

งานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น



น.ส.มณีวรรณ ดวงมาลา (เอ)
โทร 092-246-5750
Email: Maneewan.d@nhso.go.th



น.ส.สุภัทรา คุยเพี้ยภูมิ (บี)
โทร 086-149-6516
Email: supattar.k@nhso.go.th



นายอภิสิทธิ์ คุณทะวงษ์
(เบียร์) โทร 080-073-5576
Email: apisit.k@nhso.go.th



น.ส.พรทิพา โพติยะ (พร)
โทร 093-495-0540
Email: ponthipa.p@nhso.go.th

1. สนับสนุนการจัดบริการผู้ป่วยใน
2. กำกับติดตามการเข้าถึงบริการและสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ ตามบริการรายโรคที่เป็นปัญหาตามจุดเน้นและประเด็นขับเคลื่อนระดับเขตพื้นที่ (DM/HT, CKD, Cancer, บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด)
3. สนับสนุนระบบบริการและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการรายโรค/โรคเฉพาะอื่นๆ
4. ประสานการดำเนินงาน บริหารจัดการพัฒนาระบบบริการตามจุดเน้นและประเด็นขับเคลื่อนที่สำคัญระดับเขตพื้นที่อื่นๆ ร่วมกับคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ระดับเขต
5. กำกับติดตามประเมินผลและตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ (Pre audit) และสนับสนุนการตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยรายวัน (OSR)

1. สนับสนุนระบบบริการผู้ป่วยนอกและกำกับติดตามข้อมูลการเบิกจ่ายและการเข้าถึงบริการกรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น (OPAE, OP anywhere, OP refer)
2. บริหารจัดการ วางแผนการดำเนินงาน และกำกับติดตามการตรวจสอบก่อนจ่ายรายวัน (On screen review : OSR)
3. สนับสนุนระบบบริการและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และวัณโรค
4. สนับสนุนและบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ บัญชียา จ.2, Methadone , ยา CL, ยาแก้พรี้า

1. สนับสนุนการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์และการใช้งานโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง
2. สนับสนุนและประสานงานปัญหาการเบิกจ่ายการติด C, deny, E-claim
1. บริหารจัดการงาน Provider coordination ในระบบ CRM ด้านปัญหาการเบิกจ่าย
2. บริหารจัดการระบบผู้ใช้งานโปรแกรม (Username password)

1. สนับสนุนระบบบริการ กำกับติดตามข้อมูลการเบิกจ่ายและการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม
2. สนับสนุนและบริหารจัดการบริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
3. ตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยรายวัน (OSR)
4. สนับสนุนระบบผู้ใช้งานโปรแกรม (Username password)

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2568 (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง) กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไป (IP)

ชี้แจงการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข
ปีงบประมาณ 2568 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น
วันที่ 28 พฤศจิกายน 2567 ผ่านระบบ Zoom online

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2568

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	181,841.1646
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	4,209.4455
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	13,506.1662
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	1,298.9243
5. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	1,490.2880
6. ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ	2,180.2280
7. ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	5,953.4210
7.1 บริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัด	530.9680
7.2 บริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรบริหารส่วนตำบลเทศบาลเมืองพัทยา และกรุงเทพมหานคร	2,522.2070
7.3 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	2,900.2460
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	522.9230
9. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	25,383.9605
รวมทั้งสิ้น	236,386.5211
ค่าแรงของหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	68,089.6344
รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วยบริการของรัฐ)	168,296.8867



ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,391.20
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,790.73
3. บริการกรณีเฉพาะ	503.92
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	9.64
5. บริการการแพทย์แผนไทย	31.90
6. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	128.69
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	3,856.08

- ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 (ประกาศ ณ วันที่ 8 ต.ค. 2567)
 - ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไป บริการ Home ward บริการ ODS, MIS เป็นต้น
- แหล่งสืบค้น : ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย => <https://law.nhso.go.th/Site/Notice.aspx> หรือประกาศต่างๆ ของ สปสช.



ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.)



ประกาศ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



เลื่อนลงมาที่หมวดกองทุนฯ

หัวข้อ	วันที่ปรับปรุง
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น พ.ศ. ๒๕๖๗ NEW	12/11/2567
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๗ NEW	11/11/2567
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๖๗ NEW	11/11/2567
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๗ NEW	11/11/2567

1. ใช้รหัสวินิจฉัยโรคตาม ICD-10 WHO ปี 2016 และ ICD-10-TM
2. ใช้รหัสหัตถการตาม ICD-9-CM WHO ปี 2015
3. หากไม่อยู่ใน รพ. เกิน 24 ชั่วโมง ถือเป็นการลากลับบ้าน (Leave day) และต้องหักลบออกจากการ Admit ครั้งนั้น
4. หน่วยบริการต้องจัดทำ Drug catalogue และบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเป็นรายการ สำหรับการเบิกจ่ายในกรณีที่ สปสช.กำหนด
5. การให้บริการผู้ป่วยนอกก่อน แล้วต่อมารับไว้เป็นผู้ป่วยใน ภายใน 24 ชม.ให้ขอรับค่าใช้จ่ายเป็นผู้ป่วยใน
6. ใช้ TDRGs Version 6.3 คำนวณจ่าย จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว
7. การจ่ายค่าใช้จ่าย จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน (sent date)
8. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย : ภายใน 31 ธันวาคม 2568
9. จัดให้มีสิทธิแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เว้นแต่ กรณีมีเหตุจำเป็นที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้
10. มีการตรวจสอบก่อนการจ่าย (Pre audit) : ผ่านระบบ On Screen Review
11. มีการตรวจสอบหลังการจ่าย (Post audit)

การส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2568



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๒-๔ อาคารรวมหน่วยงานราชการ " ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ " ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐ โทรศัพท์ ๐๒ ๕๔๑ ๔๐๐๐ โทรสาร ๐๒ ๕๔๓ ๘๗๒๐

ที่ สปสช.๖.๗๐ / ว. ๕๒๒๕

๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง การส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

เรียน ผู้อำนวยการหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกแห่ง

อ้างถึง ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗

ตาม ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ข้อ ๘.๔.๖ เพื่อให้การบริหารกองทุนดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการจ่ายค่าใช้จ่ายจากเงินกองทุนจ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ ให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขซึ่งได้ให้บริการภายในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ทั้งนี้ ในกรณีที่หน่วยบริการใดไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้หน่วยบริการนั้นไม่มีสิทธิได้รับ ค่าใช้จ่าย... รายละเอียดตามที่ยังแนบ

ในการนี้ เพื่อให้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขอแจ้งกำหนดระยะเวลาการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข โดยขอให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับข้อมูลในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ เพื่อประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการภายในเวลาที่กำหนด ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นางพรพรรณ เจริญสกุลวงศ์)

ผู้ช่วยเลขาธิการฯ ปฏิบัติงานแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่มา: หนังสือที่ สปสช 6.70/ว 5225 เรื่องการส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2568 ลงวันที่ 4 พ.ย. 2567


บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ และการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ

บริการปี 2567 และ 2568

หลักเกณฑ์ วิธีการฯ	บริการในเขตพื้นที่	บริการนอกเขตพื้นที่
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1) เป็นบริการผู้ป่วยในโดยหน่วยบริการประจำและบริการรับส่งต่อผู้ป่วยใน ภายในเขต 2) จ่ายภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget	เป็นบริการผู้ป่วยในโดยหน่วยบริการประจำและบริการรับส่งต่อผู้ป่วยใน นอกเขตพื้นที่
ผู้มีสิทธิ	ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ หรือ สิทธิ UC	ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ หรือ สิทธิ UC ยกเว้น : กรณีให้บริการสิทธิย่อยทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ถือเสมือนว่าเป็นการให้บริการภายในเขตทุกราย
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> จ่ายเบื้องต้นที่อัตราไม่เกิน 8,350 บาท/AdjRW หน่วยบริการสังกัด สป.สธ.จะคำนวณจ่ายหลังปรับค่า K หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง ประมวผลผลและแจ้งรายงานการจ่ายฯ ให้หน่วยบริการรายเดือน 	<ul style="list-style-type: none"> จ่ายที่อัตรา 9,600 บาท/AdjRW ไม่ปรับลดค่าแรง ประมวผลผลและแจ้งรายงานการจ่ายฯ ให้หน่วยบริการรายเดือน
โปรแกรม	e-Claim (หน่วยบริการสังกัด สธ. ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด)	e-Claim (หน่วยบริการสังกัด สธ. ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด)

ที่มา : ประกาศการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ.2567 ณ 28 กันยายน 2567(มีผล 1 พ.ค.67)

บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิวเพื่อนำนิวออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิว

หลักเกณฑ์ วิธีการฯ	ปี 2567	ปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแก่ผู้รับบริการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิวในระบบทางเดินปัสสาวะ	คงเดิม  Adobe Acrobat Document
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
อัตราจ่าย	- หน่วยบริการภาครัฐ เหมาจ่ายครั้งละ 6,500 บาท ต่อครั้ง จ่ายไม่เกินข้างละ 4 ครั้งต่อคนต่อปี - หน่วยบริการภาคเอกชน เหมาจ่าย 16,000 บาท ต่อการสลายนิวในไตหนึ่งข้างต่อคนต่อปี โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (Episode) หน่วยบริการจะต้องส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการสลายนิวสำเร็จเท่านั้น กรณีสลายนิวไม่สำเร็จต้องมีการให้บริการมากกว่า ๓ ครั้ง และมีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา **กรณีการรักษานิวด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิด (Open surgery) หรือผ่าตัดด้วยกล้อง (PCNL) รวมทั้งการรักษาด้วยวิธีส่องกล้อง คำนวณจ่ายด้วยระบบ DRGs ตามค่า Adj.RW เช่นเดียวกับกรณี IP Normal***	
โปรแกรม	e-Claim	

บริการกรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ)

หลักเกณฑ์ วิธีการฯ	ปี 2567	ปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการส่งต่อกรณีผู้ป่วยใน ไปยังหน่วยบริการที่เข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงสิทธิว่าง (PUC) และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ	
หน่วยบริการ	สถานพยาบาลของเอกชน หรือสถานบริการอื่น ที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง ผ่านการตรวจมาตรฐานตามเกณฑ์และมีการทำสัญญาให้บริการร่วมกับสำนักงานเขตแต่ละเขตตามเงื่อนไขที่สำนักงานกำหนด	
อัตราจ่าย	<p>1.จ่ายตามระบบ DRGs ไม่เกิน 15,000 บาท/Adj.RW</p> <p>โดยให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับสำนักงานเขตแต่ละเขต ทั้งนี้ ในบริการเดียวกันอัตราต้องไม่แตกต่างกัน</p> <p>2.จ่ายเพิ่มรายการ Inst. และค่ารถรับส่งต่อ ตามรายการและอัตราที่สำนักงานประกาศกำหนด</p>	
โปรแกรม	e-Claim	

บริการกรณีเด็กแรกเกิด

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ณ วันที่เข้ารับบริการ	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมสิทธิว่าง (PUC)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ให้บริการเด็กแรกเกิด	
อัตราจ่าย	1. เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย จ่ายในอัตรา 9,000 บาท/Adj.RW 2. เด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย <u>ที่ได้รับเหตุการณ์เพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพงตามเงื่อนไข อัตราจ่าย 12,000 บาท/Adj.RW</u> 3. เด็กแรกเกิดที่นอกเหนือจาก 1 และ 2 จ่ายอัตราภายในเขต โดยจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/Adj.RW 4. กรณีเด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง รักษาด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์(PPHN) จ่ายในอัตรา 12,000 บาท/Adj.RW	
โปรแกรม	e-Claim	

