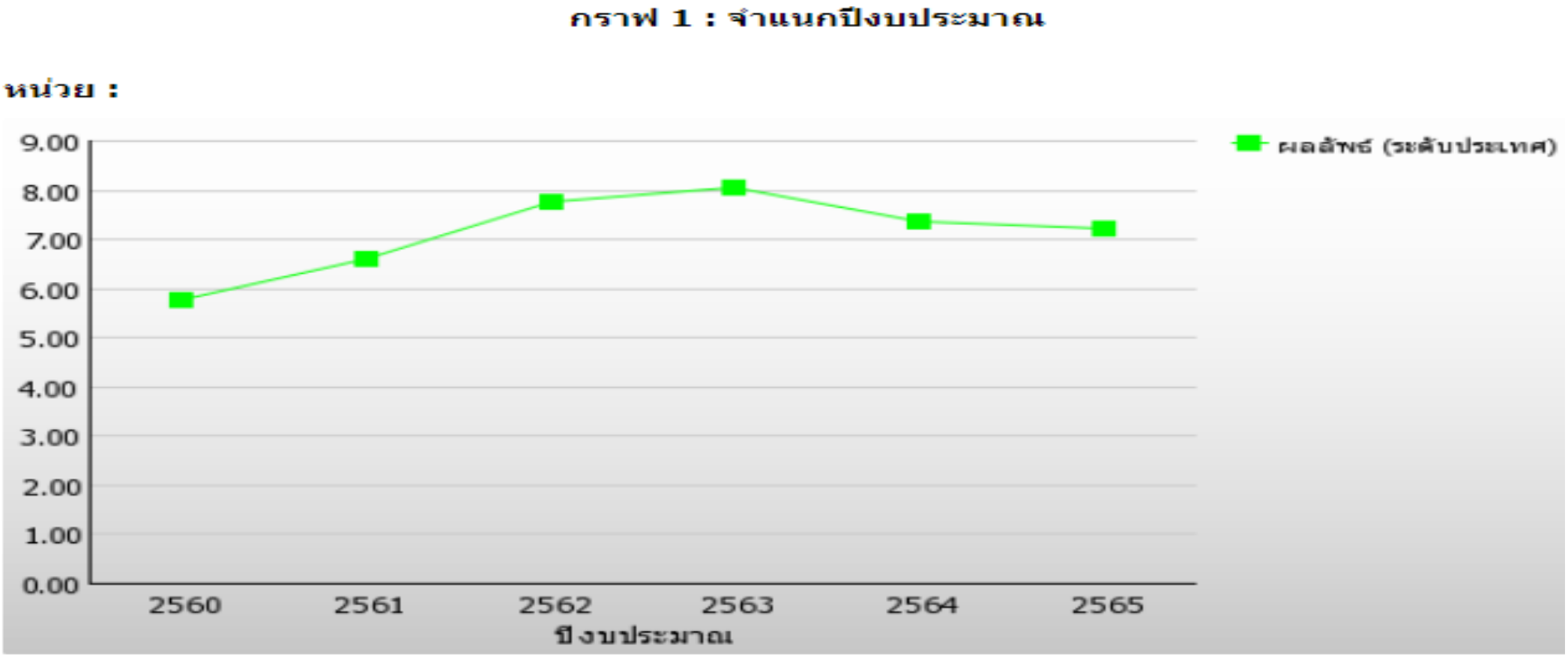
ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	83.07	84.06	85.37	86.19	86.01	84.67

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	84.61	85.27	85.52	85.86	85.96	86.11	86.09	86.16	86.19	86.12	86.04	86.01
2565	82.43	83.51	83.82	84.22	84.36	84.50	84.47	84.57	84.57	84.63	84.67	

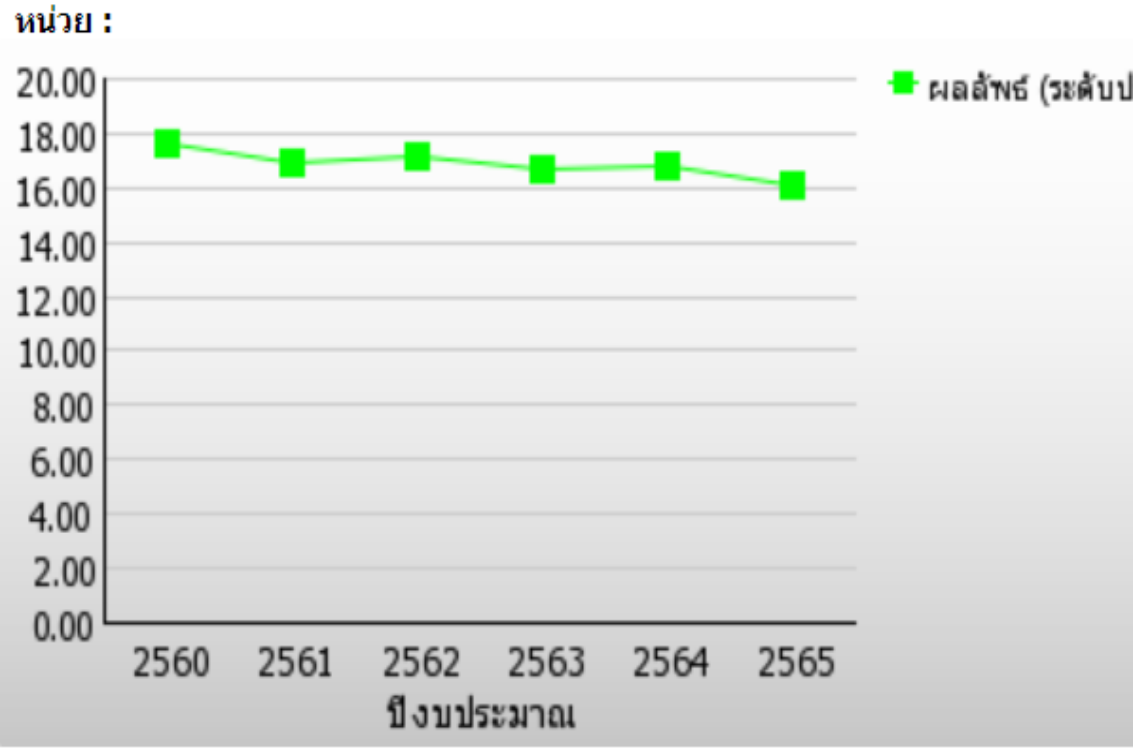
3.อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Cerebral infarction) อายุ 15 ปี ขึ้นไป สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	5.77	6.59	7.75	8.04	7.38	7.23

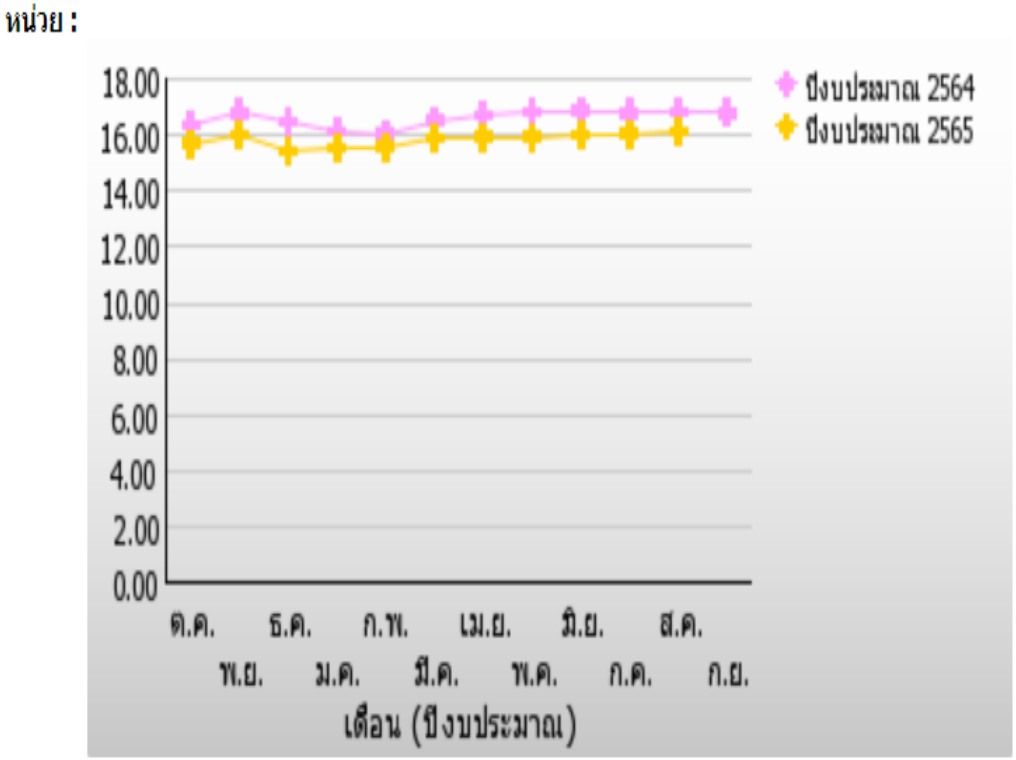
4.อัตราการทำผ่าตัดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Cerebral haemorrheage) สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	17.68	16.93	17.11	16.72	16.79	16.12

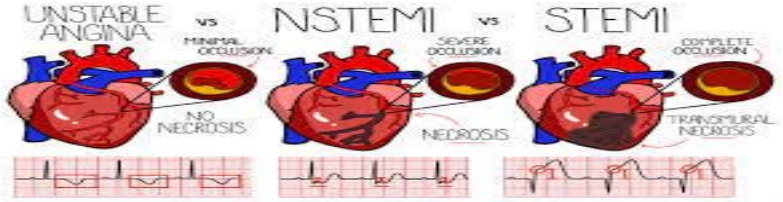
กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	16.37	16.80	16.50	16.15	16.04	16.51	16.72	16.83	16.87	16.80	16.83	16.79
2565	15.70	16.02	15.45	15.54	15.58	15.89	15.92	15.95	16.03	16.06	16.12	

การให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevated (STEMI)

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย



1. จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และ rt-PA ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด
2. จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST

** จะต้องบันทึกรายการยาละลายลิ่มเลือดตาม Drug Catalog ในหน้าค่ารักษาพยาบาล**

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

1. ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยาเหมาจ่าย	10,000 บาท/ครั้ง
2. ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยาเหมาจ่าย	49,000 บาท/ครั้ง
3. ค่ายา Tenecteplase (TNK-TPA)	22,660 บาท/vial

การรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI)

1. หน่วยบริการที่รักษา (HCODE)

   ต้องผ่านการตรวจประเมินศักยภาพ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน การทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2561

2. การตรวจสอบเงื่อนไขการให้บริการ PCI ตรวจสอบจากรหัส ICD9 ที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ PCI

3. กรณีหน่วยบริการ ที่ไม่ผ่านการขึ้นทะเบียนจะไม่ได้รับการจ่ายชดเชย ทั้งกรณีผู้ป่วยในและรายการอุปกรณ์ (Instrument) กรณีให้บริการผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ให้อุทธรณ์เป็นเอกสารเป็นรายๆ

G33 ไม่ใช่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเฉพาะด้าน PCI หากให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินส่งเอกสารเพื่ออุทธรณ์การเบิกจ่าย

4. อัตราจ่าย

   1) กรณี IP จ่ายตาม DRGs ในเขต จ่ายอัตราเบื้องต้น 8,350 บาท/AdjRW ข้ามเขต จ่าย Adj.RW 9,600 บาท/AdjRW
   2) กรณีค่าอุปกรณ์ (Instrument)
      2.1 รายการ Stent 4305 เบิกในระบบ VMI อย่างเดียวเท่านั้น ยกเว้น กรณีมีปัญหาในการใช้ สามารถอุทธรณ์ได้เป็นราย ๆ
      2.2 รายการอุปกรณ์อื่น ๆ จ่ายตามเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคาเพดาน รวม stent 4304

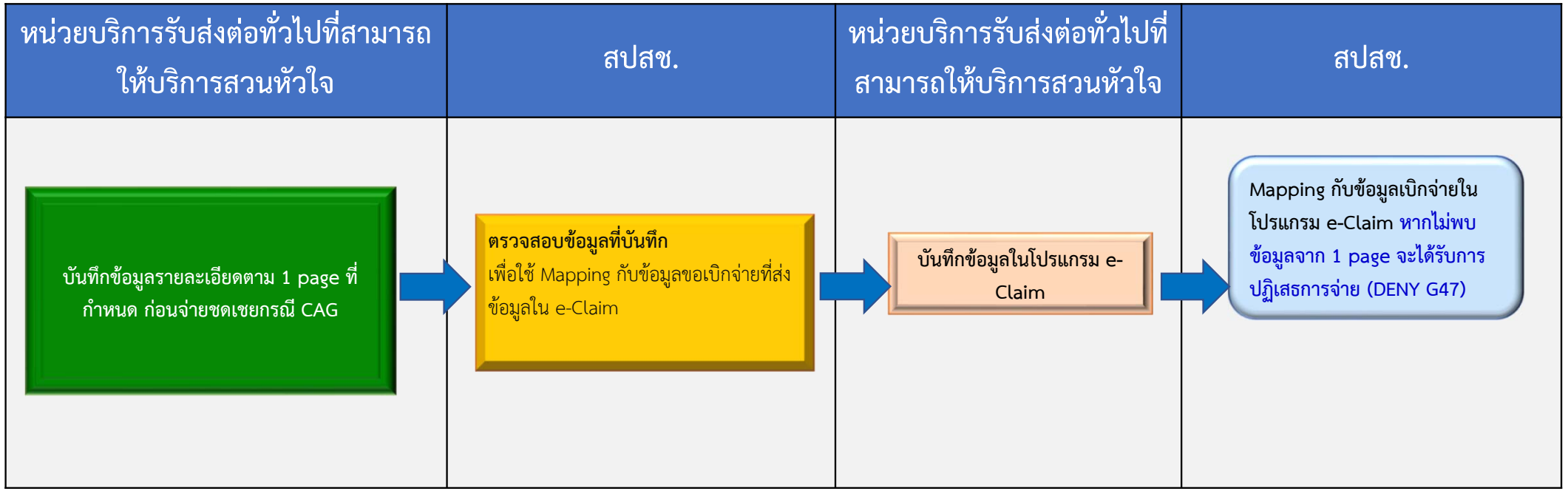
กรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการให้บริการสวนหัวใจ
พ.ศ. ๒๕๖๔

เงื่อนไขการจ่าย

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. หน่วยบริการที่ขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ต้องเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่สามารถให้บริการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG)
3. หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการตามข้อ 2 บันทึกข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีให้บริการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG)
4. กรณีหน่วยบริการไม่ส่งข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG) สปสช.จะไม่พิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการทุกรายการในการรับบริการครั้งนั้น เว้นแต่กรณีมีความจำเป็นให้หน่วยบริการขอทำความตกลงกับสำนักงานเป็นรายกรณี
5. สำหรับบริการตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2564 เป็นต้นไป

ระบบการทำงานในโปรแกรม e-Claim Seamless : กรณีการสวนหัวใจ



1 บันทึกข้อมูลรายละเอียด ที่ web e-Claim ที่ https://eclaim.nhso.go.th/webComponent/ เลือกเมนู “CAG (1 page)” เพื่อบันทึกข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายฯ กรณีสวนหัวใจ (CAG) ให้ครบถ้วน

2 บันทึกข้อมูลเบิก e-Claim (เหมือนเดิม)

ถ้าไม่พบข้อมูล one page จะถูก DENY ในการประมวลจากระบบ e-Claim

3.4 การจ่ายชดเชยกรณีผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery)

มีการกำหนดเกณฑ์ศักยภาพหน่วยบริการ

และ ตรวจสอบจากรหัสหัตถการตามที่กำหนด

อัตราการจ่ายชดเชย

1. กรณี IP จ่ายตาม DRGs

ในเขต จ่ายอัตราเบื้องต้น 8,350 บาท/AdjRW มีการหักเงินเดือนของหน่วยบริการภาครัฐ

ข้ามเขต จ่ายAdj.RW 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่หักเงินเดือน

2. กรณีค่าอุปกรณ์ (Instrument)

จ่ายตามเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคาเพดาน

หน่วยบริการในระบบ **UC** ในพื้นที่

PCI level 1 สามารถให้บริการผ่าตัดหัวใจได้เอง

10670 โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

13777 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

PCI level 2 ต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดหัวใจ

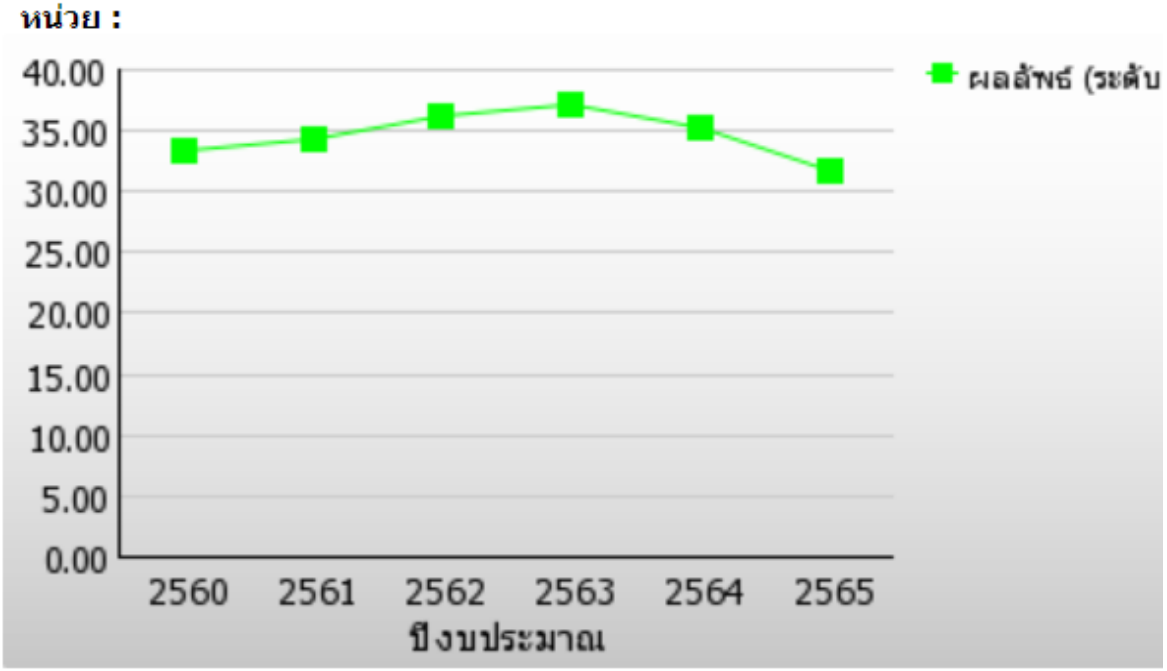
10708 โรงพยาบาลทั่วไปร้อยเอ็ด

ผลงานภาพรวมตัวชี้วัดบริการสุขภาพ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

ที่มา : ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลตัวชี้วัดบริการสุขภาพ สปสช. (NHSO Health Service Indicator) www.edw.nhso.go.th ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2022