- หมายเหตุ : 1. เด็กแรกเกิดที่ป่วย หมายถึง กรณีเด็กแรกเกิดที่ป่วยและมีค่า RW มากกว่า 3 ขึ้นไป
2. เด็กแรกเกิดที่ป่วยได้รับเหตุการณ์เพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพง ตาม DRGs 14 กลุ่ม*

บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

ปี 2567		ปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ	
หน่วยบริการ	หน่วยผ่านประเมินศักยภาพให้บริการ Home Chemo (กรมการแพทย์จะแจ้งรายชื่อมายัง สปสช.)	
อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> - จ่ายแบบ ODS (จ่ายตามค่า RW) โดยไม่ Deduct DRGs และไม่ Add on ยาเคมีบำบัด - หน่วยบริการ สป.สธ. ไม่ต้องใช้ค่า K ในการคำนวณ - บริการในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/RW - บริการข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/RW (ไม่ปรับลดค่าแรง) 	
โปรแกรม	e-Claim	

ที่มา : ประกาศค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยใน พ.ศ.2567 ณ 28 ก.ย.67 (มีผล 1 พ.ค.67)

กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ODS

บริการปี 2567		บริการปี 2568	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือหัตถการ และข้อบ่งชี้ที่กำหนด แนบท้ายประกาศ (70 กลุ่มโรค) 2. เป็นการให้บริการที่มีจำนวนวันนอนตั้งแต่สองชั่วโมงแต่ไม่เกินยี่สิบสี่ชั่วโมง 3. เป็นบริการที่มีรหัสโรค (ICD-10 2010) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM2010) ตามแนบท้ายประกาศ และเฉพาะผู้รับบริการที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมี ชนิดการจำหน่าย (Discharge Type) เป็น with approval 	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งกลุ่มโรค รหัสโรค (ICD-10 WHO 2016) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2015)	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)		
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (ตามรายชื่อที่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข)		
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 5) จำนวนอัตราจ่ายตามค่า RW <ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีในเขตพื้นที่ ตามอัตราภายในเขต 8,350 บาท/RW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง 2. กรณีนอกเขตพื้นที่ อัตรา 9,600 บาท/RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง 3. กรณีบริการผ่าตัดนี้วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง (LC) ที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนได้ (กลุ่ม DRGs 07100) จำนวนอัตราจ่ายตาม RW บวกเพิ่มค่าคงที่ $K = 0.7905$ 	จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 6.3) จำนวนอัตราจ่ายตามค่า RW <ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีในเขตพื้นที่ ตามอัตราภายในเขต 8,350 บาท/RW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง 2. กรณีนอกเขตพื้นที่ อัตรา 9,600 บาท/RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง 	
โปรแกรม	e-Claim		

กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง MIS

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือหัตถการที่กำหนด และมีการให้บริการผ่าตัดผ่านกล้องตามประกาศ (23 บริการ) 2. กรณีบริการภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ ต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพตามคุณสมบัติของผู้รับบริการ ขอบ่งชี้ ในการรักษา ตามประกาศ	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (ตามรายชื่อที่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข)	
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 5) จำนวนอัตราจ่ายตาม AdjRW โดยจ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K ที่เป็นส่วนต่างของน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ตามกลุ่ม DRGs ที่กำหนดและจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตพื้นที่ ดังนี้ 1. กรณีในเขตพื้นที่ อัตรา 8,350 บาท/AdjRW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง 2. กรณีนอกเขต อัตรา 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง 3. สำหรับหน่วยบริการที่ไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามอัตราบริการผู้ป่วยในทั่วไป (ไม่จ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K)	จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 6.3) จำนวนอัตราจ่ายตาม AdjRW ของ TDRGs Version 6.3 และจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตพื้นที่ ดังนี้ 1. กรณีในเขตพื้นที่ อัตรา 8,350 บาท/AdjRW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง 2. กรณีนอกเขต อัตรา 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง
โปรแกรม	e-Claim	

การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home word)


ปี 2567

ปี 2568

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>การให้บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค หรือกลุ่มอาการ ตามข้อบ่งชี้ในแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ</p> <p>1) 7 กลุ่มโรคเรื้อรัง ตามที่กำหนด (DM ที่มีน้ำตาลในเลือดสูง Severe HT แผลกดทับและพื้นที่กดทับปอดอักเสบ ไข้ดิ่งอักเสบหลังผ่าตัด โควิด19)</p> <p>2.) ผู้ป่วยจิตเวชและการบำบัดยาเสพติดที่บ้าน (ความผิดปกติทางจิต จิตเภท ความผิดปกติทางอารมณ์)</p>	<p>อยู่ระหว่างการทบทวนประกาศ เพื่อขยายบริการใน 4 กลุ่มโรค ดังนี้</p> <p>1) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD exacerbation)</p> <p>2) ผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิตที่บ้าน (active dying patients)</p> <p>3) ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินประเภทผื่นหนาเฉพาะที่ (Psoriasis Vulgaris)</p> <p>4) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบผ่าตัดวันเดียวกลับด้วยโปรแกรมการดูแลตนเองที่บ้าน (One day surgery in breast cancer patients with home recovery program; ODS BHR program)</p>
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการภาครัฐที่สามารถให้บริการผู้ป่วยใน และผ่านเกณฑ์ประเมินศักยภาพการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันต้องผ่านการประเมินการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามมาตรฐาน กรมการแพทย์	
อัตราจ่าย	<p>1) DRGs อัตรา 8,350 บาท/AdjRW ที่ปรับค่าแล้วก่อนมีการปรับลดค่าแรง</p> <p>2) กลุ่มจิตเวชและการบำบัดยาเสพติด จ่ายตาม AdjRW โดยจ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K ที่เป็นส่วนต่างของ 4 น้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)</p>	
โปรแกรม	e-Claim ยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการ(Authen)และบันทึกกิจกรรมการดูแลที่บ้านในโปรแกรม AMED	



กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” ในหน่วยบริการภาครัฐ

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) โดยประเมินตามเกณฑ์ “การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน” ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน หรือตามดุลยพินิจของแพทย์ที่รักษา	1. ค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) จ่ายตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขกรณีผู้ป่วยในทั่วไป 2. ชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราจ่าย (Fee schedule) 3. ชะลอการจ่ายกรณีการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ภายในจังหวัด หนังสือเวียนที่ สปสช. 6.70/ว.4841 ลงวันที่ 11 ต.ค. 2567  Adobe Acrobat Document
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ เป็นไปตามรายชื่อหน่วยบริการที่สำนักงานประกาศกำหนด 2. หน่วยบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (University Hospital Network: UHosNet) และสถาบันสมทบ	
อัตราจ่าย	1. จ่ายเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉินจนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วย หรือเสียชีวิต หรือปฏิเสธการรักษา ในกรณีที่ไม่ได้รับไว้ในหอผู้ป่วย ตามรายการและอัตราค่าใช้จ่าย ตามประกาศ 2. จ่ายเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉินจนกระทั่งรับไว้ในหอผู้ป่วยอีก 24 ชั่วโมง ตามรายการและอัตราค่าใช้จ่าย ตามประกาศ 3. ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงจำหน่าย จ่ายตาม DRGs ตามประกาศ IP ทั่วไป 4. กรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถหรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน	
โปรแกรม	e-Claim	

กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimburse Schedule : ORS)

บริการปี 2567 และ 2568


<p>หลักเกณฑ์ เงื่อนไข</p>	<p>1. เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมให้กับบริการที่มีความแตกต่างระหว่าง ค่ารักษาพยาบาลกับค่าใช้จ่ายที่ได้รับมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดเฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) Version 5 โดยการกำหนดระดับเริ่มต้นของการจ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง เกินปกติ ถูกกำหนดไว้ 2 แบบคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบคงที่ (Fixed outlier loss threshold: FOLT) กรณีที่ความสูญเสีย (Loss) มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000,000 บาท 2) ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบแปรผัน (Variable outlier loss threshold = VOLT) คำนวณจาก 20 เท่าของจำนวนเงินค่าใช้จ่ายต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว กำหนดไม่เกิน 1,000,000 บาท หรือร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายในส่วนระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) รวมทั้งปี โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยในของปีงบประมาณก่อนหน้า หรือในรอบปีก่อนหน้า
<p>ผู้มีสิทธิ</p>	<p>สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>
<p>หน่วยบริการ</p>	<p>หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยใน</p>
<p>อัตราจ่าย</p>	<p>จ่ายเพิ่มเติมจากงบค่าบริการผู้ป่วยใน โดยคำนวณเพื่อจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ค่า Reimburse Ratio ของแต่ละหน่วยบริการคูณกับความสูญเสีย หลังการตรวจสอบ (Loss) ในส่วนที่เกินกว่ากึ่งหนึ่งของระดับเริ่มต้นของความสูญเสีย โดย Reimburse ratio คือ ค่าที่คำนวณได้จากการเอา base rate ผู้ป่วยในที่จ่ายในปีงบประมาณนั้นหารด้วยค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการ เรียกเก็บต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว 2) สูตรคำนวณ = Reimburse ratio × [Loss – (0.5×OLT)] กำหนดเพดาน Reimburse Ratio ไว้ไม่เกิน 0.8
<p>โปรแกรม</p>	<p>e-Claim</p>




Adobe Acrobat Document

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2568 (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)
บริการกรณีเฉพาะ (Central Reimbursement) และบริการโรคเฉพาะ

บริการนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ (ER คุณภาพ)

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง และกรณีที่มีเหตุสมควร นอกเวลาราชการ โดยมีการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และแยกการให้บริการผู้ป่วยไม่รุนแรงและกรณีที่มีเหตุสมควรออกจากห้องฉุกเฉิน	<p>คงเดิม</p>  <p>ประกาศรายชื่อ ER คุณภาพ 2567</p>
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การประเมินศักยภาพหน่วยบริการ สำหรับการ จัดบริการในห้องบริการแยกจากห้องฉุกเฉิน สำหรับบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีที่มีเหตุสมควร และกรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	
อัตราจ่าย	จ่ายในอัตรา 150 บาท/visit ในทุกหน่วยบริการ (รวมทั้งบริการในหน่วยบริการประจำ)	
โปรแกรม	e-Claim	

คำพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1. การส่งต่อผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดหรือกรณีเป็นผู้ป่วยนอก (สิทธิว่าง) 2. ผู้ป่วยมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร ในการส่งต่อหรือรับกลับผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการ โดยครอบคลุมถึงการจัดระบบรับส่งผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาต่อเนื่องในหน่วยบริการ 3. การรับส่งต่อหรือรับกลับเพื่อมารับการรักษาต่อเนื่อง ในบริการประเภทผู้ป่วยใน ไม่นับรวมการส่งไปตรวจวินิจฉัยหรือทำหัตถการระหว่างการนอนรักษา เป็นผู้ป่วยใน 4. ผู้รับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พ้นภาวะวิกฤติหรือเกินศักยภาพของ สถานบริการอื่น ใช้พาหนะจาก สถานบริการอื่น มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในต่อเนื่องในหน่วยบริการ 5. การใช้เฮลิคอปเตอร์ หน่วยบริการ ต้องประสานงานเพื่อ ขออนุมัติจาก สปสช. โดยเป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติเร่งด่วนหรือเกินศักยภาพจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น ไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพ ไม่รวมกรณีที่เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติในขณะที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าอาการของผู้ป่วย ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ 	<p>คงเดิม</p>  <p>คำพาหนะส่งต่อ</p>
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	19
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. รถตามระยะทางกรมทางหลวงเริ่มต้น 50 กม.แรก 500 บาท + ระยะทางไปกลับ กิโลเมตรละ 4 บาท 2. เรือตามชนิดของเรือ, เฮลิคอปเตอร์ตามขนาดเครื่องยนต์ 	
โปรแกรม	e-Claim	

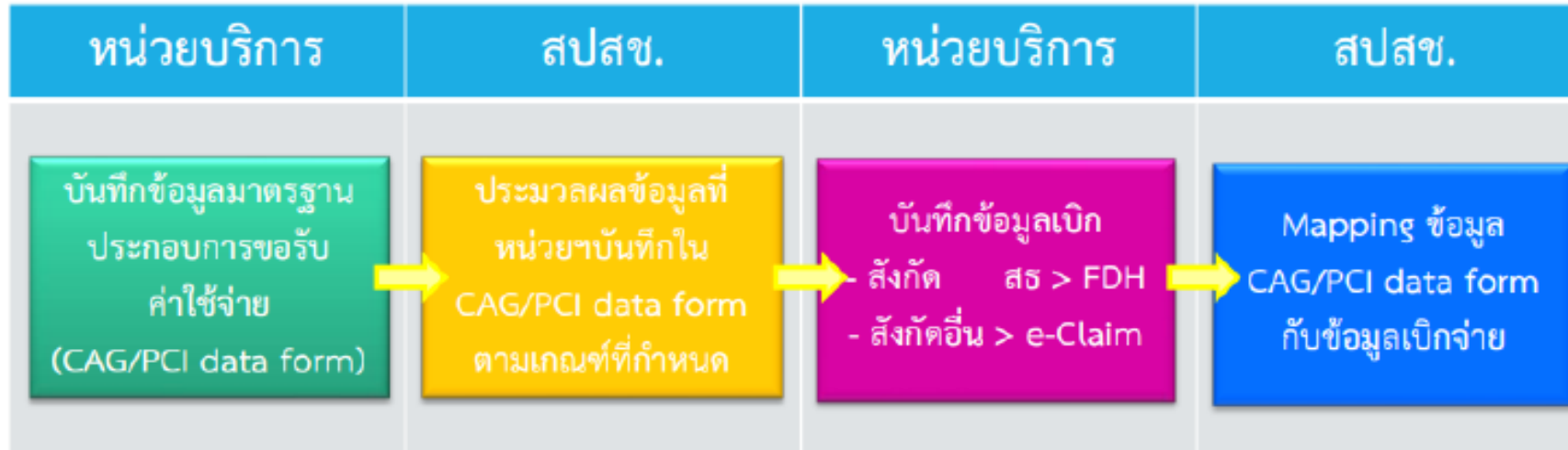
บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (PCI)

หลักเกณฑ์ วิธีการฯ	ปีงบประมาณ 2567	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>1) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ที่มีข้อบ่งชี้ตามที่กำหนดในแนวทางการวินิจฉัยและการรักษา (เอกสารแนบท้าย ประกาศจ่ายฯ ตามที่มา (1))</p> <p>2) หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการทำหัตถการวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี (CAG/PCI data form)</p>	คงเดิม (จนกว่าจะมีประกาศฯเปลี่ยนแปลง)
ผู้มีสิทธิ	ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ หรือ สิทธิ UC	
หน่วยบริการ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด ▪ กรณีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้านให้บริการผู้ป่วยได้ โดยขอทำความตกลงกับสำนักงาน เป็นรายกรณี ▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน PCI ระดับ 1 เขต 7 ขอนแก่น จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ รพ.ขอนแก่น รพ.ร้อยเอ็ด รพ.ศรีนครินทร์ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ รพ.กรุงเทพขอนแก่น 	
อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> ▪ จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป ▪ On top ค่าอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานฯ กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค ตามที่มา (2) 	
โปรแกรม	e-Claim (หน่วยบริการสังกัด สธ. ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด)	

ที่มา : 1) ประกาศ สปสช. เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายฯ กรณีการให้บริการ Instrument สำหรับรักษาโรคอื่นๆ พ.ศ.2567 (ฉบับที่ 3) ลงนาม 20 มิ.ย.67 มีผล 1 ก.ค.67 เป็นต้นมา

2) ประกาศ สปสช. เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายฯ กรณีการให้บริการ Instrument ในการบำบัดโรค พ.ศ.2566 (ฉบับที่ 2) ลงนาม 5 ก.ย.66 มีผล 1 ก.ค.66 เป็นต้นมา

วิธีการเบิกจ่าย



- 1 บันทึกข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายฯ (CAG/PCI data form) ให้ครบถ้วน
- 2 บันทึกข้อมูลเบิกตามช่องทางที่กำหนด กรณีไม่พบข้อมูลบันทึก CAG/PCI data form ➡ **DENY**

บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (PCI)

สถานะข้อมูลหลังการส่งเบิกชดเชย



การประมวล	สถานะข้อมูล	การจ่ายชดเชย	แนวทางการแก้ไข
พบ การลงข้อมูลใน CAG Data Form และผ่านการตรวจสอบตามเงื่อนไข	ผ่านการตรวจสอบ (ผ่าน A)	จ่ายชดเชยตามเงื่อนไข	
พบ การลงข้อมูลใน CAG Data Form แต่ไม่ผ่าน การตรวจสอบตามเงื่อนไข	ผ่านการตรวจสอบ (ผ่าน A) ยอดจ่ายชดเชย 0 บาท VA = V993	ยังไม่จ่ายชดเชย	แนบเอกสารผ่านระบบ PPFS - ผ่านการตรวจสอบ สปสช. Appeal NHSO จ่ายชดเชย
ไม่พบ การลงข้อมูลใน CAG Data Form	ไม่ผ่านการตรวจสอบ (DENY) DENY = G47	ยังไม่จ่ายชดเชย	ลงข้อมูลใน CAG Data Form และ ส่งเบิกชดเชยใหม่อีกครั้ง

V993 : กรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG) ข้อมูล CAG Data Form ไม่ผ่านการตรวจสอบตามเงื่อนไข

G47 : กรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG) ไม่พบข้อมูล CAG Data Form

บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (PCI)

สถานะข้อมูลหลังการส่งเบิกชดเชย

รหัส	ความหมาย	การตรวจสอบ	แนวทางแก้ไข
G47	กรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG) ไม่พบข้อมูล CAG Data Form	กรณี G47 อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ดังนี้ 1. บันทึก data form กด save ร่าง แต่ไม่ได้กดส่งมาที่ สปสช. 2. บันทึก data form และกดส่งมาที่ สปสช. หลังการส่งข้อมูลเคลม (การประมวลผล e-claim เป็นแบบ daily process) 3. บันทึก data form และกดส่งมาที่ สปสช. เรียบร้อย แต่ข้อมูล admission date ไม่ตรง กับวันที่เข้ารับบริการ ใน e-claim (date admit) 4. บันทึกเบิกใน e-claim มีรหัส PCI แต่บันทึก data form ไม่พบการบันทึก Part II PCI	1. กรณีที่ 1, 2 ให้หน่วยบริการส่งข้อมูล data form ให้เรียบร้อย แล้วส่งข้อมูลเคลมเข้ามาใหม่ 2. กรณีที่ 3, 4 ให้หน่วยบริการส่งเอกสารอุทธรณ์เข้ามาที่ สปสช. เพื่อยืนยันการให้บริการ โดยเอกสารที่ต้องส่งให้ดูจากแนบท้ายประกาศ
V993	กรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG) ข้อมูล CAG Data Form ไม่ผ่าน การตรวจสอบตามเงื่อนไข	การบันทึก CAG Data Form แต่ข้อมูลที่ไม่ผ่านเงื่อนไขการตรวจสอบ (Verify data) และถูกชะลอการจ่ายเพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ	แนบเอกสารเพื่อยืนยันการให้บริการผ่านระบบ PPFS >> URL https://ppfs.nhso.go.th/ppaudit/ ตามแนวทาง   Adobe Acrobat Document

บริการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

หลักเกณฑ์ วิธีการฯ	ปีงบประมาณ 2567	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>1) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามข้อบ่งชี้ และไม่มีลักษณะต้องห้ามตามเอกสารหมายเลข 1 (รายละเอียดตามที่มา 1)</p> <p>2) การให้บริการกรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 55 ปี ที่วินิจฉัยเป็นข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิหรือข้อเข่าเสื่อมไม่ทราบสาเหตุ ให้ดำเนินการขออนุมัติ (PA) ก่อนการผ่าตัด ตามเอกสารหมายเลข 3 (รายละเอียดตามที่มา 1)</p> <p>3) หน่วยบริการที่เบิกอุปกรณ์ข้อเข่าเทียม ประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ (Hinge total knee prosthesis) ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision total knee arthroplasty) จะต้องขออนุมัติ (PA) ก่อนให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (รายละเอียดตามที่มา 2)</p>	คงเดิม (จนกว่าจะมีประกาศเปลี่ยนแปลง)
ผู้มีสิทธิ	ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ หรือ สิทธิ UC	
หน่วยบริการ	<ul style="list-style-type: none"> เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม ตามเอกสารหมายเลข 2 (รายละเอียดตามที่มา 1) ต้องมีการบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ (CPP) หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในเขต 7 ขอนแก่น จำนวน 15 แห่ง 	
อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป On top ค่าอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานฯ กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค รายละเอียดตามที่มา 2) 	
โปรแกรม	e-Claim (หน่วยบริการสังกัด สธ. ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด)	

ที่มา :1) ประกาศ สปสช. เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายฯ กรณีบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม พ.ศ.2565 (ฉบับที่ 3) ลงนาม 2 ส.ค.65 มีผล ปีงบประมาณ 65 เป็นต้นมา

2) ประกาศ สปสช. เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายฯ กรณีการให้บริการ Instrument ในการบำบัดโรค พ.ศ.2566 ลงนาม 10 มี.ค.66 มีผล 1 ต.ค.65 เป็นต้นมา

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายฯ กรณีการจัดหากระจกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

หลักเกณฑ์ วิธีการฯ	ปีงบประมาณ 2567	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการโรคกระจกตา ที่ได้รับการบริจาคดวงตาเพื่อใช้ ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา 2) ต้องมีการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (กรณีบริการผู้ป่วยนอก) 	คงเดิม (จนกว่าจะมีประกาศเปลี่ยนแปลง)
ผู้มีสิทธิ	ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ หรือ สิทธิ UC	
หน่วยบริการ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ หน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตาร่วมกับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย ▪ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในเขต 7 ขอนแก่น จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ รพ.ขอนแก่น รพ.มหาสารคาม รพ.ร้อยเอ็ด รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รพ.สุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 	
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1) ค่าจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ในอัตราดวงตาละ 15,000 บาท 2) ค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นในสำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) สำหรับผู้ป่วยโรคกระจกตาพิการ ในอัตราดวงตาละ 13,000 บาท 3) ค่าบริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป 	
โปรแกรม	e-Claim (หน่วยบริการสังกัด สธ. ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด)	