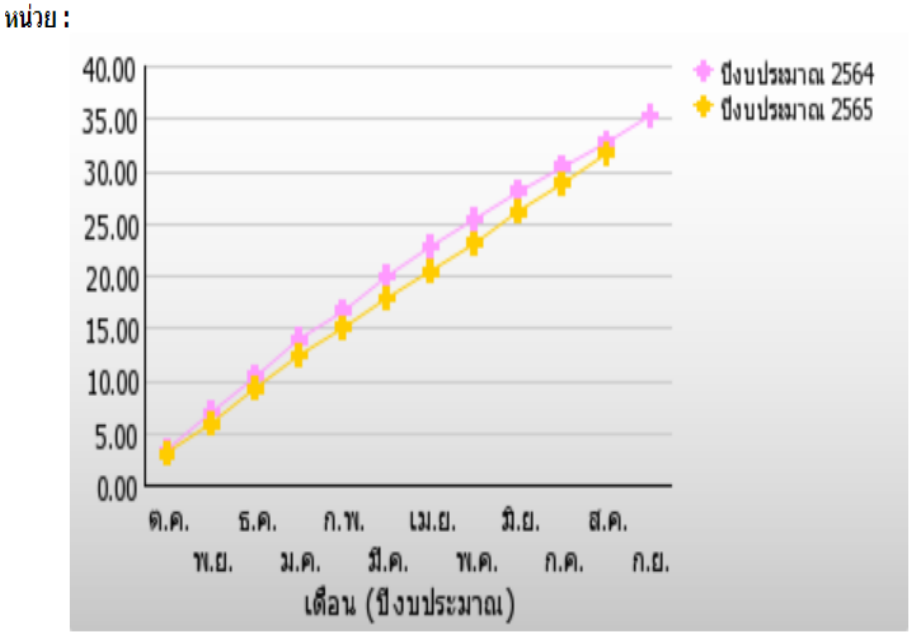
1.อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI) สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ (hmain)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	33.30	34.42	36.10	37.09	35.30	31.76

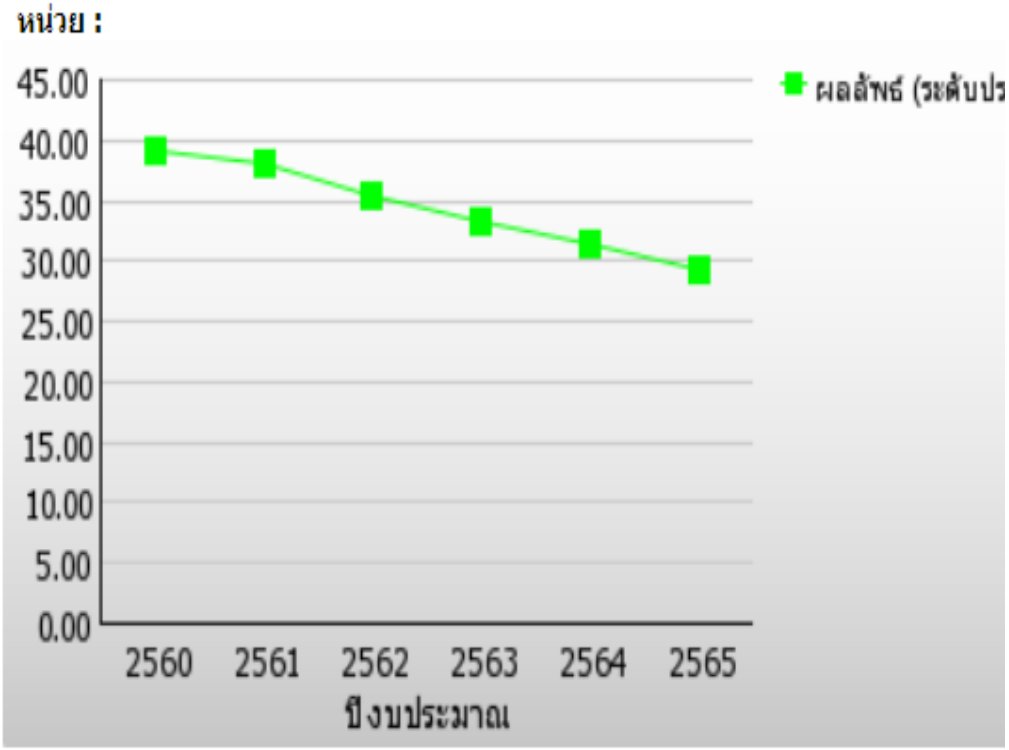
กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	3.48	7.04	10.58	14.00	16.80	20.04	22.87	25.48	28.14	30.48	32.80	35.30
2565	3.08	5.99	9.36	12.50	15.24	17.96	20.47	23.27	26.20	28.92	31.76	

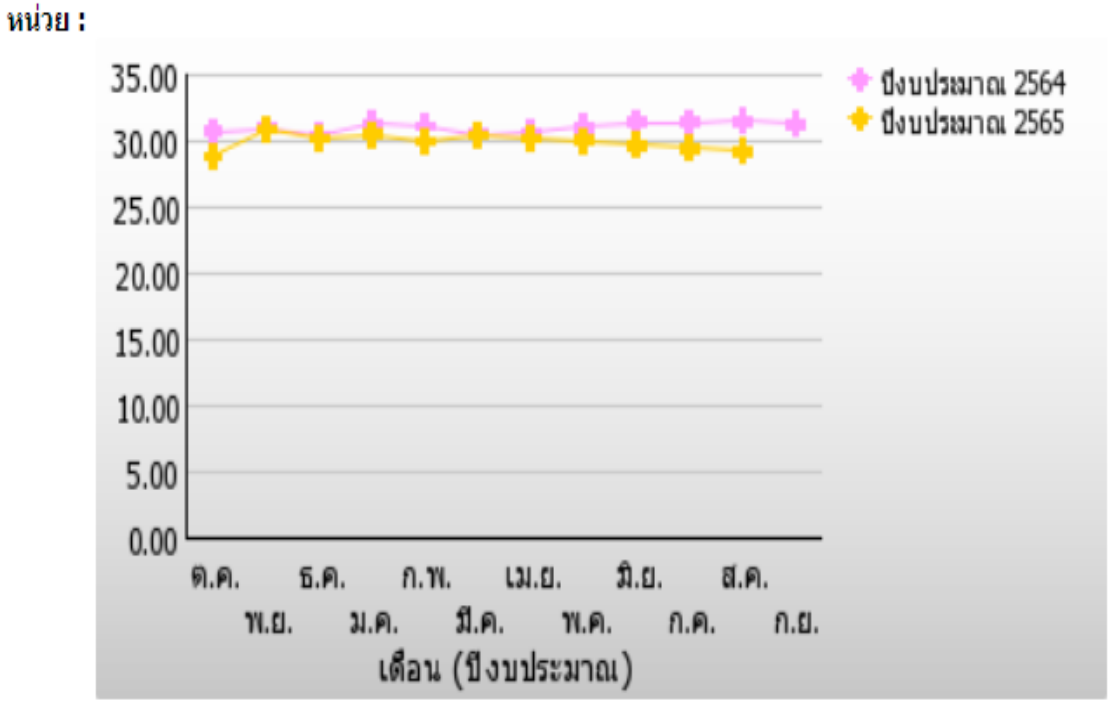
2. อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST Elevated (STEMI) สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	39.17	38.20	35.46	33.20	31.32	29.28

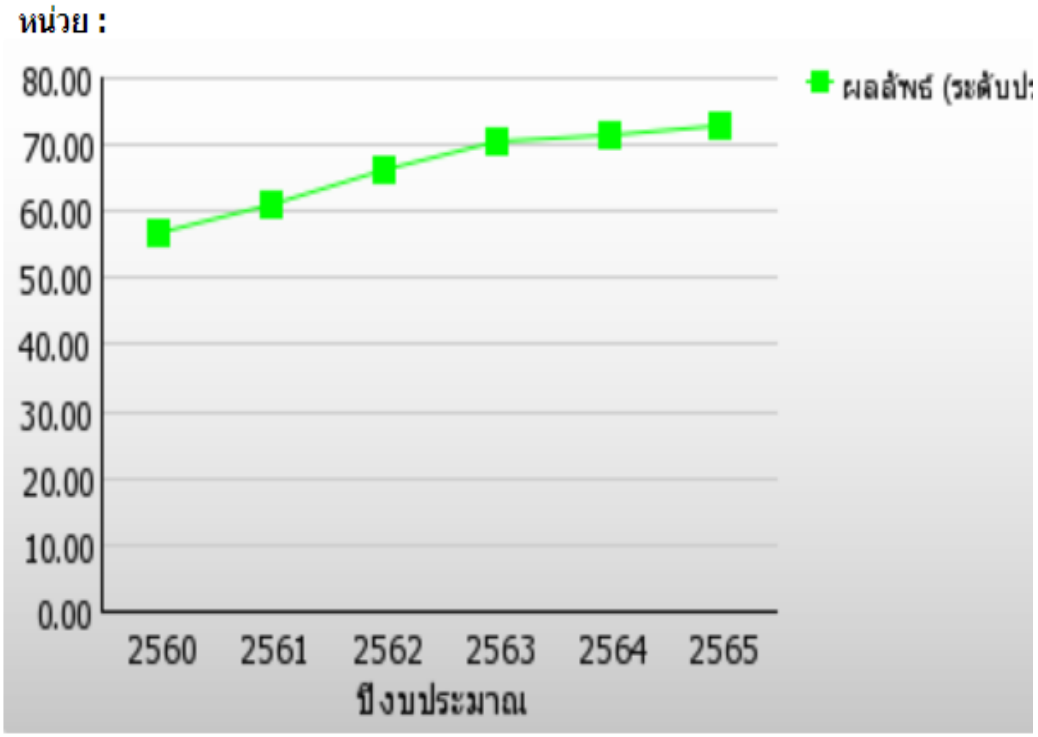
กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา



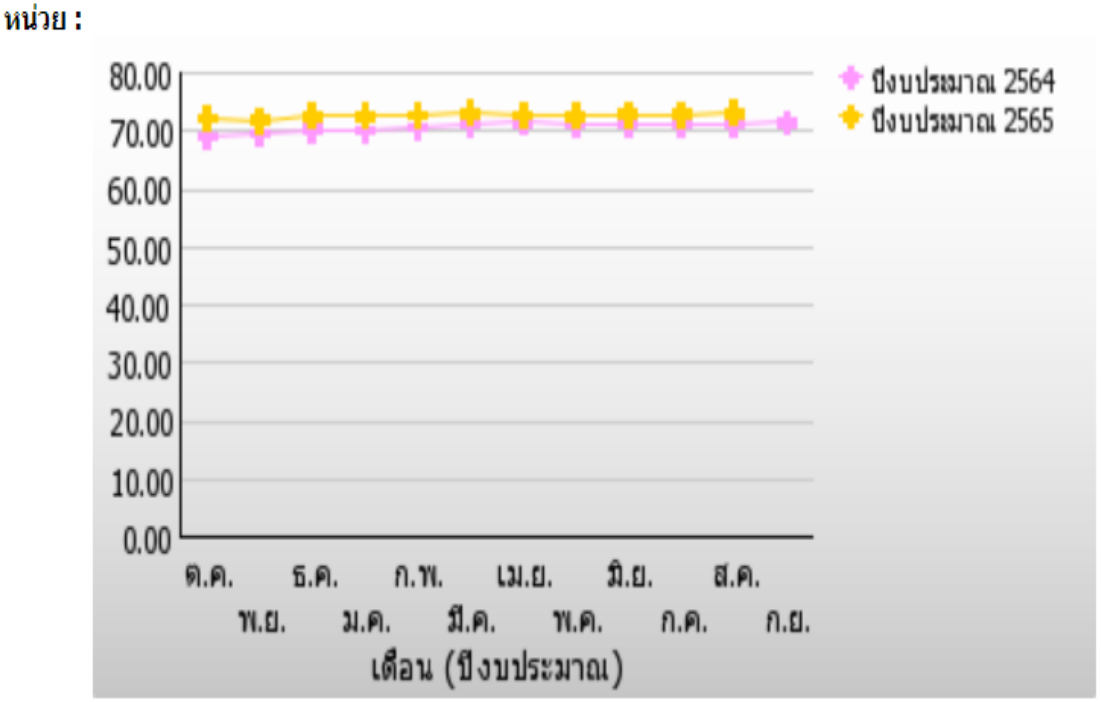
ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	30.78	30.96	30.44	31.26	31.18	30.53	30.59	31.08	31.45	31.44	31.49	31.32
2565	28.90	30.95	30.23	30.54	30.04	30.49	30.27	30.11	29.71	29.48	29.28	

3. อัตราการทำ **Primary PCI** ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI) สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ



กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

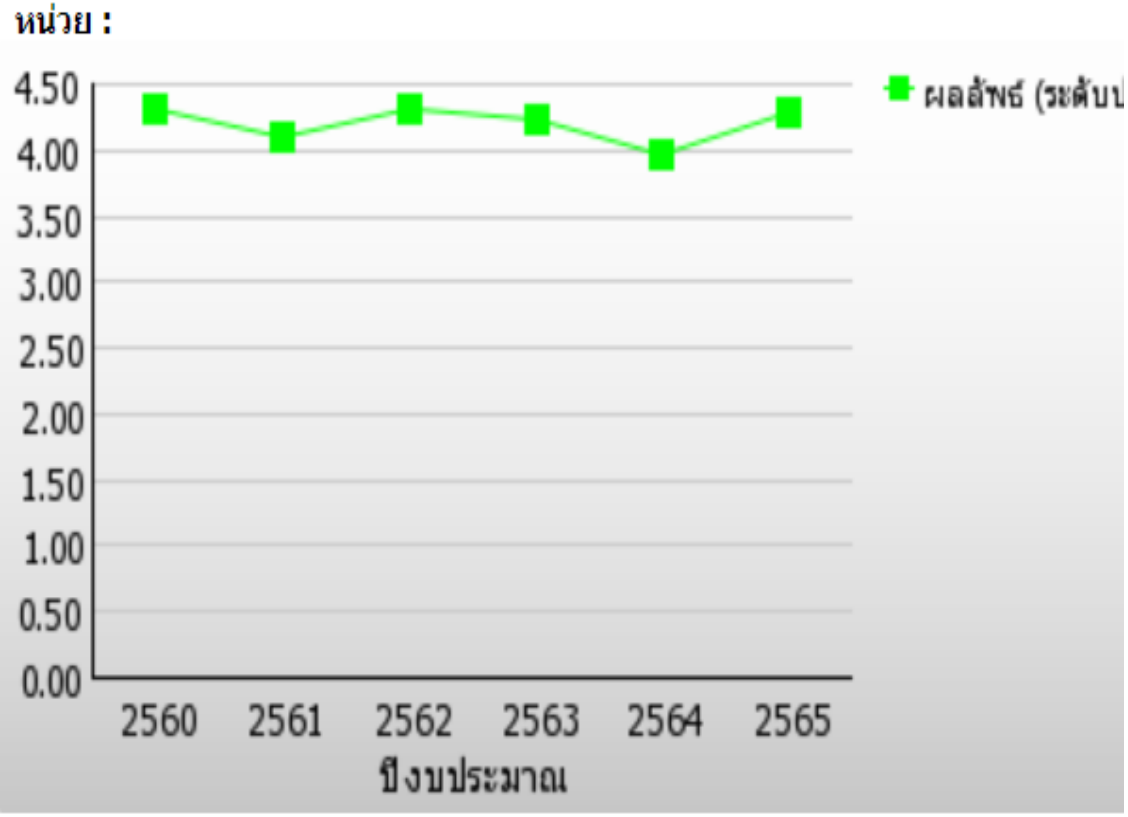


ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	56.97	61.20	66.04	70.75	71.45	73.12

ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	69.14	69.59	70.31	70.22	70.75	71.16	71.51	71.42	71.34	71.18	71.38	71.45
2565	72.22	71.94	72.50	72.55	72.75	73.14	72.71	72.58	72.88	72.90	73.12	

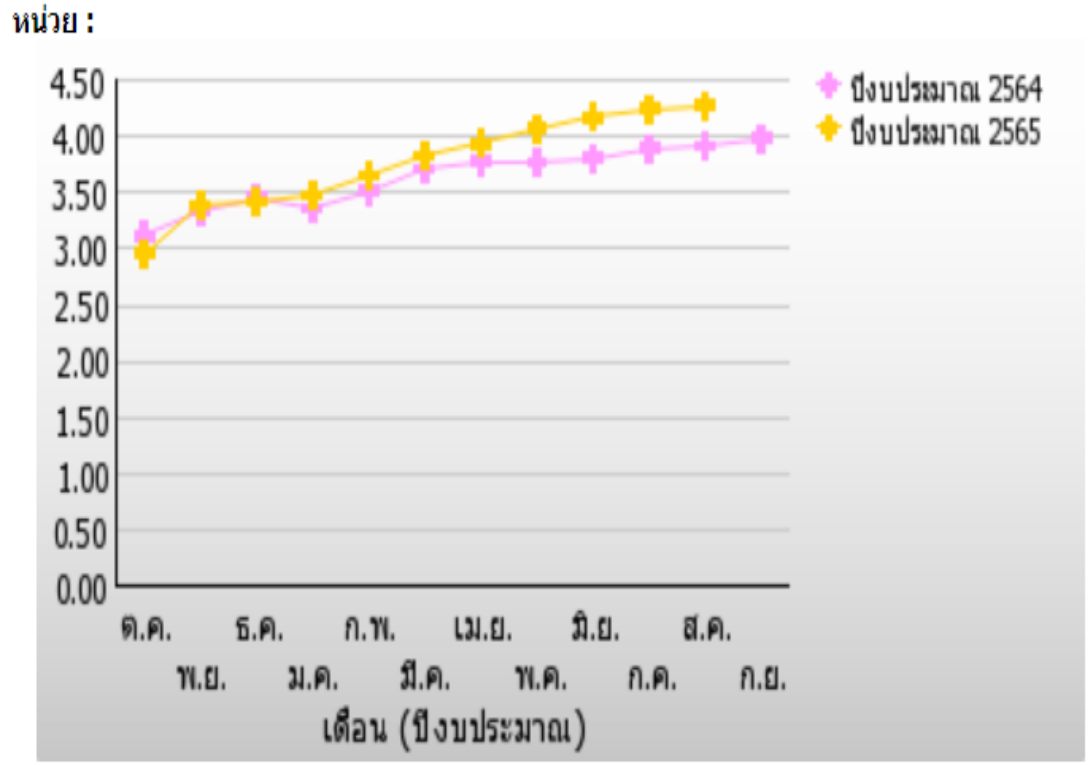
4. อัตราการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ

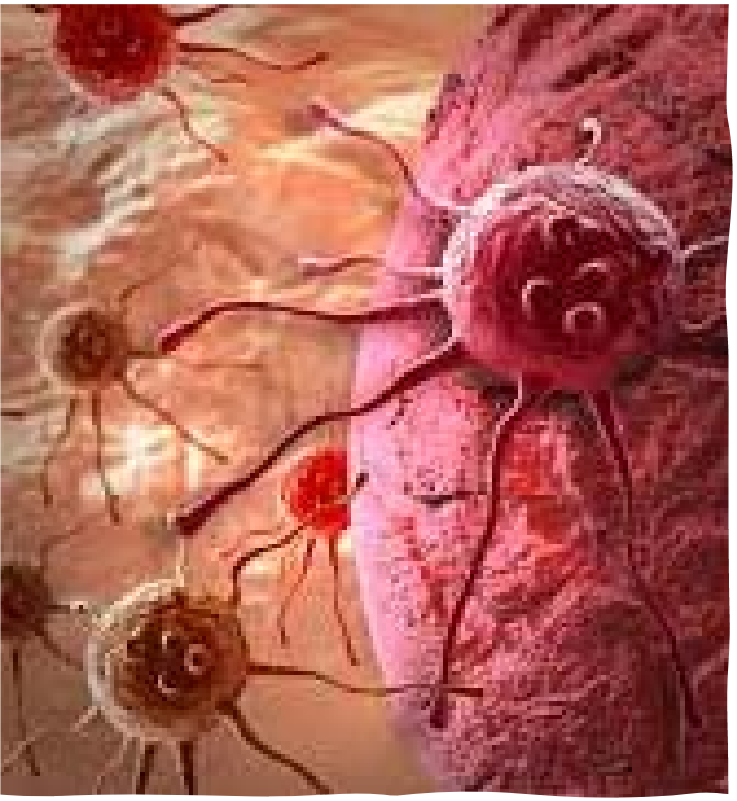
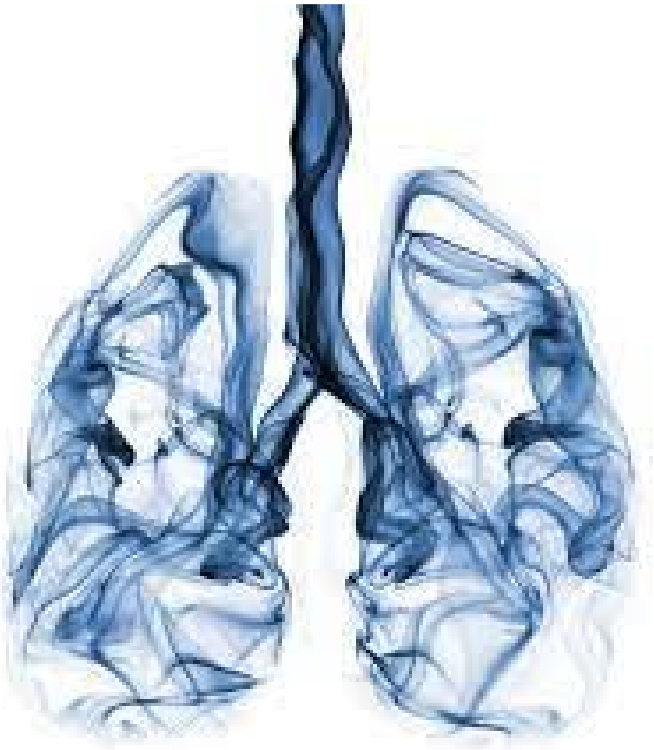


ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	4.32	4.10	4.31	4.24	3.98	4.28

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	3.12	3.34	3.46	3.36	3.52	3.71	3.78	3.77	3.81	3.90	3.92	3.98
2565	2.96	3.39	3.42	3.48	3.65	3.83	3.94	4.07	4.17	4.25	4.28	

โรคมะเร็ง (Cancer)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง

อายุ <15 ปี	ผู้ป่วยโรคมะเร็งในเด็กที่มี อายุน้อยกว่า 15 ปี ให้เป็นไปตามคู่มือว่าด้วย แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก ที่จัดทำโดยสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย
อายุ 15-18 ปี	ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มี อายุระหว่าง 15-18 ปี ให้เป็นไปตาม แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก ที่จัดทำโดยสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย หรือ แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ตามเอกสารแนบท้ายประกาศ สปสช. เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการการให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. 2561
อายุ >18 ปี	ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุ มากกว่า 18 ปี ให้เป็นไปตาม แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ตามเอกสารแนบท้ายประกาศ สปสช. เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีเพิ่ม ความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการการให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. 2561

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย

หน่วยบริการที่สามารถขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขกรณีให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา ต้องเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตามที่ สปสช.กำหนด คือ

1) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปเพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการเคมีบำบัดหรือฮอร์โมน

2) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา

ปีงบฯ 66 เพิ่มเติม

1) มีระบบการ Authentication (เฉพาะ OP)

2) อยู่ระหว่างการปรับปรุง Protocol ใหม่

3) ขยายบริการไปยัง รพ.เอกชน เพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยมะเร็ง

อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาโรคมะเร็ง

ประเภท	ชนิดมะเร็ง	การรักษา	การจ่ายชดเชย
ผู้ป่วยนอก (OP)	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่ายค่ายาเคมีบำบัดตามจริงไม่เกินราคาที่ประกาศ + ค่าผสมยา 160 บาท/วัน และรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่ายค่ายาทุกรายการตามจริง + ค่าผสมยา 160 บาท/วัน รวมแล้วไม่เกินเพดานราคา 2,300 บาท/ครั้ง และรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
	มะเร็งทั่วไป ที่ยังไม่กำหนดโปรโตคอล		จ่ายค่ายาและรังสีรักษาตามจริง รวมแล้วไม่เกินเพดาน 4,000 บาท/ครั้ง
	การรักษาอื่นๆที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง		1.จ่ายตามรายการที่กำหนด (fee schedule) โดยจ่ายตามจริง แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนด “เริ่มวันรับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2564 ”
ผู้ป่วยใน (IP)	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่าย Deduct DRGs (CCUF) และจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัดตามจริงไม่เกินเพดานราคาที่ประกาศ กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs
	มะเร็งทั่วไป ที่ยังไม่กำหนดโปรโตคอล		จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs

การให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การรักษากรณีโรคมะเร็ง แบ่งเป็นกรณี ดังนี้

1) กรณีให้การรักษาตามโปรโตคอลที่กำหนดในโรคมะเร็ง 20 ชนิด

2) กรณีไม่ได้รักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด นอกเหนือจากที่กำหนดในข้อ 1)

3) กรณีมะเร็งที่ยังไม่ได้กำหนดโปรโตคอล

ที่	โรคมะเร็งที่กำหนดโปรโตคอลการรักษา
1	มะเร็งเต้านม (Breast cancer)
2	มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer)
3	มะเร็งรังไข่ (Ovarian cancer)
4	มะเร็งมดลูก (Uterine cancer)
5	มะเร็งปอด (Lung cancer)
6	มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colo-Rectal cancer)
7	มะเร็งหลอดอาหาร (Esophageal cancer)
8	มะเร็งตับและท่อน้ำดี (Liver & Cholangiocarcinoma)
9	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Cancer)
10	มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer)
11	มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharyngeal cancer)
12	มะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach Cancer)
13	มะเร็งกระดูกชนิด osteosarcoma

ที่	โรคมะเร็งที่กำหนดโปรโตคอลการรักษา
๑๔	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมฟอยด์ในผู้ใหญ่ (Adult acute lymphoblastic leukemia : ALL)
๑๕	มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่ (Lymphoma)
๑๖	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Acute Myeloid Leukemia : AML)
๑๗	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่ แบบ Acute promyelocytic leukemia (APL)
๑๘	มะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Chronic Myeloid Leukemia : CML)
๑๙	มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอิโลมา (Myeloma)
๒๐	มะเร็งเด็ก (Pediatric cancer)

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง

No.	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	เงื่อนไข	อัตราจ่าย	หมายเหตุ
1	Fluorescence In Situ Hybridization (FISH) หรือ (DISH test)	รักษามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น กรณีสั่งใช้ยา trastuzumab	จ่ายเพิ่มเติม (on-top) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยจ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 10,000 บาท/ 1 ข้าง	หน่วยบริการส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e –Claim
2	การตรวจยีน mutation โดยการตรวจ ด้วยวิธี polymerase chain reaction (PCR) หรือ Fluorescence insitu hybridization (FISH)	รักษามะเร็ง Chronic myeloid leukemia (CML) กรณีสั่งใช้ยา imatinib	จ่ายเพิ่มเติม (on-top) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยจ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 8,000 บาท/ปีปฏิทิน (นับวันบริการ)	
3	กรณีตรวจวินิจฉัย EGFR mutation	รักษามะเร็งปอด กรณีการสั่งใช้ยา erlotinib	จ่ายเพิ่มเติม (on-top) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยจ่ายตามจริงไม่เกินรายละ 10,000 ครั้ง/ปี (1 รายจ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง)	

จ่าย หน่วยบริการ UC ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับ 1,2,3

กรณีโรคมะเร็งรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม (CA Anywhere)

มีระบบการ Authentication

ขอบเขตบริการ

สำหรับบริการผู้มีสิทธิ UC ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ครอบคลุม

1. การ Confirm Diagnosis และ Staging*
2. การรักษาโรคมะเร็ง*
3. การติดตามการรักษา(Follow up)*

เงื่อนไขการจ่าย

1. ผู้ป่วยสิทธิ UC หรือสิทธิว่าง
2. ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง รายใหม่และรายเก่า (มะเร็งทุกชนิดที่มีโปรโตคอล และมะเร็งทั่วไป)
3. หน่วยบริการต้องมีศักยภาพในการรักษาโรคมะเร็ง (ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)
4. เป็นบริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 เป็นต้นไป

อัตราการจ่าย

1. กรณีเคมี/รังสีรักษา/ฮอร์โมน และค่าผสมยา จ่ายตามราคาที่กำหนด (ตามระบบเดิม)
2. รายการ Fee Schedule ตามที่สปสช.กำหนด
3. การจ่ายโรคมะเร็งกรณีผู้ป่วยใน(ตามระบบเดิม)

1. **การ Confirm Diagnosis และ Staging** หมายถึง การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยครอบคลุมการ Staging ตามมาตรฐานของโรคมะเร็งแต่ละชนิด ทั้งนี้หากกรณีหน่วยบริการมีความจำเป็นต้องการยืนยันการวินิจฉัยซ้ำหรือเพิ่มเติมสามารถดำเนินการได้ตามเหมาะสมเป็นรายกรณี (ไม่รวมการ Screening และการตรวจยืนยันเพื่อการศึกษา)
2. **การรักษาโรคมะเร็ง** หมายถึง การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคและการรักษาโรคมะเร็ง รวมถึงโรคร่วมที่พบในการรักษามะเร็งในครั้งนั้น)
3. **การตรวจติดตามผลการรักษา (Follow up)** รวมถึงการรักษาโรคร่วมที่พบในการรักษามะเร็งในครั้งนั้น

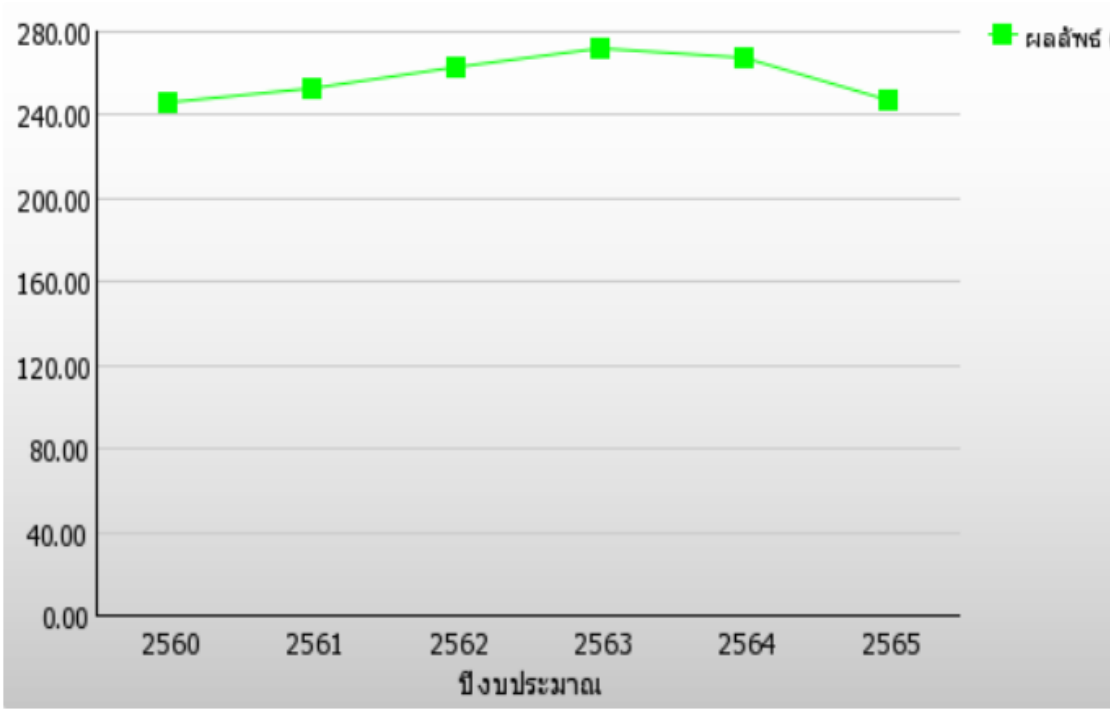
ผลงานภาพรวมตัวชี้วัดบริการสุขภาพ
กลุ่มโรคมะเร็ง

ที่มา : ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลตัวชี้วัดบริการสุขภาพ สปสช. (NHSO Health Service Indicator)
www.edw.nhso.go.th ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2022

1.อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคมะเร็ง (Malignant และ In situ) สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ (hmain)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ

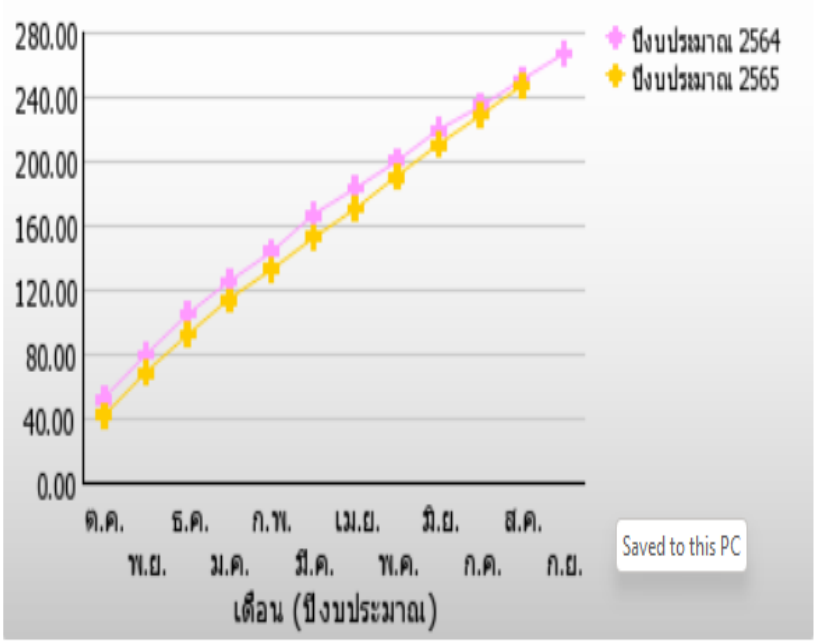
หน่วย :



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	245.62	252.38	262.91	272.50	267.49	247.16

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

หน่วย :

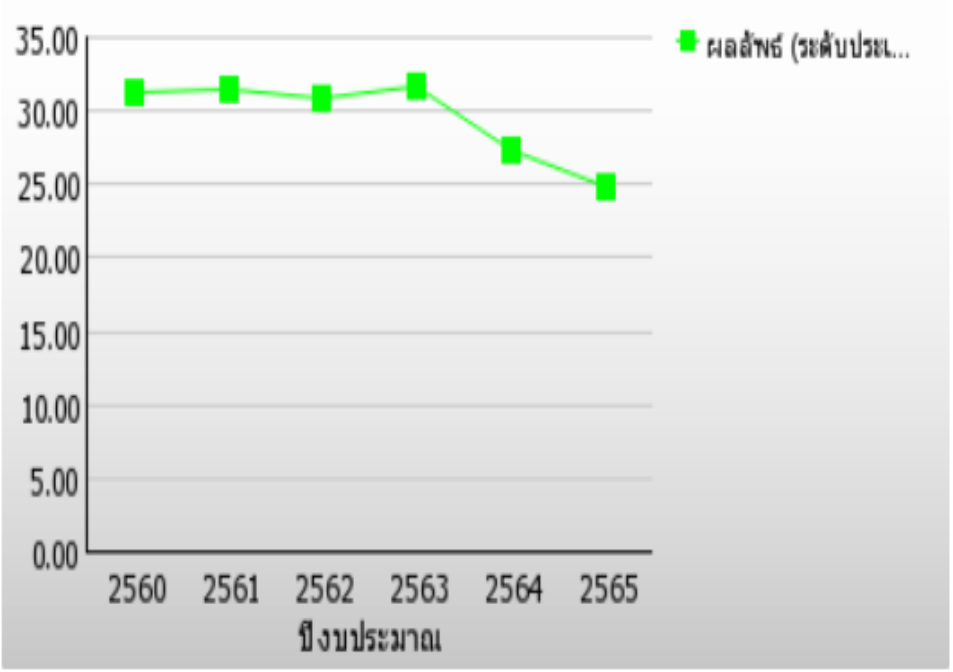


ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	52.53	80.67	105.53	125.67	144.71	166.64	183.98	200.78	219.27	235.30	250.69	267.49
2565	42.95	69.03	92.94	113.99	133.46	153.74	171.00	190.25	210.69	228.93	247.16	

3. อัตราการได้รับเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ชนิด Malignant neoplasms สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ

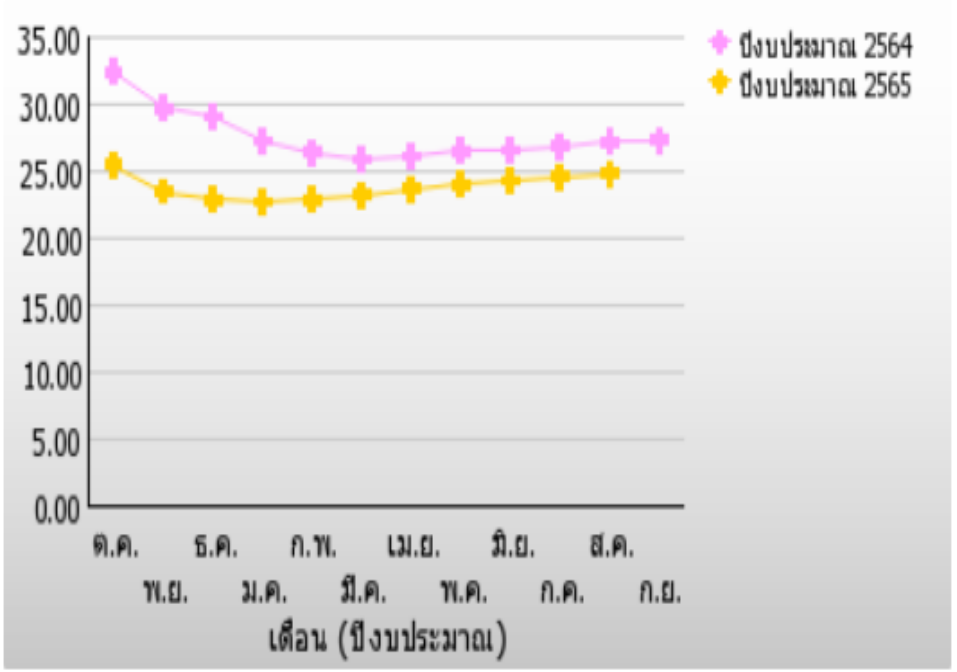
หน่วย :



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	31.26	31.56	30.86	31.68	27.38	24.85

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

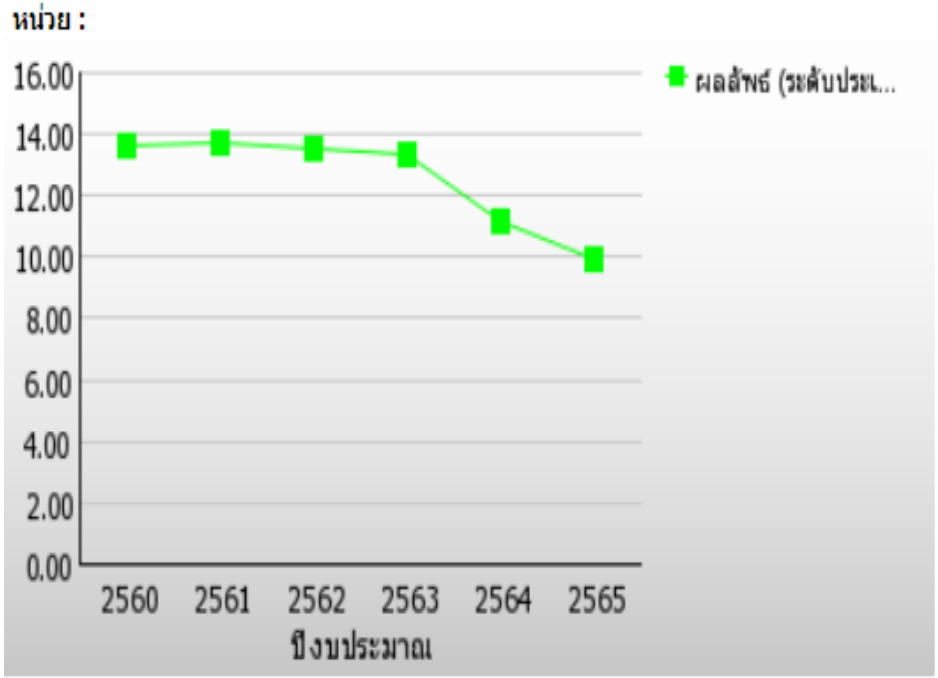
หน่วย :