ที่มา : ประกาศ สปสช. เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายฯ กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินฯ พ.ศ.2566 ประกาศ ณ 29 มี. ค.66

บริการรักษาผ่าตัดต่อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

บริการปี 2567 และ 2568

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต่อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม โดยมีข้อบ่งชี้ตามมาตราฐานของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการรักษาผ่าตัดต่อกระจก และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ ที่ Url : http://cpp.nhso.go.th/ CPP/
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> กรณีผ่าตัดปกติ ในผู้รับบริการที่มีระดับสายตาแย่กว่า 20/200 จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 7,000 บาท/การผ่าตัด 1 ข้าง กรณีมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและมีการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนนั้น จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 9,000 บาท/การผ่าตัด 1 ข้าง กรณีผ่าตัดผู้รับบริการที่มีระดับสายตา 20/200 ถึง 20/100 ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ต้องรับการผ่าตัด หรือมีความจำเป็น จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 5,000 บาท/การผ่าตัด 1 ข้าง จ่ายเพิ่มค่าอุปกรณ์ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> ค่าบริการเลนส์แก้วตาเทียม ในอัตราดังนี้ <div style="text-align: right;">26</div> <ol style="list-style-type: none"> เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพับได้ เหมาจ่ายในอัตราอันละ 2,800 บาท เลนส์แก้วตาเทียมชนิดแข็งพับไม่ได้ เหมาจ่ายในอัตราอันละ 700 บาท ค่าอุปกรณ์อื่นๆ เป็นไปตามประกาศกรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
โปรแกรม	e-Claim

หลักเกณฑ์ วิธีการฯ	ปีงบประมาณ 2567	สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>1) การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ สำหรับผู้รับบริการกรณีหัวใจวายอย่างรุนแรงและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น มีสุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด และได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ</p> <p>2) การปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ สำหรับผู้รับบริการที่มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ในวันที่รับการผ่าตัด มีสุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด และได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ</p> <p>3) การปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย สำหรับผู้รับบริการอายุมากกว่า 18 – 60 ปี ในวันที่ลงทะเบียนฯ และมีอายุไม่เกิน 65 ปี ในวันที่ผ่าตัด</p> <p>4) การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (HSCT) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต</p>	คงเดิม (จนกว่าจะมีประกาศเปลี่ยนแปลง)
ผู้มีสิทธิ	ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ หรือ สิทธิ UC	
หน่วยบริการ	<ul style="list-style-type: none"> เป็นหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต 	
อัตราจ่าย	<ul style="list-style-type: none"> จ่ายตามรายการตามประกาศฯ 	
โปรแกรม	e-Claim (หน่วยบริการสังกัด สธ. ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด)	

ที่มา : ประกาศ สปสช. เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายฯ กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินฯ พ.ศ.2566 ประกาศ ณ 29 มี.ค.66

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track)

บริการปี 2567 และ 2568

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่ได้รับ ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA และได้รับการ ตรวจ CT Brain ก่อนและหลัง การฉีดยาละลายลิ่มเลือด หรือ มีการทำกายภาพบำบัด หรือฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน
อัตราจ่าย	ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา เหมาจ่าย(ค่าฉีดยา/CT/PT) รายละเอียด 49,000 บาท/ครั้ง
โปรแกรม	e-Claim

การให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevated (STEMI)

บริการปี 2567 และ 2568

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และ rt-PA ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST	
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยาเหมาจ่าย 2. ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยาเหมาจ่าย 3. ค่ายา Tenecteplase (TNK-TPA) 22,660 บาท/vial 	<p>10,000 บาท/ครั้ง</p> <p>29 49,000 บาท/ครั้ง</p>
โปรแกรม	e-Claim	

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยง
ด้านการเงินของหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๖๖



ประกาศ HSCT

บริการตามประกาศนี้

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

รายละเอียดบริการ HSCT อยู่ในประกาศเอกสารหมายเลข ๓.๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (ในกลุ่มโรคธาลัสซีเมีย : 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	500,000 บาท
1.1 Autologous :โรค Multiple myeloma (MM)	- 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)

หน่วยบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในระบบ UC จำแนกตามศักยภาพ

ลำดับ	หน่วยบริการที่รักษา	เด็ก			ผู้ใหญ่		
		Autologous	Allogeneic		Autologous	Allogeneic	
			MRD	MUD		MRD	MUD
1	รพ.จุฬาลงกรณ์	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	รพ.รามธิบดี	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	รพ.ศิริราช	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	รพ.พระมงกุฎเกล้า	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	รพ.มหาสารคาม เชียงใหม่	✓			✓	✓	
6	รพ.สงขลานครินทร์	✓	✓		✓		
7	รพ.ม.นเรศวร ปังบ 60				✓		
8	รพ.ศรีนครินทร์ ปังบ 61	✓			✓		
9	รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ปังบ 62	✓			✓		
10	รพ.หาดใหญ่ ปังบ 62				✓		
11	รพ.ขอนแก่น ปังบ 63				✓		
12	รพ.ชลบุรี ปี 67				✓		

การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยฮีโมฟีเลียและโรคเลือดออกง่ายวอนวิลลิแบรนต์ ชนิดรุนแรงมาก 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
5. อัตราการจ่าย  Adobe Acrobat Document	จ่ายชดเชยค่ายาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาโรคฮีโมฟีเลีย 1. กรณี Follow up <ul style="list-style-type: none"> • ค่าแฟคเตอร์ 250 IU ราคา 2,460 บาท • ค่าแฟคเตอร์ 500 IU ราคา 4,920 บาท 2. กรณี Emergency <ul style="list-style-type: none"> • OPD จ่ายตามจริงไม่เกิน 150,000 บาท/visit • IPD จ่ายตามจริงไม่เกิน 300,000 บาท/visit

ที่มา :ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ.2567

การดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	<p>1. เป็นผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>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</p> <p>(1) กลุ่มอายุ 6 เดือน – 6 ปี</p> <p>(2) กลุ่มอายุ 6 ปีขึ้นไป</p>
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. การบันทึกข้อมูล	ระบบบูรณาการการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal)

ที่มา: ประกาศการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบโรคเฉพาะ พ.ศ. 2566 เอกสารหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศ

สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

1. จ่ายชดเชยรายเดือน ค่ายาขับเหล็กชนิดรับประทาน ยา Deferaxirox อัตราเม็ดละ 30 บาทเบิกจ่ายได้ ครั้งละ ไม่เกิน 90 วัน

2 จ่ายตามรายการบริการ และอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและยา ดังนี้

2.1 Hematocrit (HCT) ก่อนการให้เลือด

2.2 Serum ferritin

2.3 ยาขับเหล็กชนิดฉีด ได้แก่ ยา Deferoxamine (Desferal)

2.4 ยาขับเหล็กชนิดรับประทาน ได้แก่ ยา Deferiprone (L1 และ DFP)

2.5 การให้เลือดทุกชนิด

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

เครือข่ายหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

- 1) รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
- 2) รพ.ศิริราช
- 3) รพ.รามาธิบดี
- 4) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- 5) รพ.พระมงกุฎเกล้า
- 6) รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
- 7) รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชยบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)

รายการ	ประเภทผู้ป่วย RD	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> • TMS : Comprehensive metabolic test • Plasma Amino acid analysis • GC/MS : Urine organic acid 	กลุ่ม A/กลุ่ม B	3,500 /รายการ	
ค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายากในปีแรก	<ul style="list-style-type: none"> • กลุ่ม A • กลุ่ม B 	<ul style="list-style-type: none"> • 300,000 • 50,000 	<ul style="list-style-type: none"> • งวดที่ 1 ร้อยละ 50 เมื่อมีการลงทะเบียนในโปรแกรมระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามที่ สปสช.กำหนด • งวดที่ 2 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด หลังจากวันลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคหายาก 90 วัน
ค่ารักษาพยาบาลหรือการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายเดิม	<ul style="list-style-type: none"> • กลุ่ม A • กลุ่ม B 	<ul style="list-style-type: none"> • 200,000 • 33,000 	<ul style="list-style-type: none"> • งวดที่ 1 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วย • งวดที่ 2 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วย หลังจากเบิกงวดที่ 1 ไม่น้อยกว่า 90 วัน
ค่าพาหนะส่งต่อและส่งกลับ	กลุ่ม A/กลุ่ม B	การส่งต่อไปยังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก และการส่งกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น หรือชุมชน ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ทั้งนี้ กรณีการส่งกลับไปยังชุมชน จ่ายค่าใช้จ่ายเฉพาะส่งกลับจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากเท่านั้น โดยมีอัตราจ่ายเช่นเดียวกับอัตราจ่ายในระบบปกติ	

บริการโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

บริการปี 2567 และ 2568 (มีผลกับบริการตั้งแต่ 20 มี.ค. 2567)

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none">1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยนอก2. ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก กลุ่มเป้าหมาย ขอบ่งชี้ในการตรวจวินิจฉัยและรักษา ตามแนบท้ายประกาศ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการผ่านการรับรองการเป็นศูนย์ตรวจการนอนหลับจากสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด (ปัจจุบันมี 9 แห่ง)
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none">1. จ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา แบบเหมาจ่ายรวมการส่งตรวจ ค่าห้อง ค่าอาหาร และการวินิจฉัย ได้แก่<ul style="list-style-type: none">- แบบวินิจฉัยตลอดคืน (Full-night PSG) type 1 อัตรา 7,000 บาท/ครั้ง- แบบวินิจฉัยตลอดคืน (Full-night PSG) type 2 อัตรา 6,000 บาท/ครั้ง 39- แบบแยกตรวจครึ่งคืน (Split-night PSG) อัตรา 7,000 บาท/ครั้ง- แบบปรับแรงดันอากาศบวก (Positive Airway Pressure Titration) อัตรา 7,000 บาท/ครั้ง2. จ่าย Add on ค่าอุปกรณ์ในการรักษาตามประกาศ
โปรแกรม	e-Claim

รายชื่อหน่วยบริการผ่านการรับรองการเป็นศูนย์ตรวจการนอนหลับ

ลำดับ	ชื่อหน่วยบริการ
1.	โรงพยาบาลศูนย์สมุทรสาคร
2.	โรงพยาบาลราชวิถี
3.	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
4.	สถาบันโรคทรวงอก
5.	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย
6.	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
7.	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
8.	โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
9.	โรงพยาบาลศิริราช

การใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี และมีข้อบ่งชี้ในการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม - ต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม 	คงเดิม อยู่ระหว่างทบทวนประกาศ เรื่องอายุผู้รับบริการ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม โดยการรับรองจากราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย หรือกระทรวงสาธารณสุข	
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าผ่าตัด จ่ายตาม DRGs ตามประกาศกรณีผู้ป่วยในทั่วไป 2. จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์ ตามประกาศอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค 3. ค่าบริการฟื้นฟูการได้ยินและการฝึกพูด โดยผู้ป่วยต้องลงทะเบียนคนพิการ จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่มีศักยภาพตามผลงานการให้บริการ ไม่เกิน 4 ครั้งต่อเดือน จากงบค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์⁴¹ มีเงื่อนไขและอัตราการจ่าย ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 ค่าบริการฟื้นฟูการได้ยิน 150 บาท/ครั้ง 3.2 ค่าบริการแก้ไขการพูด 150 บาท/ครั้ง 	
โปรแกรม	<ol style="list-style-type: none"> 1. เบิกค่าใช้จ่าย e-Claim 2. จ่ายอุปกรณ์รากฟันเทียมผ่านระบบ VMI 	

บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม

บริการปี 2567		บริการปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่สูญเสียฟันทั้งหมดของขากรรไกรบนและหรือขากรรไกรล่าง ซึ่งทันตแพทย์พิจารณาแล้วพบว่ามีอาการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรเป็นอย่างมากจนไม่สามารถใส่ฟันเทียมตามวิธีการปกติได้ ตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการรักษาทางทันตกรรมรากฟันเทียมของกระทรวงสาธารณสุข	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการรากฟันเทียม	
อัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> รายการรากฟันเทียม สนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 17,500 บาท/ราย ค่าติดตามการรักษา จ่ายเป็นระยะเวลา 5 ปี ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> ปีที่ 1 (ปีที่ผ่าตัด) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 700 บาท ปีที่ 2 ถึงปีที่ 5 จ่ายตามจำนวนครั้งบริการอัตรา 700 บาท/ครั้ง จำนวนไม่เกิน 4 ครั้ง/ปี 	
โปรแกรม	<ol style="list-style-type: none"> เบิกค่าใช้จ่าย e-Claim จ่ายอุปกรณ์รากฟันเทียมผ่านระบบ VMI 	

อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

บริการปี 2567 และ 2568

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค แก่ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการและใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค 2. รายการอุปกรณ์ผู้พิการ จ่ายในผู้พิการ ที่มีสิทธิย่อย ท.74
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	จ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบ Point system with Global budget หรือสนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ⁴³ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามที่กำหนดในประกาศ
โปรแกรม	e-Claim

การอุทธรณ์ข้อมูลที่ติด C หรือ Deny ที่เกี่ยวข้องกับการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา

ข้อมูลที่ติด C825 หรือ Deny I04 ที่เกี่ยวข้องกับการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา

การยื่นอุทธรณ์ขอให้แนบเอกสาร ดังนี้

- เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีบันทึกเกี่ยวข้องกับการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา ได้แก่ ใบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ที่มีบันทึกการใช้อุปกรณ์, บันทึกการสั่งใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา
- หลักฐานการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว ได้แก่ sticker ของอุปกรณ์ที่ใช้ (ถ้าอุปกรณ์นั้นมี sticker)
- กรณีอุปกรณ์นั้นไม่มี sticker ต้องระบุรายละเอียดของอุปกรณ์และจำนวนที่ใช้ลงในใบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ให้ครบถ้วน
- กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาภายนอกร่างกาย เช่น ฟันเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดิน ต้องมีหลักฐานการส่งจ่าย และหลักฐานการลงนามรับอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ของผู้ป่วยหรือญาติ
- แนบภาพถ่าย Film x-ray ส่วนที่มีรายละเอียดการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา(ถ้ามี)

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2568 (สิ่งที่เปลี่ยนแปลง)
กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ทั้ง OP IP และ OPCA anywhere

ประกาศใช้ปีงบประมาณ 2567



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอโมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง กรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๖



1. ประกาศการจ่ายCAanywhere 2566.pdf

ประกาศใช้ปีงบประมาณ 2568 (เริ่มใช้ 1 ม.ค. 68 เป็นต้นไป)



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอโมน หรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอโมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Download ประกาศ : <https://law.nhso.go.th/files/forms/MzEw/40f47af4-5d4c-4730-bc67-d60aad1e05a4-133752520622342870.pdf>

หลักเกณฑ์ วิธีการฯ	บริการปี 2567	ปี 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2568)
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	<p>เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง รวมถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง และหรือการตรวจหาระยะของโรคมะเร็ง ตามมาตรฐานของโรคมะเร็งแต่ละชนิด 2. ผู้ได้รับการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัด หรือ ฮอร์โมน หรือ รังสีรักษา 3 การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมทั้งโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง 4. การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา ภายหลังการรักษาโรคมะเร็ง และโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง 5 ผู้ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยารักษามะเร็ง ยาบัญญัติ จ.2 <p>3 รายการ Trastuzumab, Imatinib, Erlotinib</p>	<p>การให้เคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือ รังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร</p> <p><u>**เฉพาะการรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา**</u></p>

การให้เคมีบำบัด ฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้ง OP IP และ OPCA anywhere



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ วิธีการฯ	บริการปี 2567	ปี 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2568)
แนวทางการ รักษา	1) คู่มือการรักษาโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ 2561 2) คู่มือการรักษาโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาในผู้ใหญ่พ.ศ.2561 3) คู่มือการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ.2561	1) มะเร็งในเด็ก อายุ<15 ปี 1.1 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งเด็ก พ.ศ 2566 1.2 แนวทางการขอรับค่าบริการสาธารณสุขโรคมะเร็งเด็ก พ.ศ.2566 2) ผู้ป่วยโรคมะเร็งอายุ 15-18 ปี 2.1 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งเด็ก พ.ศ 2566 2.2 แนวทางการขอรับค่าบริการสาธารณสุขโรคมะเร็งเด็ก พ.ศ.2566 2.3 แนวทางการขอรับค่าบริการสาธารณสุขโรคมะเร็งผู้ใหญ่ พ.ศ.2566 3) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง อายุมากกว่า 18 ปี 3.1 แนวทางการขอรับค่าบริการสาธารณสุขโรคมะเร็งผู้ใหญ่ พ.ศ.2566
การบันทึก ข้อมูลการ เบิกจ่ายใน โปรแกรม	OP : บันทึกเบิกเป็นกรณี Cancer Anywhere Project code: CANCER มะเร็งรับบริการได้ทุกที่ที่พร้อม IP : E- claim	- ยกเลิก Project code: CANCER มะเร็งรับบริการได้ทุกที่ที่พร้อม - ตรวจสอบจากรหัส ICD10/ICD9 รายการยาเคมีบำบัด และหรือรายการรังสีรักษาตามรายการ FS ที่ประกาศ - ตรวจสอบรหัสรังสีรักษาตามรหัส FS แทนรหัส RTX เดิม OP และ IP : บันทึกข้อมูลผ่าน E-claim หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่กำหนด

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีรักษาโรคมะเร็ง

ปี 2568

ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ UC/สิทธิว่าง (PUC) และผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ดังนี้ <ul style="list-style-type: none">■ หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการรักษาโรคมะเร็งด้านเคมีบำบัด/ฮอร์โมน■ หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา
เงื่อนไขการจ่าย	<ul style="list-style-type: none">■ กำหนดให้มีการ Authentication มีการยืนยันการให้บริการหรือปิดสิทธิกรณีประเภทผู้ป่วยนอก (OP)■ มีระบบการตรวจสอบก่อนจ่าย (Pre-audit)■ มีระบบการตรวจสอบหลังจ่าย (Post-audit)

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็งที่เปลี่ยนแปลง

ประเภท	ชนิดมะเร็ง	การรักษา	การจ่ายชดเชยปี 2566-67	การจ่ายชดเชยตั้งแต่ 1 ม.ค. 68 เป็นต้นไป
ผู้ป่วยนอก (OP)	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด (P: Protocol)	จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา ตามเอกสารแนบท้ายประกาศฯ รวมค่าผสมยาเคมีบำบัดในอัตราไม่เกิน 160 บาท/วัน	เหมือนเดิม **ปรับรายการบันทึกเบิกเป็นรายการ FS ตามประกาศฯ
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด (N: Non Protocol)	จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ รวมค่าผสมยาเคมี 160 บาท/วัน ตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 2,300 บาท	จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกิน 2,300 บาท จ่ายเพิ่มรายการรังสีรักษาตามรายการ FS ที่ประกาศ
	มะเร็งทั่วไป (G: General)		จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ รวมค่าผสมยาเคมี 160 บาท/วัน ตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 4,000 บาท	จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 4,000 บาท และจ่ายเพิ่มรายการรังสีรักษาตามรายการและอัตรา FS ที่ประกาศ
	การรักษาอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง		จ่ายตามรายการ fee schedule ตามอัตราที่ประกาศให้ทุกหน่วยบริการที่มีศักยภาพตามที่กำหนด	1. กรณีบริการในจังหวัด เป็นไปตามข้อตกลงในจังหวัด 2. กรณีข้ามจังหวัด จ่ายตามรายการและอัตรา FS ที่ประกาศ (ขึ้นกับประเภทบริการ OP Anywhere หรือ OP AE หรือ OP Refer)

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็งที่เปลี่ยนแปลง

ประเภท	ชนิดมะเร็ง	การรักษา	การจ่ายชดเชยปี 2566-67	การจ่ายชดเชยตั้งแต่ 1 ม.ค. 68 เป็นต้นไป
ผู้ป่วยใน (IP)	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด (P: Protocol)	จ่าย Deduct DRGs (CCUF) และจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัดตามราคาที่ใช้ประกาศ กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs	เหมือนเดิม **บันทึกการยาหรือรังสีตามรายการ FS
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด (N: Non Protocol)	จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs	เหมือนเดิม
	มะเร็งทั่วไป (G: General) No Protocol	จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs	เหมือนเดิม	

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อประกอบการสั่งจ่ายยาบัญชี จ (2) ตามประกาศกรณีการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ 2567 ลว.13 กค 2567 <https://law.nhso.go.th/files/forms/MzEw/0abd3efa-5c3e-425a-a4c8-50fcd015a5de-133676629314965930.pdf>



Adobe Acrobat
Document

ลำดับ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	เงื่อนไข	อัตราจ่าย
1	Fluorescence In Situ Hybridization (FISH) หรือ (DISH test) หรือ (DISH : Dual – Color in situ hybridization)	รักษามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น (ICD10=C50*) กรณีสั่งจ่าย trastuzumab หรือยา Ribociclib	จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน 10,000 บาท ต่อเต้านม 1 เต้า (ตามประกาศกรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ 2567)
2	การตรวจยีน Gene mutation	รักษามะเร็ง Chronic myeloid leukemia (CML) (ICD10=C92) กรณีสั่งจ่าย imatinib, Dasatinib, Nilotinib	จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน 8,000 บาท ต่อปีต่อราย
3	กรณีตรวจวินิจฉัย EGFR mutation	ผู้ป่วยมะเร็งปอด (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย(ICD10=C34) กรณีการสั่งจ่าย erlotinib	ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ


หลักเกณฑ์ เงื่อนไข การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

ใช้ประกาศ พ.ศ. 2567 ไปพลางก่อน

**ปี 2568 อยู่ระหว่างดำเนินการปรับปรุงประกาศ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
พ.ศ. ๒๕๖๗

 ประกาศไตวายเรื้อรัง 2567.pdf

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย
ไตวายเรื้อรังสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ประกาศ ณ วันที่ ๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease; ESRD)

ประกอบด้วย

1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (PD)
 - 1.1 การล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง(CAPD)
 - 1.2 การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)
2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (HD)
3. การปลูกถ่ายไต (Kidney transplant; KT)

บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis ; PD) ปี 2567

- การล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; CAPD)
- การล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis; APD)

ขอบเขตบริการ เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการบริการ

หมวด ๑

การล้างไตผ่านทางช่องท้อง

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ซึ่งเป็นบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๗.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบการรักษาบำบัดทดแทนไต ซึ่งได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต

๗.๒ ให้มีการคัดกรองลักษณะผู้ป่วยที่ควรได้รับการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโรคไตเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

๗.๒.๑ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปี

๗.๒.๒ มีสิ่งตรวจพบซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร อย่างน้อย ๒ ใน ๔ ข้อ ต่อไปนี้

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

(๒) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน

(๓) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า ๔๐

(๔) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัม น้อยกว่า ๒.๕ ก./ดล.) ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้

๗.๓ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่สามารถจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis ; PD) ปี 2567

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

1. ค่าบริการวางสาย Tenckhoffcatheter เพื่อการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

- **กรณีมีศักยภาพบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน** (One Day Surgery; ODS) จ่ายตามระบบวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups; DRGs) จำนวนจ่ายตามค่า RW จากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต (ICD-10: N18.5 Chronic Kidney Disease, Stage 5/ICD-9: 54.93 Creation of Cutaneoperitonealfistula)
- **กรณีหน่วยบริการไม่มีศักยภาพ** ODS ให้บริการและรักษาแบบผู้ป่วยใน (IP) จ่ายตามระบบ DRGs จำนวนจ่ายตามค่า RW จากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต (DRGs with Global Budget)
- **บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านระบบ e-Claim**

2. การสนับสนุนน้ำยาล้างไตและอุปกรณ์ (หน่วยบริการเลือกได้ปีละ 1 ครั้ง)

2.1 ทางเลือกที่ 1 การสนับสนุนน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ผ่านระบบ VMI (จ่ายชดเชยเป็นของ)

การล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD)	การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการเบิกเครื่อง APD และน้ำยาล้างไต (APD solution) ผ่านระบบ DMIS-CKD ภายใต้หัวข้อแสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการ UC-APD
1. น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 4 ถุงต่อวัน	1. น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ จำนวน 2 ถุงต่อวัน	
2. จุกปิดกันเชื้อ	2. จุกปิดกันเชื้อ	
3. สายล้างไตทางช่องท้อง (TK) สำหรับผู้ป่วยรายใหม่หรือรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน	3. ตลับสาย	
4. อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไต เช่น แป้นสำหรับวางจานหมุน	4. สายล้างไตทางช่องท้อง (TK) สำหรับผู้ป่วยรายใหม่หรือรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน 5. อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ 6. สำนักงานจัดหาเครื่องล้างไตอัตโนมัติให้กับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์	

หมายเหตุ : กรณีมีความจำเป็นต้องใช้น้ำยาล้างไตเกินกว่าที่กำหนด ให้หน่วยบริการบันทึกผ่านโปรแกรม DMIS-CKD มายังสำนักงาน

บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis ; PD) ปี 2567

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

2. การสนับสนุนน้ำยาล้างไตและอุปกรณ์

2.2 ทางเลือกที่ 2 การสนับสนุนค่าบริการ ครอบคลุมค่าน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องและอุปกรณ์ (จ่ายชดเชยเป็นเงิน)

การล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD)	การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)
สำนักงานจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายในอัตรา 15,000 บาท/ผู้ป่วย/เดือน ครอบคลุมค่ายา เวชภัณฑ์ และบริการ ตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้	สำนักงานจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายในอัตรา 18,000 บาท/ผู้ป่วย/เดือน ครอบคลุมค่ายา เวชภัณฑ์ และบริการ ตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้
1. น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ขนาด 2 ลิตรหรือ 2.5 ลิตรต่อถุง	1. น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ขนาด 5 ลิตร หรือ 6 ลิตรต่อถุง
2. จุกปิดกันเชื้อ	2. จุกปิดกันเชื้อ
3. สายล้างไตทางช่องท้อง (TK)	3. คลับสาย
4. อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไต เช่น แป้นสำหรับวางจานหมุน	4. สายล้างไตทางช่องท้อง (TK) สำหรับผู้ป่วยรายใหม่หรือรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน
5. บริการจัดส่งน้ำยาล้างไตและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องถึงบ้านผู้ป่วย	5. อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ
	6. สำนักงานจัดหาเครื่องล้างไตอัตโนมัติให้กับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
	7. บริการจัดส่งน้ำยาล้างไต อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง และเครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติถึงบ้านผู้ป่วย

บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis ; PD) ปี 2567

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

3. ค่าบริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง

- **จ่ายแบบเหมาจ่าย** ค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ในอัตรา 180 บาทต่อขนาด 4,000 unit
- ตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- ใช้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำสุด ของผู้ป่วยอย่างน้อย ทุก 8 สัปดาห์ (ประกอบการให้ยา)
- **เริ่มให้ยากระตุ้นฯ** เมื่อระดับ Hct < 30% ขนาด 4,000 unit จำนวน 2 ครั้ง/สัปดาห์ จนกระทั่งระดับ Hct เพิ่มขึ้น $\geq 33\%$ จึงลดลงเหลือ 4,000 unit/สัปดาห์
- **หยุดให้ยา** กระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง เมื่อ Hct $\geq 36\%$
- กรณีได้รับยาต่อเนื่องแล้วผู้ป่วยยังคงมีภาวะซีด ให้สืบค้นสาเหตุที่แท้จริง ตามแนวทางการรักษา หรือคู่มือของสมาคมโรคไต

บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis ; PD) ปี 2567

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

4. ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ครอบคลุมทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) และการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)

- จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาท/ผู้ป่วย/เดือน ครอบคลุมบริการ ดังนี้

- 1) การตรวจประเมินสภาพร่างกาย การคัดกรอง การให้คำปรึกษา รวมทั้งการประสานให้หน่วยบริการปฐมภูมิลงเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษา
- 2) ค่าตรวจเลือดหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด ได้แก่
 - ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)
 - ตรวจการทำงานของไต (BUN, Creatinine, Electrolyte)
 - การตรวจความพอเพียงของการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Kt/V) และ/หรือการตรวจประสิทธิภาพของเยื่อช่องท้อง
 - การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ
- 3) การบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง กรณีการให้บริการผู้ป่วยนอกหรือค่ายาพื้นฐานและยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องโดยตรง

บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis ; PD) ปี 2567

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

5. ค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Quality Incentive Program; QIP) เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับหน่วยบริการในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการรักษาล้างไตผ่านทางช่องท้อง
- หน่วยบริการที่มีคะแนนรวมเกณฑ์คุณภาพมากที่สุด 85 ลำดับแรก
 - จ่ายค่าบริการเพิ่มเติมแบบเหมาจ่ายในอัตรา 500 บาท/ผู้ป่วย/เดือน ประเมินผลงานการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามแนบท้ายประกาศ

ช่วงเวลาในการคิดคำนวณผลงานและรอบการจ่าย

- รอบที่ 1 : นำผลงานในช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง 6 เดือนถัดมา
- รอบที่ 2 : นำผลงานในช่วง 6 เดือนหลังของปีงบประมาณ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง 6 เดือนถัดมา

การบันทึกข้อมูล

- บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรมข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS-CKD)

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หัวข้อ	ปี 2567	ปี 2568
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	คงเดิม (จนกว่าจะมีประกาศเปลี่ยนแปลง)
ผู้มีสิทธิ	1. สิทธิ UC 2. คัดกรองผู้ป่วยควรรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง อายุ \geq 75 ปี และตรวจพบว่ามีพยาธิกรรมโรคไม่ดีขึ้น อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ	
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. ต้องบันทึกศักยภาพใน CPP เป็นรายสถานี ได้แก่ จำนวนเตียง จำนวนรอบ เวลาเปิด-ปิดทำการ เป็นต้น 3. หน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการ Vascular access ใน CPP ได้แก่ ศัลยแพทย์หลอดเลือด เป็นต้น	
อัตราจ่าย	1. ค่าฟอกเลือด ครั้งละ 1,500 บาท (HIV 4,000 บาท) ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 2. ค่ายา Erythropoietin ในอัตรา 180 บาทต่อขนาด 4000 unit ตามระดับ Hct 3. ค่าบริการทำ Vascular access ตามประเภท	

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

หัวข้อ	เดิม_2567	ใหม่ (เปลี่ยนแปลง)_2568
โปรแกรม	<ol style="list-style-type: none"> ระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD) (ลงทะเบียนผู้ป่วย / ค่าฟอกเลือด) ระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) (ค่า Vascular Access) ระบบบูรณาการธุรกรรมการเบิกจ่ายงบกองทุน (Seamless for DMIS) (ตรวจสอบการจ่ายชดเชย) โปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ (บันทึกข้อมูลศักยภาพหน่วย HD) 	คงเดิม
หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชย	<ol style="list-style-type: none"> มีการยืนยันตัวตนก่อนการเข้ารับบริการ กรณีไม่พบ CK349 มีการบันทึกศักยภาพของหน่วย HD กรณีไม่พบ CK101-บันทึกข้อมูลใน CPP ไม่ครบถ้วน CK102-ไม่เป็นหน่วย HD CK103-ฟอกเลือดนอกเวลาทำการ CK104-ให้บริการเกินศักยภาพ 	<p>เพิ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> มีการยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการในจังหวัดนำร่อง กรณีไม่พบ CK305 ยกเลิกปรับลดส่งซ้ำ บันทึกเบิกการเข้ารับบริการของปีงบประมาณ 2568 ภายใน 31 ธค.68 เกินวัน CK998 ขอความร่วมมือให้บันทึกข้อมูลบริการของปีงบประมาณ 2567 ภายใน 31 ธค.67
การอุดหนุน	อุดหนุนในโปรแกรม DMIS	

การพิจารณาดำเนินการอุทธรณ์ กรณี CK305

กรณีมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการจ่ายชดเชยบริการและการใช้โปรแกรม การอุทธรณ์ สอบถามได้ที่

*****ฝ่ายจ่ายชดเชย สปสช.ส่วนกลาง**

1. คุณกัญจนา รัตนะ โทร 084-387-8050

email: kanchana.r@nhso.go.th

2. น.ส.มณฑิรา รุจิรานนท์ โทร 081-906-0260

email: monthira.r@nhso.go.th

3. นายอัครรัฐ หย่างไพบูลย์ โทร 090-197-5098 (โปรแกรม DMIS)

email: akarat.y@nhso.go.th

บริการปลูกถ่ายไต (Kidney transplant ; KT)

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ
กลุ่มเป้าหมาย	เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายใหม่ (Initial RRT) หรือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบการรักษาบำบัดทดแทนไต ซึ่งควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วม (Share Decision Making Process) ในการเลือกรูปแบบการรักษาบำบัดทดแทนไต ตามแนวทางของ SP สาขาไต และบันทึกในเอกสารหนังสือแสดงการเรียนรู้เพื่อตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติ
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1.บริการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไต 2.บริการระหว่างการผ่าตัดปลูกถ่ายไตสำหรับผู้รับบริจาค 3.บริการยาควบคุมภูมิภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต
หน่วยบริการ/ศักยภาพหน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไต โดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย

บริการปลูกถ่ายไต (Kidney transplant ; KT)

อัตราการจ่ายชดเชย : 1.ค่าบริการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