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	32.41	29.71	29.09	27.29	26.43	25.91	26.19	26.53	26.62	26.89	27.19	27.38
2565	25.53	23.54	22.89	22.78	22.92	23.26	23.75	24.06	24.30	24.61	24.85	

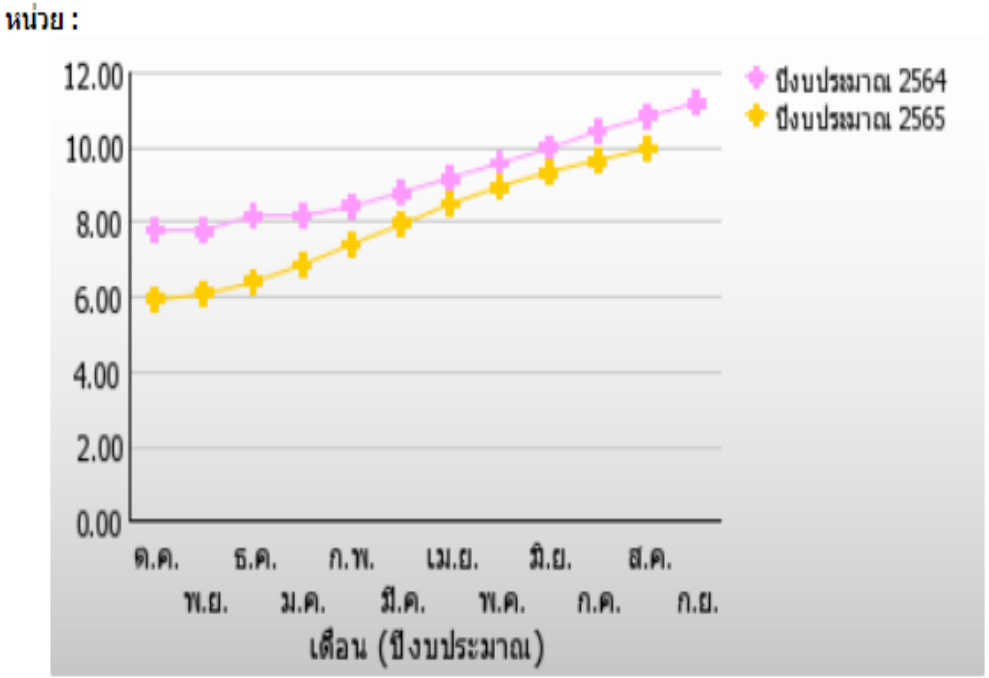
4. อัตราการได้รับรังสีรักษาหรือเวชศาสตร์นิวเคลียร์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ชนิด Malignant neoplasms สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ



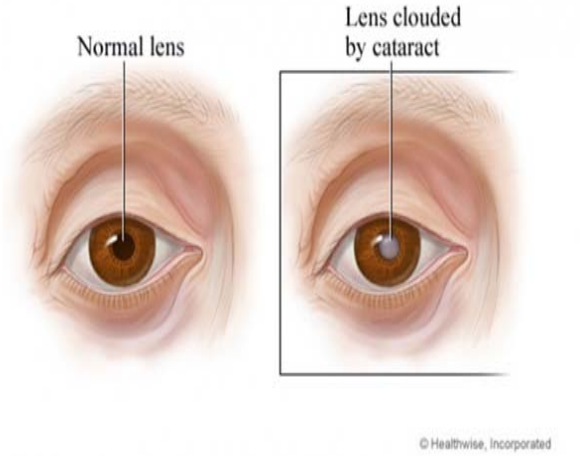
ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	13.61	13.69	13.49	13.34	11.20	9.97

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	7.79	7.77	8.17	8.19	8.45	8.78	9.17	9.58	10.00	10.44	10.86	11.20
2565	5.95	6.12	6.42	6.88	7.40	7.98	8.49	8.93	9.34	9.65	9.97	

การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก (Cataract) และ เลนส์แก้วตาเทียม



ต้อกระจก เป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติที่เกิดจากการขุ่นของ "แก้วตา" หรือ "เลนส์ตา" ทำให้จอประสาทตาจะรับแสงได้ไม่เต็มที่ ทำให้สายตาพร่ามัวเหมือนมองผ่านกระจกฝ้า ยิ่งแก้วตาขุ่นมากขึ้น การมองเห็นจะลดน้อยลงตามลำดับ ต้อกระจกมักพบในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก ในช่วงอายุระหว่าง 55 - 64 ปี จะพบได้ 40% ส่วนช่วงอายุ 65 - 74 ปี จะพบได้ 50% และอายุมากกว่า 74 ปี พบว่าเป็นต้อกระจกมากกว่า 90%

หลักเกณฑ์

- ❑ **ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile Cataract)**
- ❑ **มีอายุ 40 ปีขึ้นไป**
- ❑ **ผู้ป่วยโรคต้อกระจกอื่นหรือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมด้วยสาเหตุ อื่นๆ รับการชดเชยตามระบบ DRGs ปกติ**

<u>สิ่งที่เปลี่ยนแปลง</u>

1) ยกเลิกการกำหนดเป้าหมายบริการ โดยให้เป็นไปตามบริบทในระดับพื้นที่
2) มีระบบการ Authentication กรณีบริการ OP

อัตราจ่ายค่าผ่าตัด

- ❑ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ชดเชย ข้างละ 7,000 บาท
- ❑ มีภาวะแทรกซ้อน ชดเชย ข้างละ 9,000 บาท
- ❑ VA ดีกว่าหรือเท่ากับ 20/200 ชดเชย ข้างละ 5,000 บาท

จ่ายชดเชยค่าเลนส์แก้วตาเทียม

- ❑ เลนส์พับได้ เหมาจ่าย ข้างละ 2,800 บาท
- ❑ เลนส์แข็ง เหมาจ่าย ข้างละ 700 บาท

การจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

บริการที่มีการเปลี่ยนแปลง ปีงบฯ 66

กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกระจกตาสิทธิ UC ที่ได้รับการบริจาคดวงตาเพื่อใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา
เงื่อนไขหน่วยบริการ	1) เพิ่มค่าบริการจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน DSAEK สำหรับหน่วยที่มีศักยภาพให้บริการ DSAEK 2) หน่วยบริการต้องมีศักยภาพให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา และหรือ 3) หน่วยบริการต้องมีศักยภาพให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา DSAEK
อัตราจ่าย	❑ ค่าบริการผ่าตัดจ่ายหน่วยฯ ผ่าตัด ตามระบบ DRGs ▪ ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW ▪ ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง) ❑ จ่ายเพิ่มค่าจัดหาดวงตาอัตรา 15,000 บาท/ดวงตา ให้หน่วยฯ ที่ผ่าตัด ❑ จ่ายเพิ่มค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน DSAEK โดยจ่าย Top up ให้หน่วยบริการที่ผ่าตัด ▪ จ่ายเพิ่มค่าบริการจัดเตรียมกระจกตาชั้นในแบบ DSAEK อัตรา 13,000 บาท/ดวงตา หมายเหตุ กรณีหน่วยบริการที่ได้รับการจัดหาดวงตา/จัดเตรียมกระจกตาชั้นใน จากศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย ให้จ่ายค่าจัดหา/จัดเตรียมกระจกตาให้กับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

บริการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม

หัวข้อ	ปี งบฯ 2566
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) ยกเลิกการกำหนดเป้าหมายบริการรายเขต โดยให้เป็นไปตามบริบทในระดับพื้นที่ 2) การขออนุมัติ PA กรณีและข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิหรือไม่ทราบสาเหตุ เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ < 55 ปี 3) พิจารณา PA ผ่านระบบโปรแกรม e-Claim
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม
อัตราจ่าย	จ่ายค่าบริการผ่าตัดข้อเข่าตามระบบ DRGs และค่าอุปกรณ์ตามประกาศรายการอุปกรณ์ฯ ไม่เกินเพดานราคาที่กำหนด ■ ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW (ปรับลดค่าแรงของหน่วยฯรัฐ) ■ ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง)
โปรแกรม	e-Claim

ภาพรวมการพิจารณาก่อนการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม

1. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยขอพิจารณาอนุมัติก่อนการผ่าตัดผ่านโปรแกรม e-Claim (https://eclaim.nhso.go.th) (บันทึกขออนุมัติล่วงหน้าก่อนวันผ่าตัดไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์)
2. ระบบจะส่ง e-mail แจ้งกรรมการทราบ
3. กรรมการดำเนินการตรวจสอบข้อมูลและเอกสารแนบตามแนวทางที่กำหนด และพิจารณา Case ผ่านโปรแกรม e-Claim (https://eclaim.nhso.go.th) บันทึกผลการพิจารณาอนุมัติ / ไม่อนุมัติ พร้อมระบุเหตุผลการไม่อนุมัติ
4. หน่วยบริการรับทราบผลการพิจารณาผ่านทางโปรแกรม

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

https://eclaim.nhso.go.th/

รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ที่เพิ่มใหม่

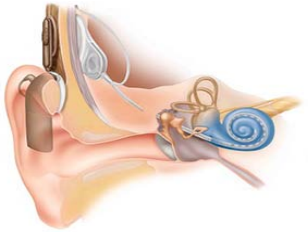
ลำดับ	รายการ	อัตราจ่ายต่อหน่วย (บาท)	หมายเหตุ
1	2206 แว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติที่ประกอบด้วยเลนส์สายตาผิดปกติทั่วไป (Stock lens)	600	
2	2207 แว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติที่ประกอบด้วยเลนส์สายตาผิดปกติทีต้องสั่งตัดพิเศษ (Lab lens)	600	
3	4905 สายสวนสองช่องแบบกึ่งถาวรสำหรับฟอกเลือดล้างไต (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter)	5,000	
4	7027 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Full set	100,000	
5	7028 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Half set ส่วน ฟีเมอร์ (Femoral component)	75,000	
6	7029 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Half set ส่วน ทิเบีย (Tibial component)	75,000	
7	7030 ข้อเข่าเทียมชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision Knee Prosthesis) ชนิด Hinge knee	150,000	ให้มีระบบ PA ก่อนผ่าตัด
8	7224 อุปกรณ์ใส่โพรงกระดูกเพื่อเชื่อมข้อเท้าและข้อใต้เท้า(Tibiotalocalcaneal fusion nail : TTC nail) พร้อมสกรู 3-4 ชิ้น	20,000	
9	7315 สกรูยึดกระดูกชนิดมีรูสอดแกนนำทาง (Cannulated screw)	2,000	
10	9220 ชุดรากฟันเทียมพร้อมอุปกรณ์จับยึดฟันเทียมทั้งปาก	3,000	จ่ายผ่านระบบ VMI

รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ปรับราคา)

รายการ	ราคาเดิม (บาท/หน่วย)	ราคาปรับใหม่ (บาท/หน่วย)
7004 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้	49,800	48,000
7005 ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้	49,800	48,000
7214B แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดหัวล็อกสำหรับใส่บริเวณที่หักใกล้ข้อ (Anatomical Plate)	20,000	17,000
7301 สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw)	2,000	1,600

การผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม (cochlear implant surgery) เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาการได้ยินชนิดรุนแรง (เช่น หูตึง, หูหนวก) ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ที่ไม่สามารถใช้เครื่องช่วยฟังได้ผลสามารถได้ยินเสียงตามธรรมชาติและเสียงพูดได้ ทำให้เด็กเรียนรู้ที่จะเข้าใจตัวเอง เรียนรู้การเชื่อมโยงกับสังคม ได้เฉลี่ยแล้วก็จะมีเด็กที่มีปัญหาทางการได้ยินประมาณ 1,200 ราย/ปี

หัวข้อ	ปีงบฯ 2566
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) ต้องมี Pre-authorize (PA) ก่อนบริการ 2) ดำเนินการ PA ผ่านโปรแกรม e-Claim 3) กรณีผ่าน PA แล้ว ต้องดำเนินการภายใน 6 เดือน (นับจากวันได้รับการอนุมัติ PA) 4) บันทึกรหัสโรค/หัตถการตามที่กำหนด
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC อายุ $\leq$ 5 ปี
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม
อัตราจ่าย	จ่ายค่าบริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม ตามระบบ DRGs ▪ ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW ▪ ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง) จ่ายรายการอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม
โปรแกรม	e-Claim



ผู้ที่เหมาะสมกับการผ่าตัดประสาทหูเทียม ดังนี้

กรณีผู้ใหญ่

1.ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินชนิดประสาทรับเสียงบกพร่องระดับรุนแรงถึงหูหนวก (Sensorineural Severe to Profound Hearing Loss) ทั้งสองข้าง (สูญเสียการได้ยินตั้งแต่ระดับ 80 เดซิเบลขึ้นไป – ABR, ASSR ระดับ 90 เดซิเบลขึ้นไป)

2.ไม่ได้ประโยชน์ หรือได้ประโยชน์น้อยจากการใส่เครื่องช่วยฟัง

3.ไม่มีอุปสรรค หรือข้อห้ามในการเข้ารับการผ่าตัด

4.คนไข้มีความต้องการใช้การสื่อสารด้วยภาษาพูด (พูดคุยกับคนรอบข้าง ใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ)

กรณีเด็ก

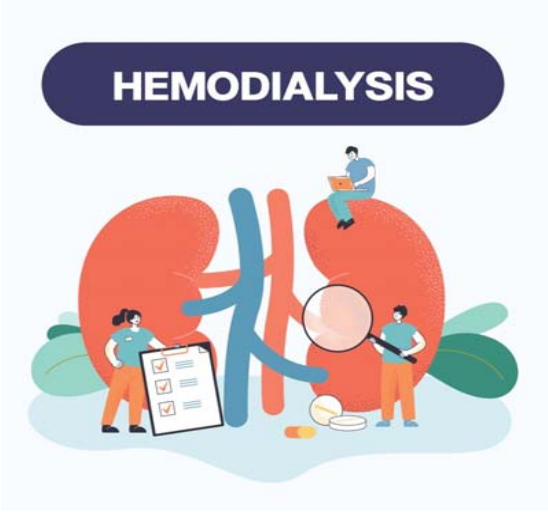
1. หูหนวกแต่กำเนิดทั้ง 2 ข้าง (ระดับการได้ยินตั้งแต่ 80 เดซิเบลขึ้นไป – ABR, ASSR ระดับ 90 เดซิเบลขึ้นไป)
2. อายุแรกเกิด ถึง 4 ปี ที่ไม่รับรู้เสียงพูด และไม่มีพัฒนาทักษะการฟัง ภาษา และการพูด (สำหรับมูลนิธิ เด็กต้องอายุไม่เกิน 3 ขวบ)
3. อายุมากกว่า 5 ปี แต่ยังจำแนกคำพูดได้น้อยกว่า 50% ไม่ได้ประโยชน์จากการใส่เครื่องช่วยฟัง
4. ผู้ปกครองต้องทุ่มเท เอาใจใส่ และส่งเสริมการมีพัฒนาการทางด้านทักษะการฟัง และการพูดของเด็กเป็นอย่างดี

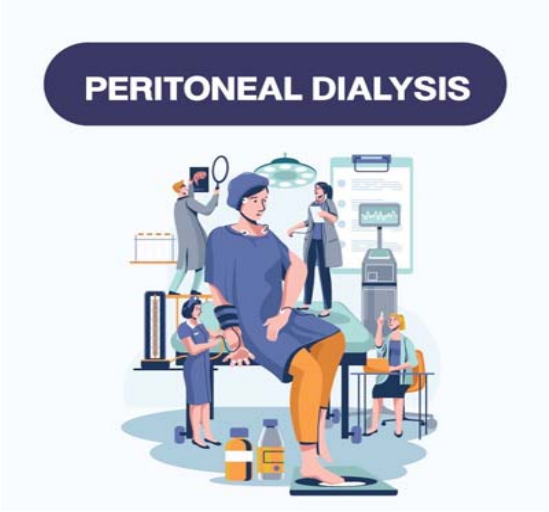
"สปสช. เพิ่มสิทธิประโยชน์ประสาทหูเทียมในปี 2564 ครอบคลุมการตรวจคัดกรองค้นหาเด็กที่มีความผิดปกติทางการได้ยิน ปัจจุบันครอบคลุมในส่วนของเด็กที่มีความเสี่ยงสูงก่อน เช่น มีประวัติว่าคนในครอบครัวและญาติพี่น้องหูหนวก เป็นต้น และในอนาคตจะขยายขอบเขตให้ครอบคลุมเด็กแรกเกิดทุกราย ซึ่งเมื่อตรวจพบแล้ว หากโรงพยาบาลนั้นไม่มีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ จะส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และถ้าเป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่า หูตึง/หูหนวก แพทย์จะออกใบรับรองให้ไปขึ้นทะเบียนผู้พิการ เมื่อขึ้นทะเบียนแล้วก็จะนัดใส่เครื่องช่วยฟัง นัดมาฝึกฟังเป็นระยะ หากยังไม่ดีขึ้นก็จะพิจารณาใส่ประสาทหูเทียมต่อไป

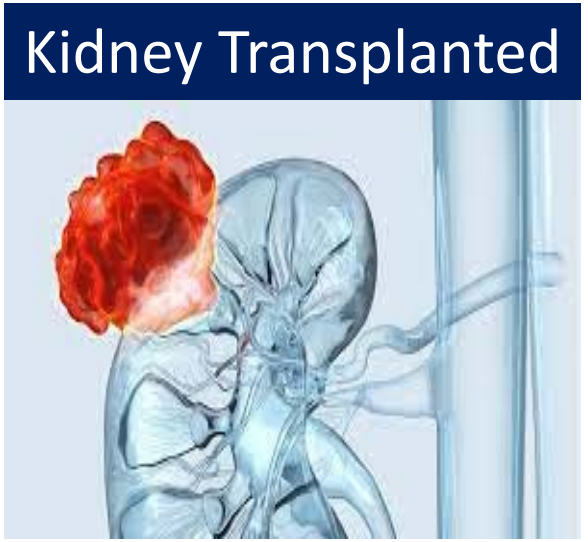
ปัจจุบันมีโรงพยาบาลภาครัฐ 10 แห่งทั่วประเทศที่สามารถผ่าตัดฝังชุดประสาทหูเทียมได้ ดังนี้

1. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ จังหวัดนครนายก
4. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. โรงพยาบาลศิริราช
6. โรงพยาบาลรามาธิบดี
7. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
8. โรงพยาบาลราชวิถี
9. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร
10. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร

บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง







บริการ	ปีงบฯ 66	
1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต ลงทะเบียน CKD_DMIS **<u>เพิ่ม</u>** ผู้ป่วยใหม่ หรือผู้ป่วย Shift mode ให้ทำ Consent Form concent form
	ผู้มีสิทธิ	UC
	อัตราจ่าย	1. ค่าบริการ จ่าย 2,500 บาท/เดือน 2. ค่าวางสาย TK 3.น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ ผ่านระบบ VMI 4. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นยา ตามระดับ Hct **<u>เพิ่ม</u>** 1.น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ - ทางเลือกที่ 1 ขอรับผ่านระบบ VMI (เหมือนปี 65) - ทางเลือกที่ 2 ขอรับเป็นเงิน จ่าย CAPD 15,000 / APD 18,000 บาทต่อรายต่อเดือน 2. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นเงิน 180 บาท ตามระดับ Hct 3. ค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายเพิ่มเติม 500 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน (หน่วยบริการ 85 แห่ง)
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการ UC ที่มีบริการ CAPD - APD
	โปรแกรม	CKD_DMIS / e-Claim

บริการ	ปีงบฯ 66
1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (ต่อ)	3.อัตราจ่าย ■ ค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ■ หน่วยบริการที่มีคะแนนรวมเกณฑ์คุณภาพมากที่สุด 85 ลำดับแรก จ่ายค่าบริการเพิ่มเติมแบบเหมาจ่ายในอัตรา 500 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน

เกณฑ์คุณภาพ 4 ข้อ		วิธีคำนวณ	น้ำหนักเกณฑ์ (a)
1	ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT	จำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT ในช่วง 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น	25%
2	ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin > 3.5 g / dl	จำนวนผู้ป่วย PD ที่มีระดับ Serum Albumin > 3.5 g/dl ในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น	25%
3	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา 12 เดือน	One year patient survival ของหน่วยบริการนั้น ณ สิ้นเดือน มี.ค. 66 หรือ ก.ย. 66	25%
4	ร้อยละผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อบุช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis free)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อบุช่องท้องในช่วง 6 เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย 6 เดือน ของหน่วยบริการนั้น	25%

■ รอบเวลาในการคิดคำนวณผลงานและรอบการจ่าย เป็นดังนี้

O รอบที่ 1 : นำผลงานในช่วง 6 เดือนแรก (ตค.65 – มีค.66) เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง 6 เดือนถัดมา (เมย.-กย.66)

O รอบที่ 2 : นำผลงานในช่วง 6 เดือนหลัง (เมย – กย.66) เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับ ช่วง 6 เดือนถัดมา (ตค.66 –มีค.67)

บริการ	ปีงบฯ 66	
2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต ลงทะเบียน CKD_DMIS ผู้ป่วยใหม่ หรือ ผู้ป่วย Shift mode ทำ Consent Form
	ผู้มีสิทธิ	UC
	อัตราจ่าย	1. ค่าฟอกเลือด 1,500 , 4,000 บาท/ครั้ง 2. ผู้ป่วยโควิด จ่ายเพิ่ม ชุด PPE / ค่าพาหนะ / ฆ่าเชื้อ 3. ค่าทำ Vascular access 5,000 – 22,000 บาท 4. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นยา ตามระดับ Hct เพิ่ม 1. ค่าฟอกเลือด - ทางเลือกที่ 1 จ่าย 1,500 , 4,000 บาท/ครั้ง - ทางเลือกที่ 2 จ่าย 1,300 , 3,800 บาท/ครั้ง + ตัวกรอง สาย เข็ม [HIV, TB, Covid 19 (ค่าอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ค่ารถ ค่าทำความสะอาดรถคงเดิม)] 2. ค่าทำ Vascular access - TCC จ่าย 5,600 บาท + รหัส 4905 จ่าย 5,000 บาท - AVF จ่าย 13,500 บาท - AVG จ่าย 13,500 บาท + รหัส 4016 จ่าย 600 บาท/ซม - DLC จ่าย 5,000 บาท 3. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นเงิน 180 บาท ตามระดับ Hct
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน HD กรณีฟอกเลือด หน่วยบริการ UC ที่มีศักยภาพทำ Vascular access / หน่วย บริการ ODS (หน่วยบริการที่ไม่มีการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้เบิกจ่าย DLC ได้เฉพาะเคสที่มีปัญหาในขณะทำการฟอกเลือด เช่น สายอุดตัน ต้อง revise สาย เป็นต้น โดยบันทึกเบิกผ่าน e-Claim)
	โปรแกรม	CKD_DMIS / e-Claim

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กรณีรับบริการในสถานพยาบาลเอกชน

เงื่อนไขการรับบริการ :

1. ได้รับการส่งตัวจากสถานพยาบาลของรัฐ **(เหมือนสิทธิข้าราชการ)**

2. เบิกจ่ายได้**เฉพาะสถานพยาบาลเอกชนที่ลงนามในสัญญากับกรุงเทพมหานครเท่านั้น** **

การเบิกจ่าย :

1.1 ค่าฟอกเลือด จ่ายครั้งละ 2,000 บาท

1.2 ค่ายา และ ค่า Lab จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด

1.3 บันทึกโปรแกรม DMIS HD

1.4 การตัดยอดข้อมูล : ทุกวันที่ 15 และทุกวันสิ้นเดือน

** สิทธิข้าราชการสามารถเบิกจ่ายได้ทุกแห่งกรณีมีใบส่งตัวจากสถานพยาบาลของรัฐ

บริการ	ปีงบฯ 66	
3. บริการปลูกถ่ายไต	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ต้องบำบัดทดแทนไต ลงทะเบียน CKD_DMIS เพิ่ม ผู้ป่วยใหม่ หรือ ผู้ป่วย Shift mode ทำ Consent Form
	ผู้มีสิทธิ	UC
	อัตราจ่าย	1. ค่าเตรียมผู้รับบริจาค 2. ค่าเตรียมผู้บริจาค 3. ค่าผ่าตัด ตาม Protocol 4. ค่ายากดภูมิหลังผ่าตัด
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เป็นสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย
	โปรแกรม	CKD_DMIS / e-Claim

สรุปสถานการณ์การจัดบริการและติดตามประเมินผลบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

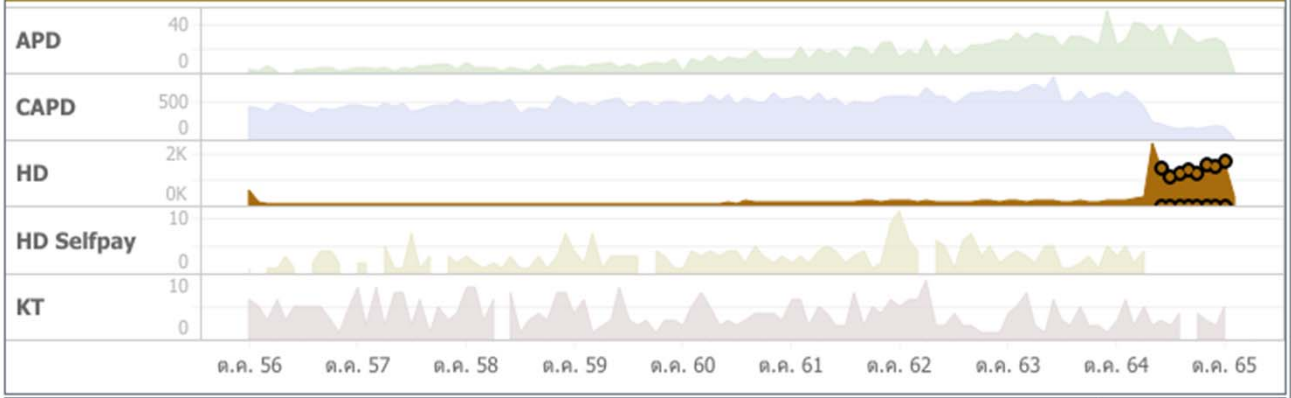
ที่มา : ระบบสารสนเทศ เพื่อการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ ณ วันที่ 6 พฤศจิกายน 2565

ภาพรวมการลงทะเบียนบริการบำบัดทดแทนไต (RRT Registration)

ข้อมูลล่าสุด ณ 16/9/2565 19:38:00

APD (ราย)	CAPD (ราย)	HD (ราย)	HD Selfpay (ราย)	KT (ราย)	Active Patients
1,486	19,667	40,424	223	1,607	63,404

จำนวนการลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ สปสช.เขต All ช่วงปีที่ลงทะ.. 1/10/2556 0:00:00..



เขต	APD	CAPD	HD	HD Selfpay	KT	Grand Total
เขต 1 เชียงใหม่	274	2,785	4,199	51	148	7,457
เขต 2 พิษณุโลก	71	1,236	1,286	4	9	2,606
เขต 3 นครสวรรค์	33	745	1,282	2		2,062
เขต 4 สระบุรี	184	920	3,388	17	55	4,563
เขต 5 ราชบุรี	169	1,913	3,320	23	2	5,427
เขต 6 ระยอง	72	1,463	3,964	32	7	5,538
เขต 7 ขอนแก่น	117	1,617	3,320	15	210	5,278
เขต 8 อุดรธานี	108	1,760	3,481	15	22	5,385
เขต 9 นครราชสีมา	71	1,763	3,510	4	31	5,379
เขต 10 อุบลราชธ..	135	2,465	3,004	2	60	5,666
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	67	1,509	1,832	8	9	3,425
เขต 12 สงขลา	88	849	1,433	8	32	2,410
เขต 13 กทม.	97	642	5,894	35	997	7,665
Grand Total	1,486	19,667	40,424	223	1,607	63,404

ภาพรวมการเปลี่ยนโหมดการรักษา (Shift Mode) (ผป.สะสม ไม่รวมผป.เสียชีวิต)

	Mode ปัจจุบัน					Shift No# ครั้งล่าสุด
Mode ก่อนหน้า	APD	CAPD	HD	HD Selfpay	KT	Grand Total
#NewCase	1,486	17,819	22,997	209	366	42,874
APD			4		2	6
CAPD			9,547	3	613	10,163
HD		976			412	1,388
HD Selfpay		738	5,437		207	6,382
KT		39	171	7		217
Grand Total	1,486	19,569	38,148	219	1,595	61,014

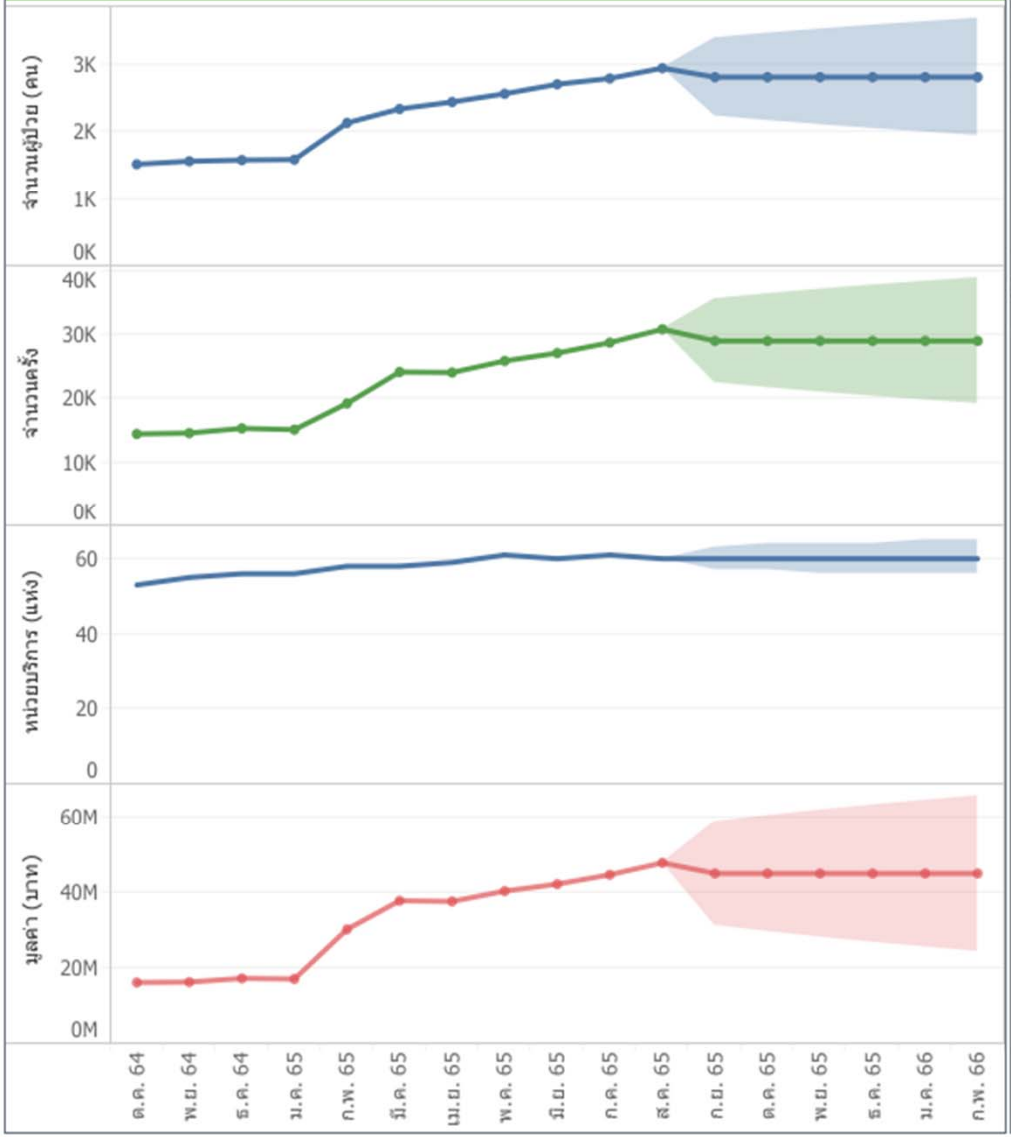
Time on Therapy (months before change mode)

Mode ก่อนหน้า	Mode ปัจจุบัน CAPD	HD	HD Selfpay	KT
APD		19.00 3.00		11.50 11.50
CAPD		27.82 19.00	3.40 4.00	37.71 32.00
HD	24.69 1.00			45.17 37.00
HD Selfpay	13.57 6.00	32.98 23.00		25.55 19.00

เปรียบเทียบสถานการณ์ก่อนหลังการเปลี่ยนนโยบาย HD

ข้อมูลล่าสุด ณ 16/9/2565 19:38:00

ภาพรวมบริการ HD รายเดือน (+Forecast 6m) ช่วงวันรับบริก.. 1/10/2564 0:00:00 to 30/9/256..



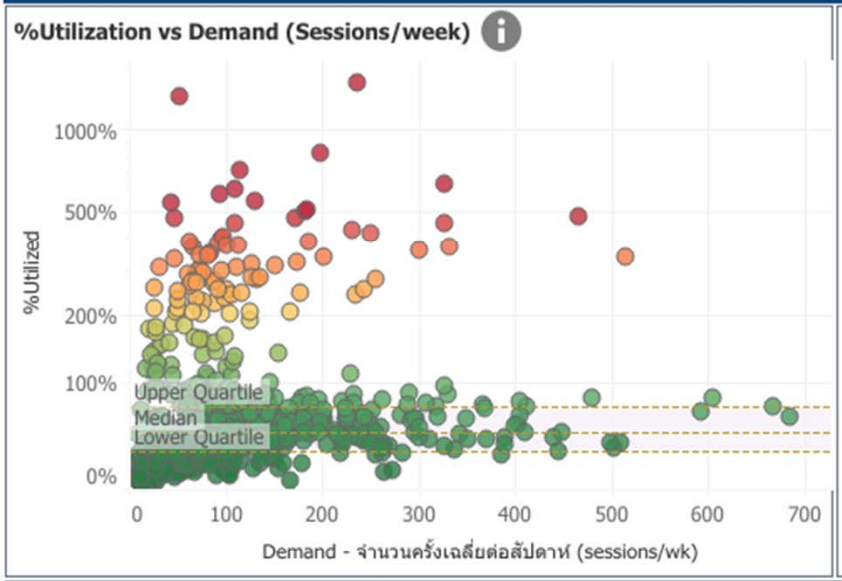
Factsheet เปรียบเทียบก่อน-หลัง 1 กพ. 65 สปสช. เขต เขต 7 ขอนแก่น

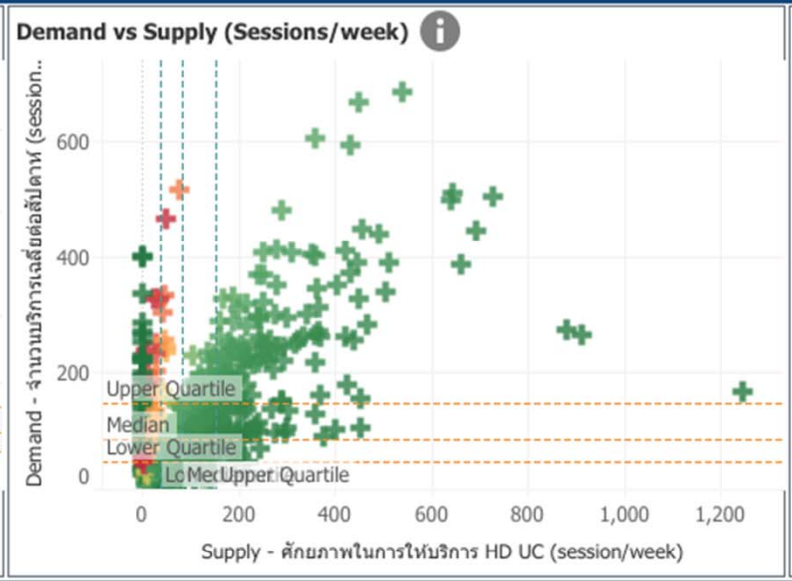
	HD แห่ง		จำนวนผป.(ราย)		จำนวนครั้งเฉลี่ยต่อเดือน		ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
Grand Total	56	62	1,696	3,649	14,472	25,581	16,167,268	39,767,711
ขอนแก่น	24	24	627	1,290	5,089	8,520	5,177,366	13,212,750
ร้อยเอ็ด	11	14	505	1,035	4,356	6,751	5,283,537	10,511,671
มหาสารคาม	9	11	317	748	2,598	5,615	2,616,585	8,669,276
กาฬสินธุ์	12	13	262	684	2,430	4,696	3,089,780	7,374,013

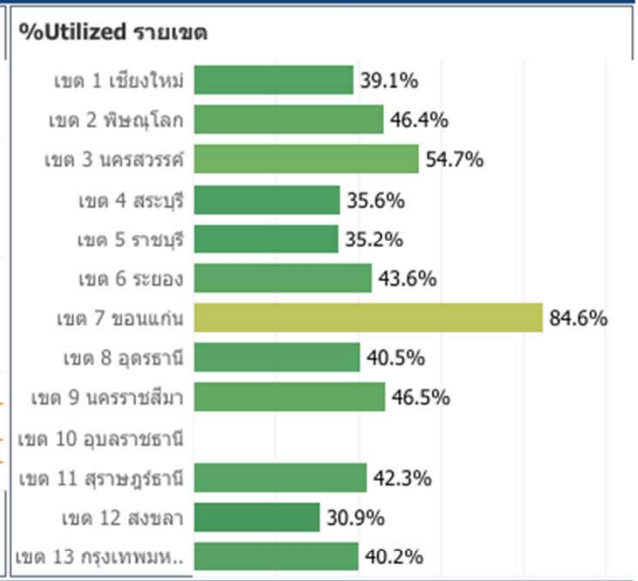
คำชี้แจง: เป็นการเปรียบเทียบค่าวัดที่สำคัญ ของช่วงเวลาก่อนและหลังเปลี่ยนนโยบาย (1 กุมภาพันธ์ 2565)
ได้แก่ จำนวนหน่วยบริการ (นับไม่ซ้ำ) / จำนวนผู้ป่วยที่รับบริการ (นับไม่ซ้ำ) / จำนวนบริการเฉลี่ยต่อเดือน และ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน
เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นการเปลี่ยนแปลง สามารถ Drill Down ข้อมูลได้ตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ และ หน่วยบริการ

เปรียบเทียบศักยภาพและบริการ HD ที่เกิดขึ้นจริง

ข้อมูลล่าสุด ณ 16/9/2565 19:38:00







สปสช.เขต	จังหวัด	HD แห่ง	จำนวนเครื่องHD	แพทย์ Nephro	พยาบาลHD	Total Capacity (Session/wk)	Demand (Session/wk)	Last14d AVG (Session/wk)	%Utilized
เขต 7 ขอนแก่น	กาฬสินธุ์	13	170	13	55	1,872	910	0	48.6%
	ขอนแก่น	24	272	31	97	1,366	1,707	0	125.0%
	มหาสารคาม	11	147	13	49	1,416	1,063	0	75.1%
	ร้อยเอ็ด	14	171	12	61	1,326	1,379	0	104.0%
เขต 8 อุดรธานี	นครพนม	7	106	6	39	1,864	987	0	52.9%
	บึงกาฬ	4	61	10	18	1,023	401	0	39.2%
	เลย	5	32	2	11	416	229	0	54.9%
	สกลนคร	9	191	14	59	3,460	1,248	0	36.1%
	หนองคาย	7	103	12	38	1,945	793	0	40.8%
	หนองบัวลำภู	3	36	2	14	420	210	0	49.9%
	อุดรธานี	16	264	40	81	4,723	1,780	0	37.7%
เขต 9 นครราชสีมา	ชัยภูมิ	9	160	20	44	2,912	1,912	0	65.7%

หมายเหตุ:

1. ข้อมูลศักยภาพหน่วยบริการ (จำนวนเครื่องและจำนวนรอบที่ให้บริการต่อสัปดาห์ จำนวนแพทย์ พยาบาล ฯลฯ) ได้มาจากการสำรวจโดยความร่วมมือของ PM เขต เมื่อปลายปี 2564 ซึ่งเป็นข้อมูล out-of-date และมีข้อมูลไม่ครบทุกหน่วยบริการ
2. Supply Capacity = ศักยภาพในการให้บริการ คิดจากจำนวนรอบที่สามารถให้บริการได้ต่อสัปดาห์ (session/week) (ซึ่งเป็นข้อมูลจากการสำรวจ ตามข้อ 1)
3. Estimated Demand เป็นข้อมูลแสดงจำนวนบริการที่เกิดขึ้นจริง เฉลี่ยต่อสัปดาห์ เพื่อใช้เปรียบเทียบกับศักยภาพ และคำนวณเป็น %Utilized (Demand/Supply*100)

บริการควบคุมและป้องกันผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

โรคเบาหวาน

สาเหตุ เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อน ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยกว่าปกติ หรือเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินกว่าปกติต่อเนื่องและเรื้อรัง ระยะยาวจะส่งผลให้เกิดการทำลายหลอดเลือด และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่รุนแรงมากขึ้น

กลุ่มเสี่ยง : อายุ ≥ 35 ปี, อ้วนหรืออ้วนลงพุง (BMI ≥25), มีคนในครอบครัว DM., ประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดเล็ก

-เบาหวานขึ้นตา
-โรคไตวาย
-เส้นประสาท = ชาปลายเท้า หรือเจ็บเหมือนมีเข็มทิ่ม

ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดใหญ่

-กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
-อัมพฤกษ์ อัมพาต
-หลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันทำให้เกิดแผลติดเชื้อที่เท้าง่าย

โรคเบาหวาน มี 4 ชนิด .....