หลักเกณฑ์		เงื่อนไข	ราคาจ่าย (บาท)
ผู้บริจาค	มีชีวิต	เตรียมตัวก่อนผ่าตัด (ไม่เกิน 2 ครั้ง/ผู้บริจาค 1 ราย)	40,000
		ผ่าตัดนำอวัยวะออก	32,800
	สมองตาย	ค่าเตรียมและผ่าตัด	40,000 : ไต 1 ข้าง
ผู้รับ บริจาค	กรณีผู้บริจาค มีชีวิต	เตรียมก่อนรับการผ่าตัด	31,300
		ค่าตรวจ Panel reactive antibody (PRA)	
		- ตรวจ screening เหม่าจ่ายต่อปีงบประมาณ	2,000
		- ตรวจ SAB class I เพื่อ confirm กรณี screening class I ผลเป็นบวก ต่อปีงบประมาณ	13,000
		- ตรวจ SAB class II เพื่อ confirm กรณี screening class II ผลเป็นบวก ต่อปีงบประมาณ	12,500
	กรณีผู้บริจาค สมองตาย	เตรียมก่อนรับการผ่าตัด ต่อครั้ง	31,300
	ค่าตรวจ PRA จ่ายตามจริงไม่เกิน	8,700	

บริการปลูกถ่ายไต (Kidney transplant ; KT)

อัตราการจ่ายชดเชย : 2.ค่าบริการระหว่างการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

หลักเกณฑ์/เงื่อนไข	Protocol	ราคาจ่าย (บาท)
กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	Protocol-I	143,000
	Protocol-II	148,000
	Protocol-III	287,000
	Protocol -IV	292,000
กรณีมีภาวะแทรกซ้อน โดยตรงจากการผ่าตัดปลูกถ่ายไต	1, Protocol ACR-A (Acute cellular rejection)	23,000
	2. Protocol ACR-B (Refractory acute cellular rejection)	493,000
	3. Protocol AMR-A (Antibody mediated rejection)	340,000
	4. Protocol AMR-B (Refractory antibody mediated rejection)	426,000
	5. Protocol DGF-A (Delayed graft function)	56,000
	6. Protocol DGF-B (Delayed graft function with acute cellular rejection)	40,000
	7. Protocol DGF-C (Delayed graft function with antibody mediated rejection)	35,000

บริการปลูกถ่ายไต (Kidney transplant ; KT)

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

3. บริการยากดภูมิภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

- **ค่ายากดภูมิภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต** ครอบคลุมการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน โดยค่าบริการแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต

3.1 หลังผ่าตัด 1-6 เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 30,000 บาทต่อเดือน

3.2 หลังผ่าตัด 7-12 เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 25,000 บาทต่อเดือน

3.3 หลังผ่าตัด 13-24 เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 20,000 บาทต่อเดือน

3.4 หลังผ่าตัด 25 เดือน ขึ้นไป จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 15,000 บาทต่อเดือน

- **กรณีมีภาวะสลัดไต** และมีการลงทะเบียนล้างไตผ่านทางช่องท้องหรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้ว **หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายไม่เกิน 6 เดือน**

- **กรณีที่มีโรคแทรกซ้อน หรือโรคเดิม** ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย

- **กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด** ในช่วงเวลาประมาณ **21 วัน** **หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด** ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด

****บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรมข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS-CKD)**

บริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน
และความดันโลหิตสูง



ความดันโลหิตสูง
และ โรคเบาหวาน



หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

DM / HT

บริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วย
โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง

- บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (T1DM)
- บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (GDM)
- บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (PDM)
- บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM)
- บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (HT)



ประกาศ DM HT



ซักซ้อมเบิกจ่ายขึ้นทะเบียน DM



1. กรณีบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (T1DM)

หัวข้อ	ปี 2567	ปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none">1. มีการลงทะเบียนผู้ป่วย2. รหัสโรค Pdx หรือ Sdx รหัสใดรหัสหนึ่ง ดังนี้<ol style="list-style-type: none">1) E10* เบาหวานชนิดที่ 1 ทุกอายุ <u>หรือ</u>2) P70.2 Neonatal DM ผู้ป่วยเบาหวานที่วินิจฉัยก่อน อายุ 30 ปี <u>หรือ</u>3) E89.1 Postprocedural hypo-insulinemia <u>หรือ</u>4) E14* Unspecified DM <p><u>การจัดบริการ</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. สอนทักษะการดูแลตนเอง2. รักษาและตรวจระดับ Ketone ด้วย Keto strip3. ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว4. คัดกรองภาวะแทรกซ้อน	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 สิทธิ UC	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่ผ่านการอนุมัติจากสมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย <u>เขต 7 ขอนแก่น</u> จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ รพ.ขอนแก่น รพ.ร้อยเอ็ด รพ.มหาสารคาม รพ.ชุมแพ รพ.โพนทอง และ รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คงเดิม

1. กรณีบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (T1DM) (ต่อ)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2567	ปี 2568
อัตราจ่าย	<p>1. <u>จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามเดือนที่เข้ารับบริการตาม ดังนี้</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 1) เดือนตุลาคม เหมาจ่าย 13,636 บาทต่อราย 2) เดือนพฤศจิกายน เหมาจ่าย 12,636 บาทต่อราย 3) เดือนธันวาคม เหมาจ่าย 11,636 บาทต่อราย 4) เดือนมกราคม เหมาจ่าย 10,636 บาทต่อราย 5) เดือนกุมภาพันธ์ เหมาจ่าย 9,636 บาทต่อราย 6) เดือนมีนาคม เหมาจ่าย 8,636 บาทต่อราย 7) เดือนเมษายน เหมาจ่าย 7,636 บาทต่อราย 8) เดือนพฤษภาคม เหมาจ่าย 6,636 บาทต่อราย 9) เดือนมิถุนายน เหมาจ่าย 5,636 บาทต่อราย 10) เดือนกรกฎาคม เหมาจ่าย 4,636 บาทต่อราย 11) เดือนสิงหาคม เหมาจ่าย 3,636 บาทต่อราย 12) เดือนกันยายน เหมาจ่าย 2,636 บาทต่อราย <p>2. <u>จ่ายค่าตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง (CGM) สำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับ CGM ต่อเนื่องตลอดทั้งปี และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ CGM เป็นครั้งคราว โดย จ่ายค่า Sensor รวม transmitter และระบบที่เกี่ยวข้อง อัตรา 1,000 บาท/ครั้ง/สัปดาห์ เบิกได้ครั้งละไม่เกิน 3 เดือน หรือ 13 สัปดาห์</u></p>	คงเดิม
โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

2. กรณีบริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (GDM)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2567	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none">1. มีการลงทะเบียนผู้ป่วย2. รหัสโรค Pdx หรือ Sdx รหัสใดรหัสหนึ่ง ดังนี้<ol style="list-style-type: none">1) O24.4 Diabetes mellitus arising in pregnancy <u>หรือ</u>2) O24.9 Diabetes mellitus in pregnancy, unspecified <p>การจัดบริการ</p> <ol style="list-style-type: none">1. สอนทักษะการดูแลตนเอง2. ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว3. ตรวจ OGTT หลังคลอด	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน สิทธิ UC	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่ผ่านการประเมินตนเอง	คงเดิม
อัตราจ่าย	เหมาจ่ายครั้งเดียว จำนวน 2,620 บาท /ราย	คงเดิม
โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

3. กรณีบริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (PDM)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2567	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการลงทะเบียนผู้ป่วย 2. รหัสโรค Pdx หรือ Sdx รหัสใดรหัสหนึ่ง ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) O24.0 Pre-existing diabetes mellitus, insulin-dependent หรือ 2) O24.1 Pre-existing diabetes mellitus, non-insulin-dependent หรือ 3) O24.3 Pre-existing diabetes mellitus, unspecified <p>การจัดบริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สอนทักษะการดูแลตนเอง 2. ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว 3. ตรวจ HbA1C 4 ครั้ง 	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ สิทธิ UC	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่ผ่านการประเมินตนเอง	คงเดิม

3. กรณีบริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (PDM) ต่อ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2567	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2568
อัตราจ่าย	<p>จ่ายแบบเหมาจ่ายครั้งเดียว ตามอายุครรภ์ที่เข้ารับบริการ<u>ครั้งแรก</u></p> <p>(1) อายุครรภ์ 1 เดือน (0-4 สัปดาห์) เหมาจ่าย 8,660 บาท</p> <p>(2) อายุครรภ์ 2 เดือน (5-9 สัปดาห์) เหมาจ่าย 7,820 บาท</p> <p>(3) อายุครรภ์ 3 เดือน (10-13 สัปดาห์) เหมาจ่าย 6,980 บาท</p> <p>(4) อายุครรภ์ 4 เดือน (14-17 สัปดาห์) เหมาจ่าย 6,140 บาท</p> <p>(5) อายุครรภ์ 5 เดือน (18-21 สัปดาห์) เหมาจ่าย 5,300 บาท</p> <p>(6) อายุครรภ์ 6 เดือน (22-26 สัปดาห์) เหมาจ่าย 4,460 บาท</p> <p>(7) อายุครรภ์ 7 เดือน (27-31 สัปดาห์) เหมาจ่าย 3,620 บาท</p> <p>(8) อายุครรภ์ 8 เดือน (32-36 สัปดาห์) เหมาจ่าย 2,780 บาท</p> <p>(9) อายุครรภ์ตั้งแต่ 9 เดือนขึ้นไป (>36 สัปดาห์) เหมาจ่าย 1,940 บาท</p>	คงเดิม
โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

4. กรณีบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 / ความดันโลหิตสูง

หัวข้อ	เดิม_ปี 2567	ปี 2568
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บริการตรวจ HbA1c 2 ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน 2) บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ การให้บริการตรวจ serum creatinine และ serum potassium HbA1c 2 ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน 	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	<p>ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สิทธิ UC ทุกราย</p> <p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ สิทธิ UC</p>	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC	คงเดิม
อัตราจ่าย	<p>ผู้ป่วย DM ชนิดที่ 2 : จ่ายค่าตรวจ HbA1c 2 ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน ในอัตรา 150 บาทต่อครั้ง</p> <p>ผู้ป่วย HT รายใหม่ : การให้บริการตรวจ serum creatinine อัตรา 45 บาทต่อครั้ง และ serum potassium อัตรา 40 บาท/ครั้ง รายการละ 1 ครั้ง/ปี</p>	คงเดิม
โปรแกรม	โปรแกรมหมอมาร่วม	คงเดิม

รายการบริการที่กำหนดให้ต้องขออนุมัติก่อนให้บริการ

Pre-authorized : PA

ในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการที่กำหนดให้ต้องขออนุมัติก่อนให้บริการ

ผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ

Morbid Obesity

ผ่าตัดแก้ไขอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ

Hinge total knee prosthesis

ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 55 ปี

Total Knee Arthroplasty, TKA

ผ่าตัดฝังอุปกรณ์หูประสาทหูเทียม

Cochlear implant

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

Hematopoietic Stem Cell Transplantation: HSCT

เบิกจ่ายยา Ribociclib ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะ

แพร่กระจาย

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

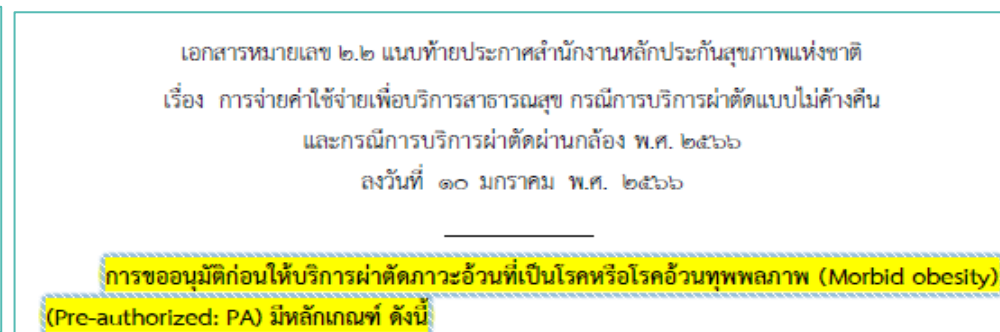
กรณีบริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรค/โรคอ้วนทุพพลภาพ