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลิน มักพบในเด็กต้องรักษาด้วยยาอินซูลิน
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากร่างกายดื้อต่ออินซูลิน พบมากในผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ
คนที่มีประวัติครอบครัว ต้องรักษาด้วยยาลดน้ำตาลในเลือด บางรายจำเป็นต้องใช้ยาอินซูลิน
โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกิดขณะตั้งครรภ์ อาการหายไปหลังคลอด
โรคเบาหวานจากสาเหตุอื่น เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง โรคที่มีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อบางชนิด หรือผู้ใช้ยาที่มีสารสเตียรอยด์

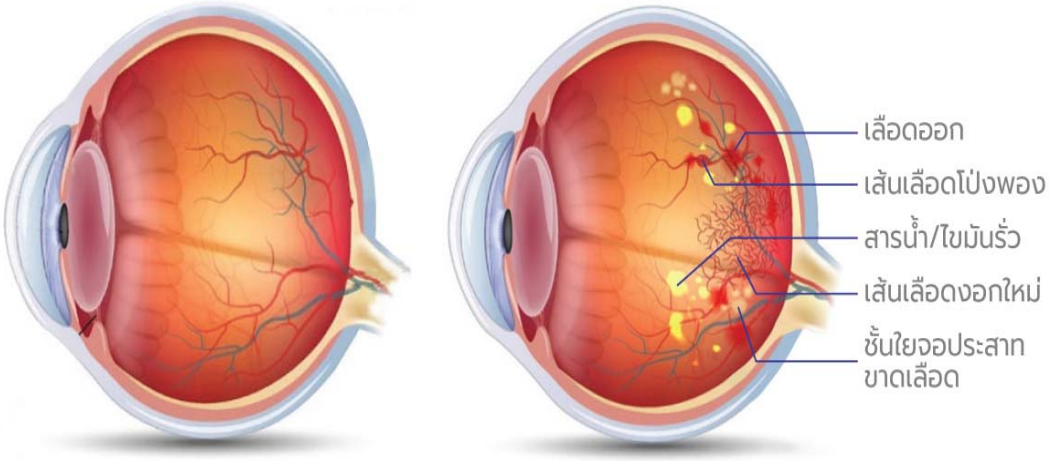
การควบคุมป้องกัน การรักษาโรค และภาวะแทรกซ้อน สามารถเบิกค่าใช้จ่ายตามสิทธิประโยชน์ *UC* ได้

ภาวะเบาหวานขึ้นจอตา (diabetic retinopathy)

เป็นภาวะแทรกซ้อนอันตราย อันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

สาเหตุ-การดำเนินของภาวะแทรกซ้อน

เกิดจาก **ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ปล่อยให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน** ทำให้หลอดเลือดในจอประสาทตาเริ่มอักเสบ โป่งพอง มีเลือด และน้ำเหลืองซึมออกมาทั่วจอประสาทตา อาการจะค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้ตัว และละเลยการตรวจสภาพตาตามคำแนะนำของแพทย์ ..... หากรั่วซึมถึงจุดศูนย์กลางของการรับภาพ อาจทำให้มีอาการตาพร่ามัว ยิ่งถ้าหลอดเลือดและพังผืดเกิดใหม่ ทำให้หลอดเลือดในจอประสาทตามีผนังไม่แข็งแรง ฉีกขาดง่าย มีผลให้จอประสาทตาหลุดลอกออกมา และ **ตาบอดสนิท**



แผนการดำเนินงานจากการทำแผนร่วม อปสข. อคม. ปี 2565

-เพิ่มการควบคุมและป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย

**** เน้นให้ความรู้กลุ่มคนปกติ คัดกรอง เฝ้าระวัง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมการเข้าถึงบริการและควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนกลุ่มป่วย*

-ส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ เพื่อสุขภาพที่ดี

*** เน้นอาหารเฉพาะโรคและการควบคุมน้ำหนัก (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และดูแลสุขภาพฟัน)

- สปสช. ประสานการดำเนินงานร่วมกับ หน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลลัพธ์และประสิทธิภาพกองทุน *** การเบิกค่ารักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง, คืนข้อมูล, ชี้เป้าสำคัญ

บริการที่มีการเปลี่ยนแปลง ปีงบฯ 66

บริการ	หัวข้อ	ปีงบฯ 66
1. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. ค่าบริการสำหรับ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 2) บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น GDM 3) บริการหญิงตั้งครรภ์ที่พบเป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ (PDM) 2. บันทึกรหัสโรคตามที่กำหนด 3.เพิ่มเติม การ Authentication
	ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC ที่วินิจฉัยเป็น T1DM , GDM และ PDM โดยมีการลงทะเบียน
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการมีศักยภาพรักษา T1DM GDM และ PDM ตามเหลักเกณฑ์ที่กำหนด
	อัตราจ่าย	ค่าบริการเหมาจ่ายรายเดือน ครอบคลุมกิจกรรมบริการเหมือนปี 2565 มีการปรับลดอัตราจ่าย เพิ่มเติม ค่าตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง (CGM) สำหรับ T1DM สำหรับผู้ป่วยที่มีความประจำต้องได้รับ CGM ต่อเนื่องตลอดทั้งปี และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ CGM เป็นครั้งคราว โดยจ่ายค่า Sensor รวม transmitter และระบบที่เกี่ยวข้อง อัตรา 1,000 บาท/สัปดาห์ (ในการเบิก เบิกได้ครั้งละไม่เกิน 3 เดือน หรือ 13 สัปดาห์)
	โปรแกรม	e-Claim

บริการ	หัวข้อ	ปีงบฯ 66
1. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง ค่าบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน (ต่อ)	หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. ค่าบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง 2. จ่ายแบบเหมาจ่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. กำหนดการจ่ายค่าบริการควบคุมป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง แบบ FS 1) บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บริการตรวจ HbA1c 2 ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน 2) บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ การให้บริการตรวจ serum creatinine และ serum potassium
	ผู้มีสิทธิ	▪ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง สิทธิ UC ▪ เบาหวานชนิดที่ 2 สิทธิ UC ทุกราย ▪ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่
	หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC
	อัตราจ่าย	1) ผู้ป่วย DM ชนิดที่ 2 : จ่ายค่าตรวจ HbA1c 2 ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน ในอัตรา 150 บาทต่อครั้ง 2) ผู้ป่วย HT: การให้บริการตรวจ serum creatinine อัตรา 45 บาทต่อครั้ง และ serum potassium อัตรา 40 บาท/ครั้ง รายการละ 1 ครั้ง/ปี
	โปรแกรม	กรณี DM HT บันทึกในโปรแกรมหมอพร้อม

รายละเอียดความพร้อมของหน่วยบริการ

ความพร้อมด้านบุคลากร	GDM	PDM
1. แพทย์ทั่วไป อายุรแพทย์ หรือ อายุรแพทย์สาขาต่อมไร้ท่อ ฯ		
1.1) แพทย์ทั่วไป	มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 ปี	มีประสบการณ์การดูแล
1.2) อายุรแพทย์	มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 ปี	มีประสบการณ์การดูแล
1.3) อายุรแพทย์สาขาต่อมไร้ท่อฯ	-	-
2. สูตินรีแพทย์	มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 ปี	มีประสบการณ์การดูแล
3. พยาบาล	มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 ปี	มีประสบการณ์การดูแล
4. โภชนากร หรือ นักโภชนาการ หรือ นักกำหนดอาหาร	มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 ปี	มีประสบการณ์การดูแล

หมายเหตุ : หน่วยบริการต้องมีความพร้อมด้านบุคลากรในข้อ 1 หรือ 2 และ 3 หรือ 4

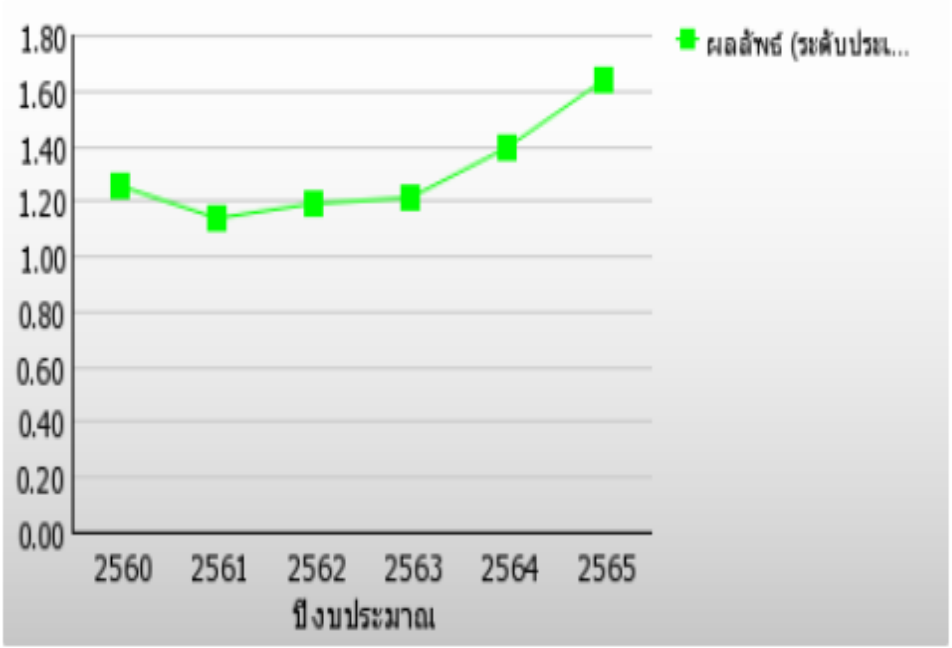
ผลงานภาพรวมตัวชี้วัดบริการสุขภาพ
กลุ่มโรคเบาหวาน

ที่มา : ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลตัวชี้วัดบริการสุขภาพ สปสช. (NHSO Health Service Indicator) www.edw.nhso.go.th ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2022

อัตราป่วยตาย (Fatality rate) ด้วยโรคเบาหวานหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ

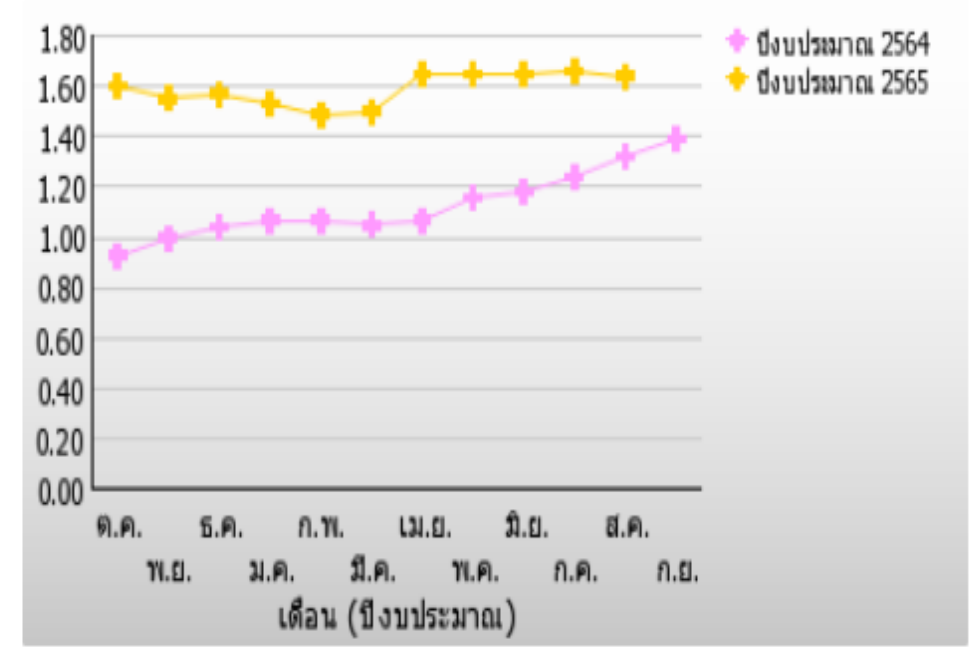
หน่วย :



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	1.26	1.14	1.19	1.21	1.39	1.64

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

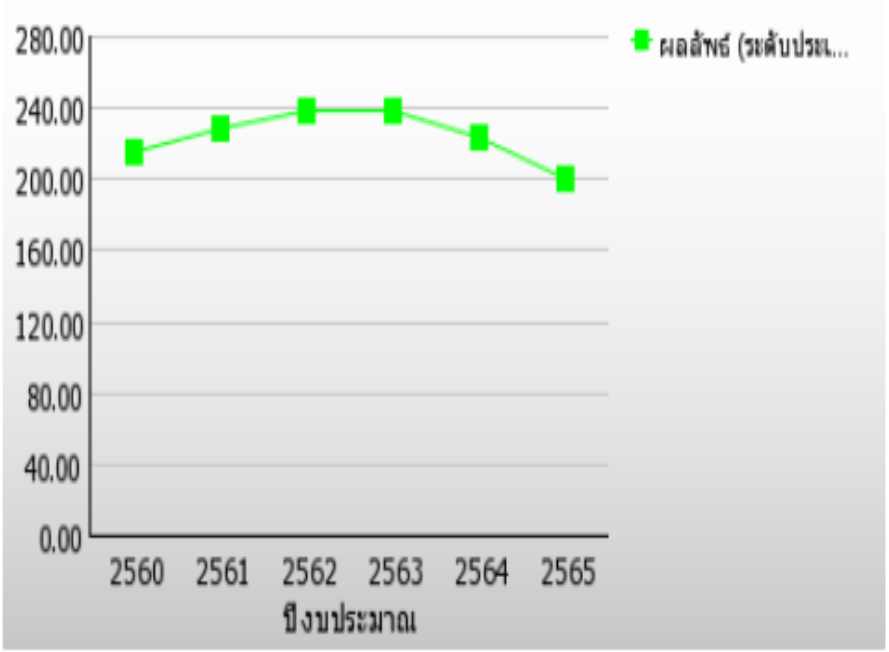
หน่วย :



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	0.93	1.00	1.04	1.07	1.07	1.05	1.07	1.16	1.18	1.24	1.32	1.39
2565	1.60	1.55	1.57	1.53	1.49	1.50	1.65	1.65	1.65	1.66	1.64	

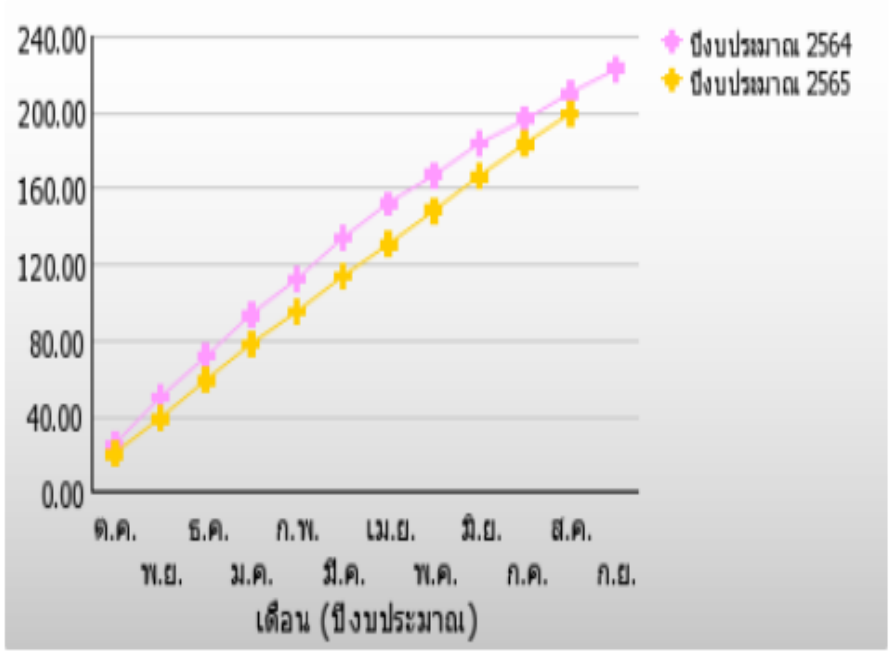
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคเบาหวานหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ (hmain)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	215.19	227.98	239.20	238.08	223.19	199.68

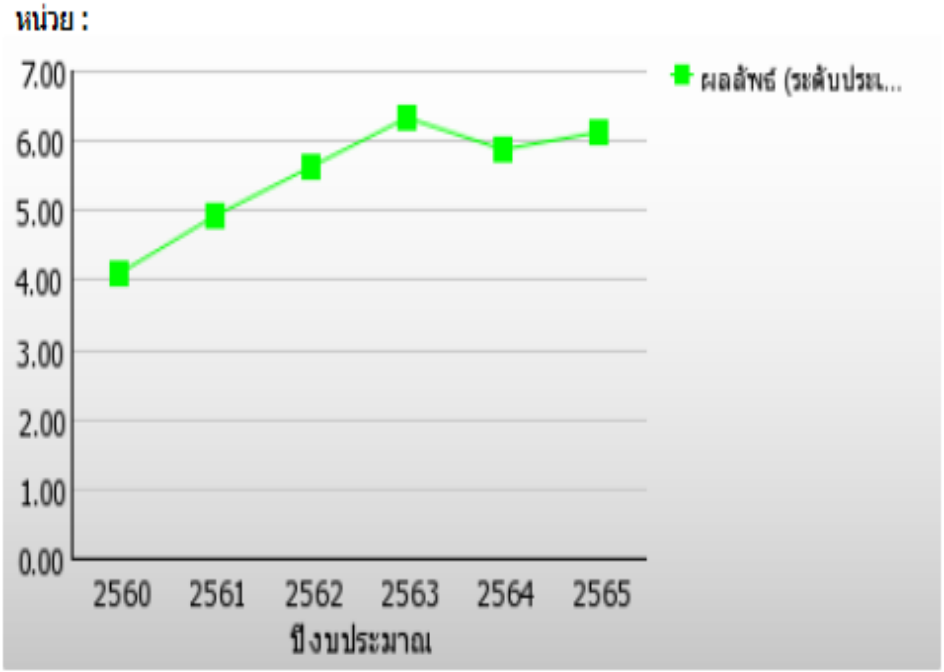
กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	25.58	50.02	72.30	93.16	112.26	134.33	152.13	167.42	184.13	197.11	209.71	223.19
2565	20.12	38.92	58.91	78.45	95.51	113.87	130.79	148.68	166.31	183.56	199.68	

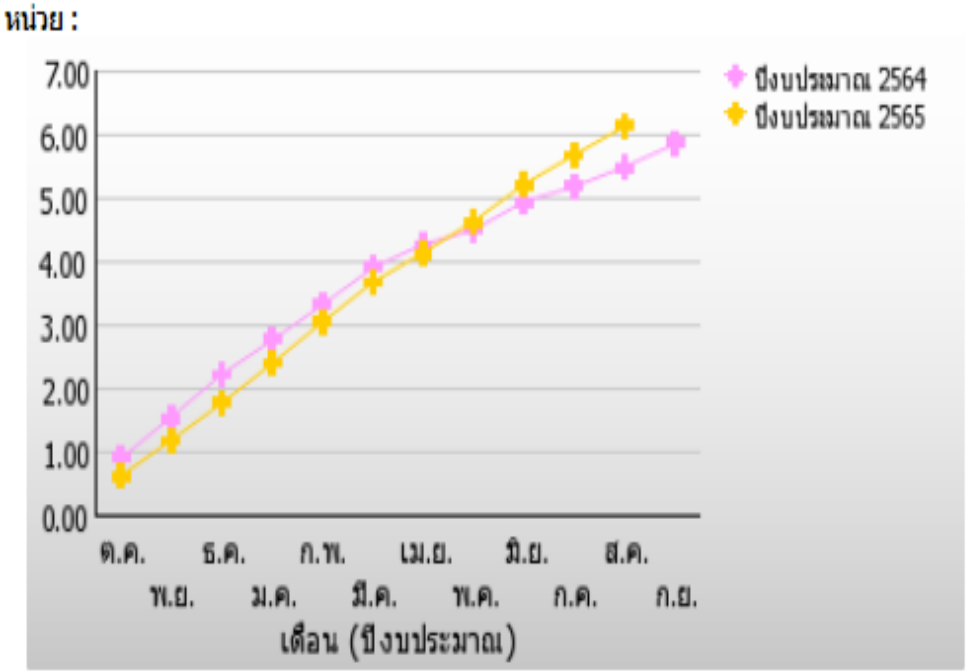
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ (hmain)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	4.09	4.93	5.64	6.33	5.88	6.15

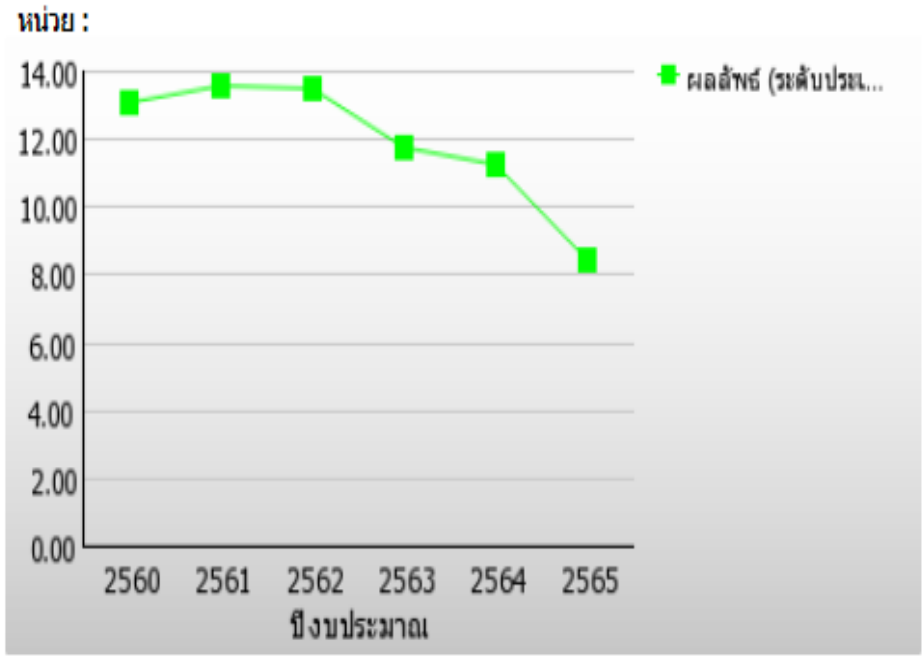
กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	0.94	1.54	2.24	2.79	3.34	3.93	4.28	4.51	4.94	5.20	5.49	5.88
2565	0.63	1.19	1.80	2.42	3.07	3.69	4.13	4.63	5.22	5.69	6.15	

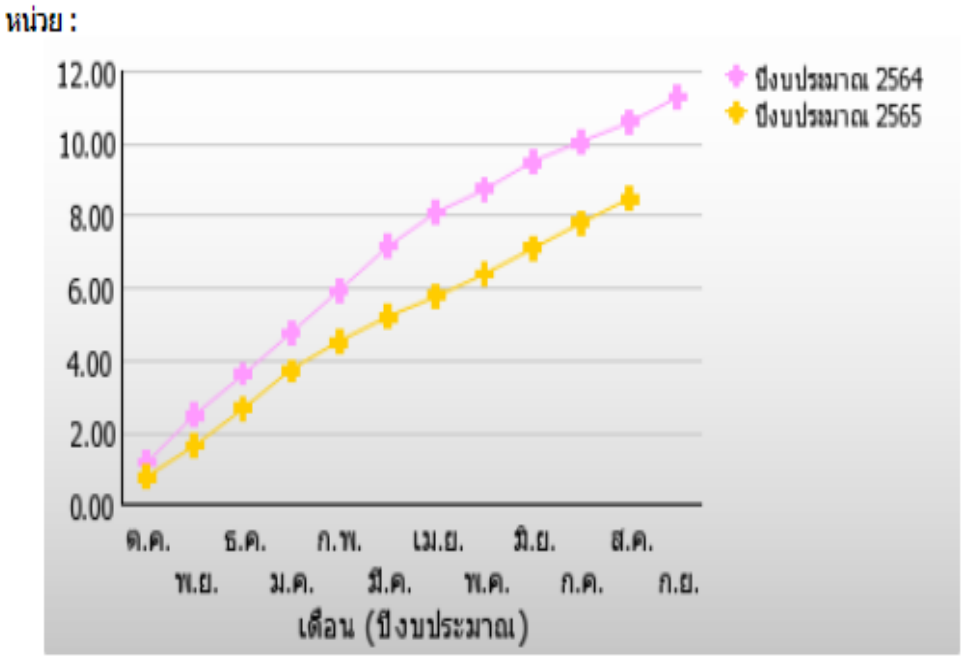
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ (hmain)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	13.12	13.55	13.52	11.77	11.29	8.48

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	1.19	2.48	3.64	4.78	5.94	7.18	8.12	8.77	9.49	10.02	10.63	11.29
2565	0.77	1.65	2.69	3.72	4.51	5.20	5.81	6.40	7.12	7.82	8.48	

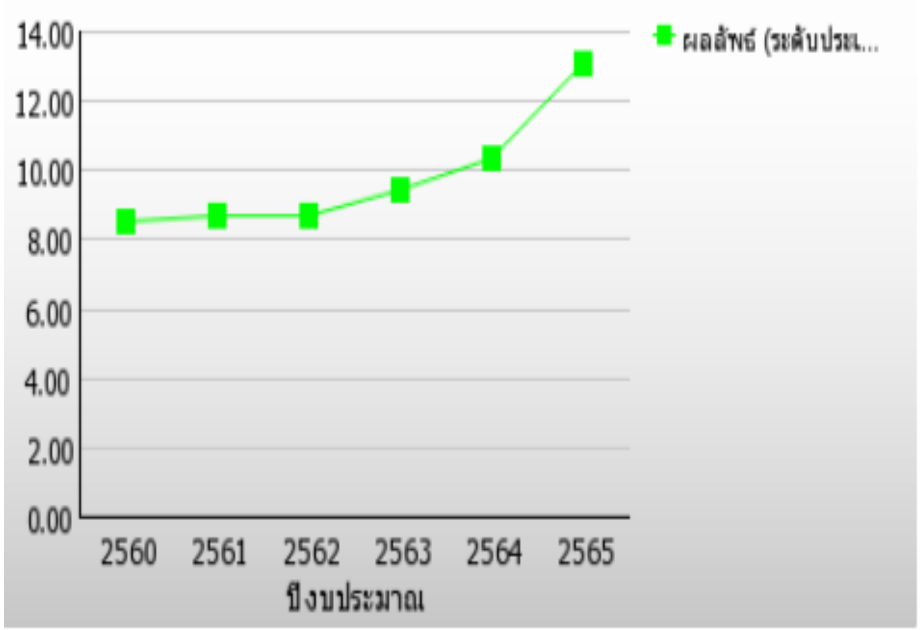
ผลงานภาพรวมตัวชี้วัดบริการสุขภาพ
กลุ่มโรคความดันโลหิต

ที่มา : ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลตัวชี้วัดบริการสุขภาพ สปสช. (NHSO Health Service Indicator) www.edw.nhso.go.th ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2022

อัตราป่วยตาย (Fatality rate) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ (hcode)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ

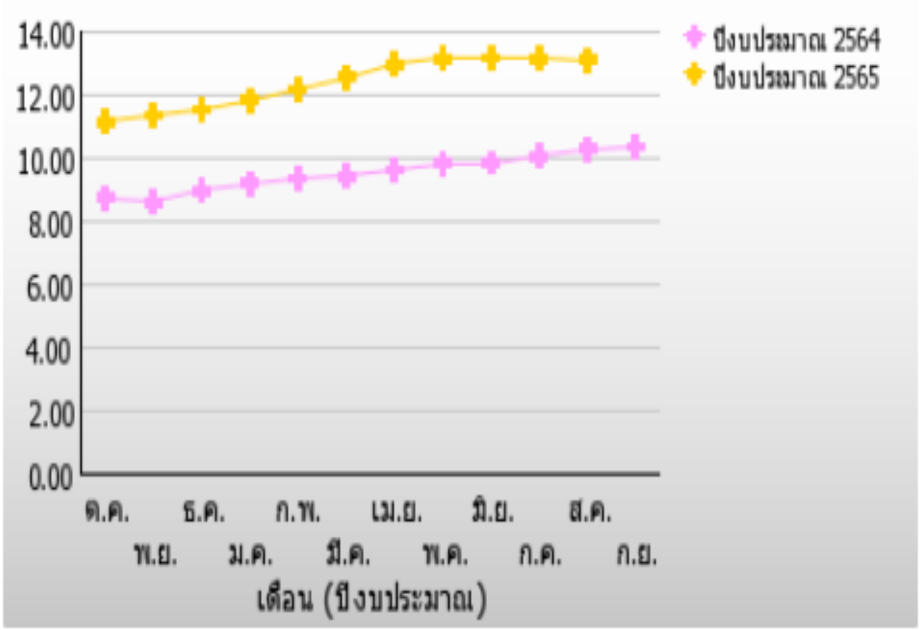
หน่วย :



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	8.56	8.66	8.70	9.42	10.36	13.11

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

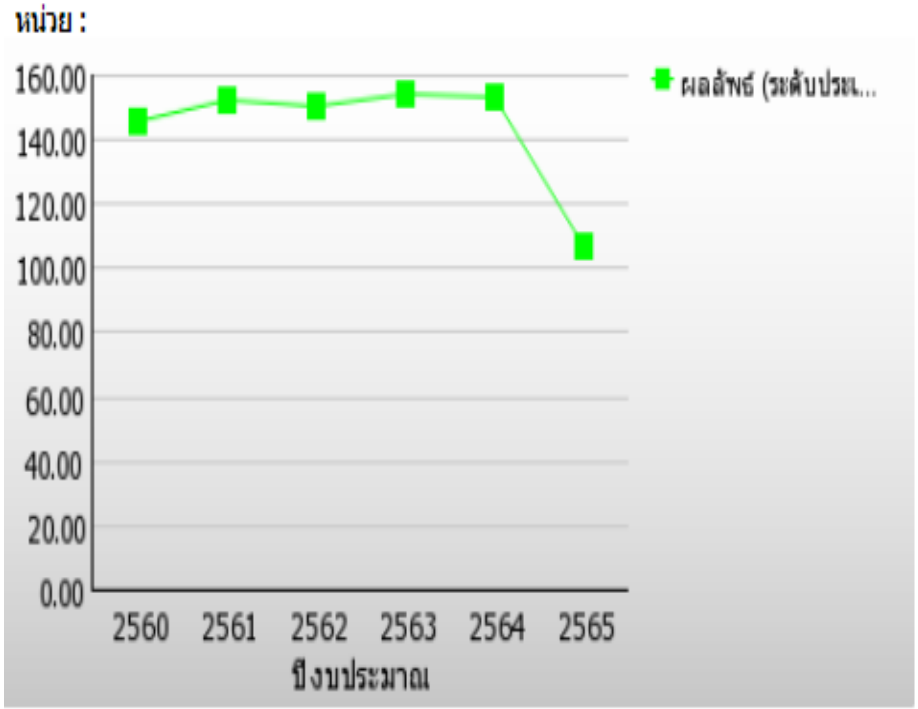
หน่วย :



ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	8.78	8.61	8.99	9.23	9.36	9.44	9.64	9.85	9.87	10.07	10.30	10.36
2565	11.15	11.37	11.56	11.84	12.17	12.57	12.97	13.15	13.19	13.16	13.11	

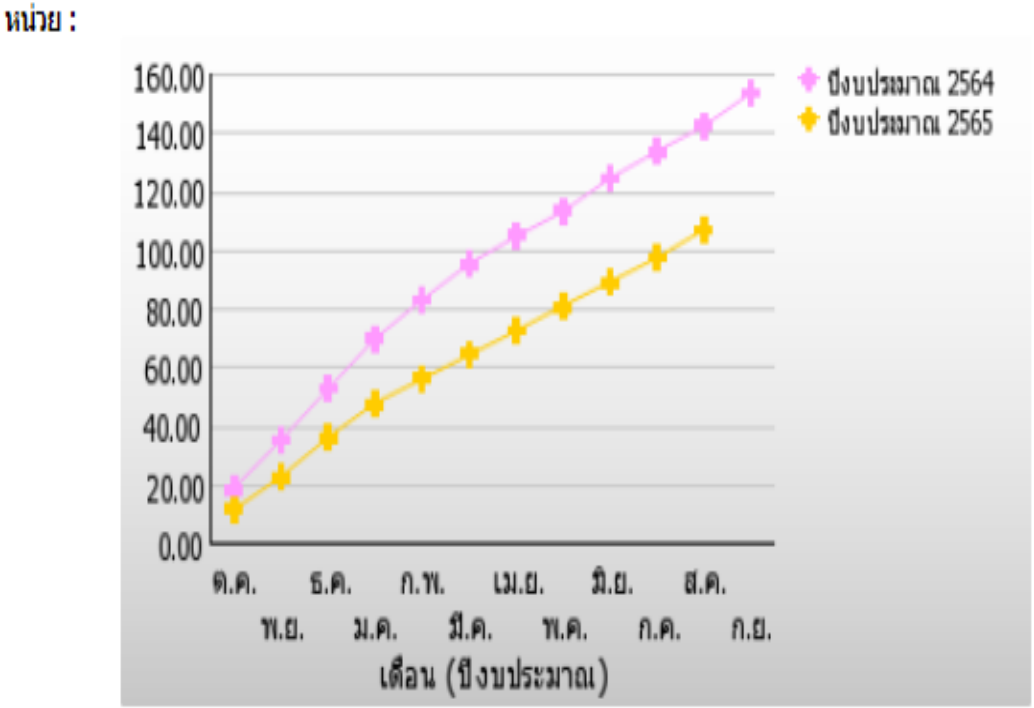
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ (hmain)

กราฟ 1 : จำแนกปีงบประมาณ



ผลลัพธ์	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ผลลัพธ์ (ระดับประเทศ)	145.68	152.51	150.96	154.26	153.82	107.02

กราฟ 2 : ผลงานรายเดือนเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา

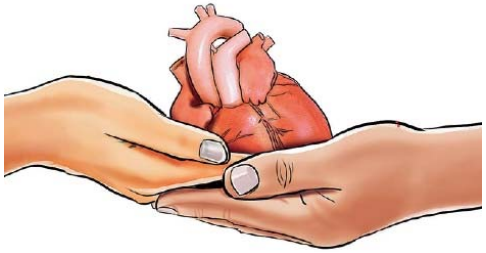


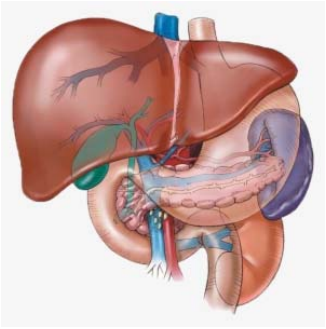
ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
2564	18.81	35.54	53.26	70.11	83.31	95.33	105.41	113.65	124.77	133.80	142.57	153.82
2565	12.00	22.75	36.17	47.63	56.82	64.97	72.84	80.84	89.15	97.94	107.02	

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับ ปี 66

สิทธิประโยชน์ไม่มีการเปลี่ยนแปลง





การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับ

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้ง สิทธิว่าง และผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการตามประกาศ ส่วนผู้บริจาค (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้ และต้องลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการก่อนเข้ารับบริการ
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย
3. การบันทึกข้อมูล	1. โปรแกรม DMIS_HT หรือ DMIS_LT ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยน Protocol หรือเสียชีวิต ระหว่างผ่าตัดหรืออื่นๆ สปสช.อาจขอสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายชดเชยได้ 2. กรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน(Complication) ร่วมด้วย บันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs
4. รายงานการจ่าย	รายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS

การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation)

1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
1.1 สำหรับผู้รับบริจาค (Recipient)	30,000
1.2 สำหรับผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)	40,000

2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
2.1 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	
Protocol-HTX-I	310,000
Protocol-HTX-II	320,000
Protocol-HTX-III	375,000
Protocol-HTX-IV	380,000
Protocol- HTX-V	455,000
Protocol- HTX-VI	465,000

การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation)

2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
2.2 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีทีมีภาวะแทรกซ้อน (Rejection)	
• Protocol-ACR ภาวะ Acute Cellular Rejection	30,000
• Protocol-AMR ภาวะ Antibody Mediated Rejection	320,000

3. ใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
• Protocol -Myocardium biopsy หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อหัวใจ (Myocardium biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อน ระหว่างผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัด	30,000

การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation)

4. การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

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

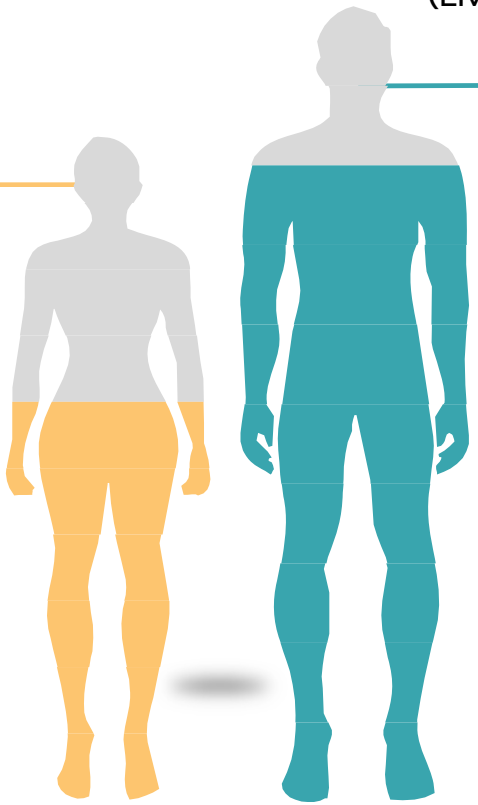
การจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต
หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล

การปลูกถ่ายตับ (Liver transplantation)

ในเด็ก

(Pediatric Liver Transplantation)

- ✓ อายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ในวันที่รับการผ่าตัด
- ✓ มีภาวะท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ
- ✓ เป็นผู้ป่วยที่สุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด
- ✓ ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่า มีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ



กลุ่มเป้าหมาย

ในผู้ใหญ่

(Liver transplantation for moderate to severe liver cirrhosis patients)

- ✓ เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย อายุมากกว่า 18 ถึง 60 ปี ณ วันที่ลงทะเบียนรอปลูกถ่ายตับ และมีอายุไม่เกิน 65 ปี ในวันผ่าตัดปลูกถ่ายตับ
- ✓ ตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย ที่มี Child-Pugh score ตั้งแต่ 7 ขึ้นไป หรือมีอาการหรืออาการแสดงถึงภาวะแทรกซ้อนของตับแข็ง และต้องหยุดสุราติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- ✓ ไม่มีการติดเชื้อที่ควบคุมไม่ได้ ยกเว้นการติดเชื้อในตับและทางเดินน้ำดี
- ✓ ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด ไม่มีความผิดปกติทางจิต ที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาด้วยการปลูกถ่ายตับในระยะยาว เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นต้น
- ✓ ไม่เป็นโรคมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งที่รักษาหายขาดนานกว่า 3 ปี ขึ้นไป (ยกเว้นมะเร็งตับ)
- ✓ ม่มีโรคร่วม (ยกเว้นโรคตับ) ที่มีความรุนแรงหรือเป็นระยะท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้น

การปลูกถ่ายตับ (Liver transplantation)

ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
สำหรับผู้รับบริจาค (Recipient)	30,000	60,000
สำหรับผู้บริจาคมีชีวิต (living donor)	40,000	40,000
สำหรับผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)	40,000	40,000

การปลูกถ่ายตับ (Liver transplantation)

ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
1. สำหรับผู้บริจาคมีชีวิตเมื่อเข้ารับการผ่าตัด (living donor)	100,000	
2. สำหรับผู้รับบริจาค (recipient) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-OLT-I	410,000	
Protocol-OLT-II	420,000	
Protocol-OLT-III	555,000	
Protocol-OLT-IV	565,000	
3. สำหรับผู้รับบริจาค (recipient) กรณีมีภาวะแทรกซ้อน rejection		
Protocol-ACR ภาวะ Acute Cellular Rejection	30,000	
Protocol Antibody mediated rejection	ไม่มี	

เหมาจ่ายในอัตรา

600,000 บาท

การปลูกถ่ายตับ (Liver transplantation)

ค่าใช้จ่ายหลังผ่าตัด หลังจาก discharge

แผนการรักษา	อัตราเหมาจ่าย (บาท)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
กรณีที่มีการตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) (ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด)	10,000 (ต่อครั้ง)	รวมอยู่ในอัตราเหมาจ่ายไม่มีการจ่ายเพิ่มเติม

หมายเหตุ กรณี ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัดที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection เบิกในระบบเบิกจ่ายปกติใน e-claim

การปลูกถ่ายตับ (Liver transplantation)

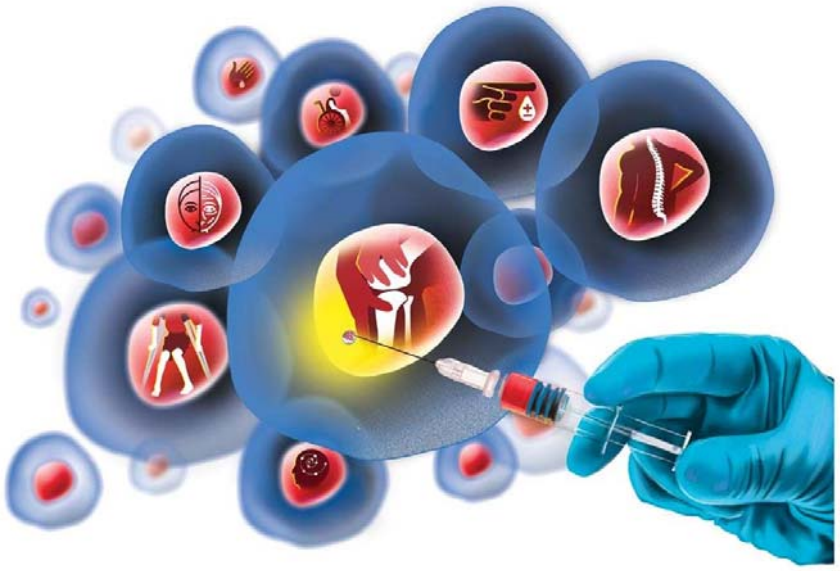
การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

เงื่อนไขการรักษา	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาทต่อเดือน)	
	เด็ก	ผู้ใหญ่
หลังผ่าตัด 1-6 เดือน	30,000	30,000
หลังผ่าตัด 7-12 เดือน	25,000	25,000
หลังผ่าตัด 13-24 เดือน	20,000	20,000
หลังผ่าตัด 25 เดือนขึ้นไป	15,000	15,000

หมายเหตุ : การจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต



การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต กลุ่มโรคธาลัสซีเมีย : จำกัดอายุ ไม่เกิน 10 ปี
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด
3. การบันทึกข้อมูล	โปรแกรมปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต HSCT (http://eclaim.nhso.go.th)

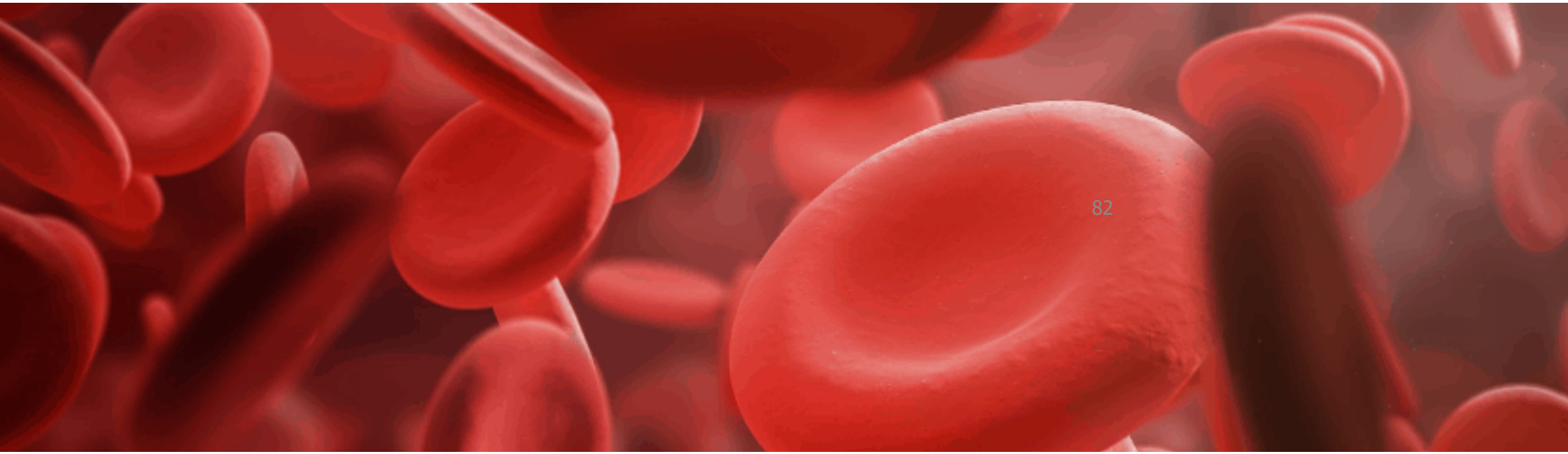
การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต : HSCT

กรณี	อัตราจ่ายชดเชย 2 งวด
1. Autologous 1.1 Autologous :โรค Multiple myeloma (MM)	500,000 บาท - จ่ายงวดแรก ร้อยละ 80 (400,000 บาท) - จ่ายงวดสอง ร้อยละ 20 (100,000 บาท)
1.2 Autologous : โรคอื่น ๆ	750,000 บาท - จ่ายงวดแรก ร้อยละ 80 (600,000 บาท) - จ่ายงวดสอง ร้อยละ 20 (150,000 บาท)
2. Allogeneic related และ Allogeneic unrelated	1,500,000 บาท - จ่ายงวดแรก ร้อยละ 80 (1,200,000 บาท) - จ่ายงวดสอง ร้อยละ 20 (300,000 บาท)

หมายเหตุ : จ่ายชดเชยงวดที่ 1 หลังส่งข้อมูล conditioning และจ่ายชดเชยงวดที่ 2 หลังการจำหน่ายผู้ป่วย และนัด follow up ภายใน 30 วัน (เฉพาะกรณีผู้ป่วยยังมีชีวิต)

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

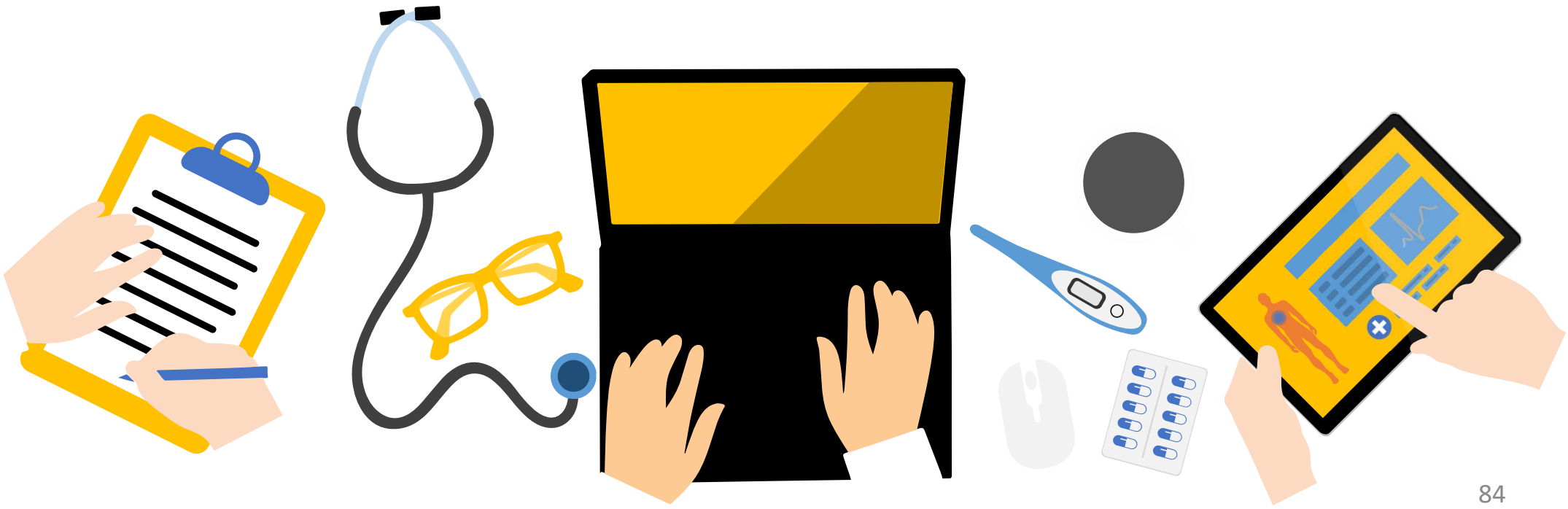
การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia



การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย และโรคเลือดออกง่ายวอลวิลลิแบรนด์ ทั้งรายเก่าและรายใหม่ สิทธิ UC หรือสิทธิว่าง
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. การบันทึกข้อมูล	หน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลการรักษาการให้บริการแฟคเตอร์ และการตรวจติดตามผู้ป่วย (Follow up) ในโปรแกรม DMIS
4. รายงานการจ่าย	รายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless for DMIS 1. กรณีชดเชยเป็นเงิน ตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือน และจ่ายชดเชยภายในเดือนถัดไป 2. กรณีชดเชยเป็นยา ตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือน และจ่ายชดเชยภายใน 5-7 วันทำการ
5. อัตราการจ่าย	จ่ายชดเชยค่ายาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาโรคฮีโมฟีเลีย 1. ค่าแฟคเตอร์ 250 IU ราคา 2,460 บาท 2. ค่าแฟคเตอร์ 500 IU ราคา 4,920 บาท

การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย



การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	1. เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพึ่งพาเลือด (Transfusion dependent thalassemia :TDT) ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค รหัส ICD 10 : D 56.0 Alpha thalassemia, D 56.1 Beta thalassemia/Hb E,Homozygous Beta thalassemia โดยแบ่งกลุ่มอายุเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (1) กลุ่มอายุ 6 เดือน – 6 ปี (2) กลุ่มอายุ 6 ปีขึ้นไป
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. การบันทึกข้อมูล	ระบบบูรณาการการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal)

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่าย

1. จ่ายชดเชยรายเดือน ค่ายาขับเหล็กชนิดรับประทาน ยา Deferasirox อัตราเม็ดละ 30 บาทเบิกจ่ายได้ครั้งละ ไม่เกิน 90 วัน
2. จ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) ชดเชยตามราคาที่เรียกเก็บไม่เกินราคากลางที่กำหนดของแต่ละรายการ ภายใต้วงเงินที่เหลือจาก ข้อ 2.1 โดยมีรายการบริการ ดังนี้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct (Hematocrit) ก่อนการให้เลือดทุกครั้ง การให้เลือดทุกชนิด และการตรวจ Serum ferritin จำนวน 4 ครั้งต่อปี ยาขับเหล็กชนิดฉีด ได้แก่ ยา Deferoxamine (Desferal) และยาขับเหล็กชนิดรับประทาน ได้แก่ ยา Deferiprone (L1, DFP)

กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)

บริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีอาการแสดง(symptomatic) หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหายาก ประเภทกลุ่มโรคมีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules)
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหายาก จำนวน 7 แห่ง
3. การบันทึกข้อมูล	ผ่านโปรแกรม E claim

อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

รายการ	ประเภทผู้ป่วย RD	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ • TMS : Comprehensive metabolic test • Plasma Amino acid analysis • GC/MS : Urine organic acid	กลุ่ม A/กลุ่ม B	3,500	
ค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายากในปีแรก	• กลุ่ม A • กลุ่ม B	• 300,000 • 50,000	• งวดที่ 1 ร้อยละ 50 เมื่อมีการลงทะเบียนในโปรแกรมระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามที่ สปสช.กำหนด • งวดที่ 2 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด หลังจากวันลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคหายาก 90 วัน
ค่ารักษาพยาบาลหรือการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายเดิม	• กลุ่ม A • กลุ่ม B	• 200,000 • 33,000	• งวดที่ 1 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วย • งวดที่ 2 ร้อยละ 50เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วย หลังจากเบิกงวดที่ 1 ไม่น้อยกว่า 90 วัน
ค่าพาหนะส่งต่อและส่งกลับ	กลุ่ม A/กลุ่ม B	การส่งต่อไปยังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก และการส่งกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น หรือชุมชน ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ทั้งนี้ กรณีการส่งกลับไปยังชุมชน จ่ายค่าใช้จ่ายเฉพาะส่งกลับจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากเท่านั้น โดยมีอัตราจ่ายเช่นเดียวกับอัตราจ่ายในระบบปกติ	

ช่องทางติดตามข่าวสารการดำเนินงานและสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. The Coverage

https://www.thecoverage.info
e-Mail : thecoverage.tc@gmail.com

2. YouTube Channels

YouTube

3. NHSO Media

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต 7 ขอนแก่น

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

356/1 ชั้น 3 อาคารซีพี ถนนมิตรภาพ
ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

043-365 201-2

khonkaen.nhso.go.th หรือ
www.nhso.go.th/khonkaen

สอบถามสิทธิ
บัตรทอง
โทร 1330
นะคะ

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อาคารรัฐประศาสนภักดี (อาคารบี)
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
5 ธันวาคม 2550

เลขที่ 120 หมู่ 3 ถนนแจ้งวัฒนะ
แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่
กรุงเทพมหานคร 10210

โทรศัพท์ : 02-141-4000
(เวลาราชการ)

โทรสาร : 02-143-9730-1

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ :
saraban@nhso.go.th

เว็บไซต์ :
www.nhso.go.th

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สอบถามปัญหาเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่าบริการ ProVider Center

Tel : 02 – 554 0505

เวลา 08.30 – 16.30 น.

เว็บบอร์ด (http://eclaim.nhso.go.th)

CLAIM
สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ

สอบถาม ร้องเรียน ร้องทุกข์ สิทธิหลักประกันสุขภาพ

ติดต่อได้ที่ สายด่วน สปสช. 1330 เปิดบริการทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง

Line : @nhso

e-Mail : 1330@nhso.go.th

นางสาวภาวิกา ภัทรธิชาสกุล

ตำแหน่ง : นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ

E-Mail Address : pavika.p@nhso.go.th

หมายเลขโทรศัพท์ : 098-746-5879

ผู้รับผิดชอบของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

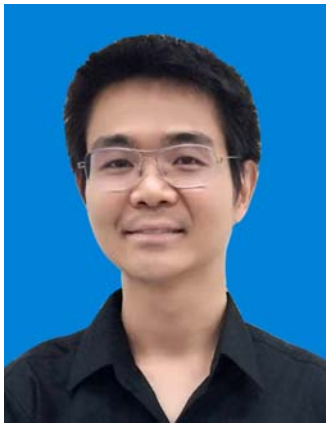
กลุ่มภารกิจสนับสนุนและกำกับติดตามประเมินผล (M&E)

กองทุนหลักประกันสุขภาพ

หน้าที่รับผิดชอบ

1. งานบริหารจัดการบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention :PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (Cardiac Surgery)
2. งานบริหารจัดการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
3. งานบริหารจัดการการผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ
4. งานบริหารจัดการ COPD & Asthma
5. งานบริหารจัดการบริการข้อเข่าเสื่อม
6. งานบริหารจัดการงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ
7. งานบริหารจัดการบริการผ่าตัดต้อกระจก
8. งานสนับสนุนคณะกรรมการโรคเรื้อรัง การป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
9. งานบริหารการชดเชยค่าบริการสาธารณสุขผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่มภารกิจสนับสนุนและกำกับติดตามประเมินผล **(M&E)** กองทุนหลักประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น



นางนาฏญา สังขวัฒน์ (ตุ๊ก) nataya.s@nhso.go.th 090-197-5210 **หัวหน้ากลุ่มภารกิจ**

น.ส.ภาวิกา ภัทรธิชาสกุล (แอน) pavika.p@nhso.go.th 098-746-5879 นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ

น.ส.สุฑารัตน์ สัตตะวุธ (จุ๋ม) sutarat.s@nhso.go.th 061-386-7188 นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ

นายณัฐพล ชัยศิริถาวรกุล (อัมพ์) nattapol.c@nhso.go.th 092-281-2610 นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ

น.ส.ปริญฑรัตน์ ปุญญะมาตย์ (นิว) parintharat.p@nhso.go.th 065-631-9666 นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ

Let's walk together towards a stronger unity.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอบคุณค่ะ