Morbid Obesity



- ประกาศสำนักงานฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนและกรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง พ.ศ.2566

เอกสารแนบท้ายประกาศหมายเลข 2.2



- ลงทะเบียนผ่านระบบ e-claim ชื่อรายการ “ลงทะเบียนผ่าตัดโรคอ้วน Morbid Obesity”
- โปรแกรมเริ่มให้บริการ มิถุนายน 2566
- หน่วยบริการต้องผ่านศักยภาพ H2208 : MIS : โรคอ้วนทุพพลภาพ
- หน่วยบริการที่ต้องการรับการประเมินศักยภาพ ให้แจ้งความประสงค์ไปที่กรมการแพทย์ เพื่อขอรับการประเมิน
- บทบาทหน่วยบริการ

ชื่อบทบาท	eclaim-hosp-mbobs
รพ.	955

 การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ
บริการสาธารณสุข กร

 หลักเกณฑ์จ่าย

 Manual Obesity

 บันทึกการเบิก

กรณีบริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรค/โรคอ้วนทุลพลาภาพ

Morbid Obesity

- ผู้ป่วยสิทธิ UC อายุ 18-65 ปี
- ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ตามที่ประกาศกำหนด
- **ไม่สามารถลงทะเบียน PA ย้อนหลังได้**
- หน่วยบริการจะต้องขออนุมัติก่อนวันผ่าตัด 30 วัน
- ผ่านการอนุมัติโดยผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน ความเห็นตรงกัน
- การขอรับค่าใช้จ่าย ตรวจสอบจากวันที่ผ่าน PA ก่อนวันที่ Admit
- **กรณีผ่านอนุมัติต้องให้บริการภายใน 6 เดือน**
- บริการที่ไม่ผ่าน PA สปสช. จ่ายตามอัตราบริการผู้ป่วยทั่วไป โดยไม่จ่ายค่า K

ลำดับ	บริการ	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	กลุ่ม DRGs version 5	ค่า K
8	ภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุลพลาภาพ (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)	10059 OR procedures for obesity, w or wo CC	1.9584

ปัจจุบัน สปสช. จ่าย DRG v.6
NEW DRG 10139
RW 8.8316

๓.๒ การจ่ายสำหรับหน่วยบริการที่ไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้จ่ายตามอัตราบริการผู้ป่วยในทั่วไป (ไม่จ่ายเพิ่มตามสัดส่วนค่า K)

๑.๒ มีข้อบ่งชี้อย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังต่อไปนี้

๑.๑.๑ มีดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 37.5 กก./ตร.ม. ขึ้นไปที่ไม่มีโรคร่วม

๑.๑.๒ มีดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 32.5 กก./ตร.ม. ขึ้นไปที่มีโรคร่วม โดยเป็นผู้ป่วยโรคอ้วนที่เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ หรือภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic Syndrome) มีอาการข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

(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 ≥ 30.0 กก./ตร.ม. ขึ้นไป

โดยทั้งสองกรณี ผู้รับบริการได้พยายามควบคุมอย่างเต็มที่แล้วโดยทีมแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมต่อไร้ท่อ และโภชนาการ แต่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย หรือ

๑.๑.๓ ผู้ที่ควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ และมีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 27.5 ถึง 30.00 กก./ตร.ม. ขึ้นไปที่ต้องดูแลโดยแพทย์อย่างเคร่งครัด โดยได้รับความยินยอมจากผู้รับบริการและต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการของหน่วยบริการที่ให้การดูแลโรคอ้วน ก่อนการให้บริการ เป็นไปตามแนวทางที่ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์กำหนด

กรณีบริการผ่าตัดแก้ไขข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ

Hinge total knee prosthesis



- ประกาศสำนักงานฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค พ.ศ.2566

หมวด 7 รหัส 7030 ข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อในการผ่าตัดแก้ไข

7030	7.0.30 ข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ (Hinge total knee prosthesis) ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision total knee arthroplasty)
	ลักษณะ เป็นข้อเข่าเทียมที่ใช้ทดแทนข้อเข่าเทียมที่เสื่อมสภาพ และมีองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

หมายเหตุ
1) หน่วยบริการที่เบิกอุปกรณ์ข้อเข่าเทียม ประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ (Hinge total knee prosthesis) ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision total knee arthroplasty) จะต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (Pre-authorized: PA)
2) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขอื่น ๆ ให้เป็นไปตามแนวทางการใช้ข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ (Hinge total knee prosthesis) ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision total knee arthroplasty)

- ลงทะเบียนผ่านระบบ e-claim ชื่อรายการ “ลงทะเบียนเบิกอุปกรณ์ข้อเข่า Hinge Knee”
- โปรแกรมเริ่มให้บริการ กันยายน 2566
- ผ่านประเมินศักยภาพ H05 : ผ่าตัดข้อเข่าเทียม
- ขอประเมินศักยภาพ <https://cpp.nhso.go.th/ CPP/>
- บทบาท

ชื่อบทบาท	eclaim-hosp-knee-hinge
รพ.	952



ประกาศหลัก



Manual Hinge knee

กรณีบริการผ่าตัดแก้ไขข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ

Hinge total knee prosthesis

- หน่วยบริการที่มีศักยภาพ
- ผู้ป่วยสิทธิ UC
- ผู้ป่วยทุกรายต้องลงทะเบียน PA
- ผ่านอนุมัติโดยผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน ความเห็นตรงกัน
- หน่วยบริการต้องขออนุมัติก่อนวันผ่านตัด 30 วัน
- การขอรับค่าใช้จ่าย วันที่ผ่าน PA ก่อนวันที่ Admit
- **กรณีผ่านอนุมัติต้องให้บริการภายใน 6 เดือน**

๒.๓ การขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre-Authorized: PA) กรณีบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ (Hinge total knee prosthesis) ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision total knee arthroplasty) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

แนวทางการตรวจสอบ การขอเบิกอุปกรณ์ข้อเข่าเทียม Hinge total knee prosthesis เอกสาร/หลักฐานประกอบการพิจารณาโดยต้องได้รับการรับรอง/ลงนามจากแพทย์ผู้รักษา ดังนี้

๑. แบบขออนุมัติเบิกข้อเข่าเทียมประเภทที่มีแกนเชื่อมต่อ (Hinge total knee prosthesis)

๒. สำเนาเวชระเบียนประวัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม โรคอื่น ๆ ภาวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และประวัติการผ่าตัดครั้งก่อน

๓. ภาพถ่าย X-Rays เข่า (Antero-posterior view และ lateral view)

ขั้นตอนการตรวจสอบ

๑. หน่วยบริการลงทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม Hinge total knee prosthesis (Pre-authorized : PA) และส่งข้อมูลเพื่อตรวจสอบ

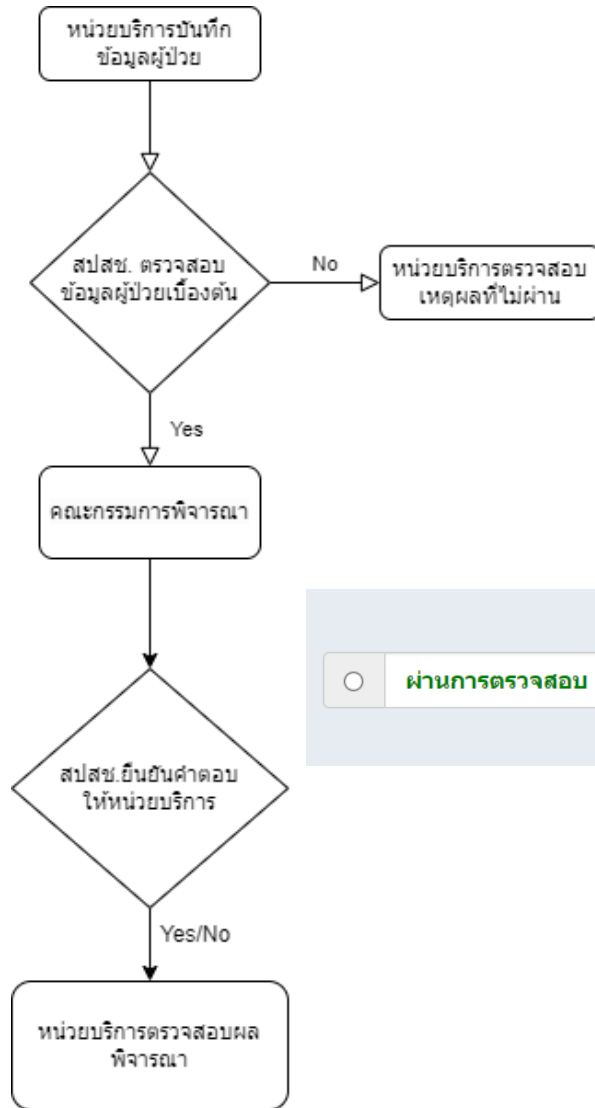
๒. สำนักงานตรวจสอบข้อมูลและเวชระเบียนเบื้องต้นว่าครบถ้วน แล้วนำส่งผู้เชี่ยวชาญ (Auditors) เพื่อตรวจสอบ

๓. ผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาแล้วส่งผลการตรวจสอบมาสำนักงาน

๔. สำนักงานยืนยันผลการตรวจสอบให้สถานพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินงาน

Morbid Obesity/Hinge Knee



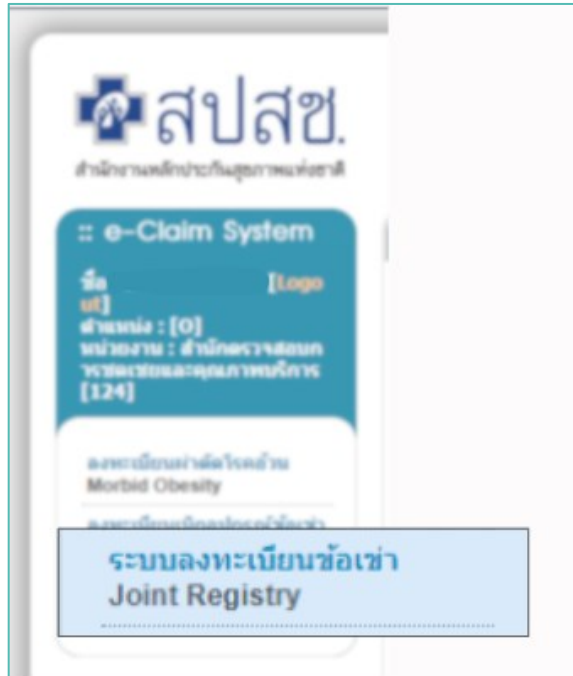
- หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ e-Claim
- สปสช.ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น ไม่ผ่าน/ผ่าน
- **ไม่ผ่าน หน่วยบริการแก้ไขและส่งกลับมาอีกครั้ง**
- ผ่าน > ส่งคณะกรรมการพิจารณา 2 ท่าน ความเห็นไม่ตรงกันส่งท่านที่ 3
- คณะกรรมการบันทึกผลการพิจารณา
- สปสช. ยืนยันผลการพิจารณาให้หน่วยบริการ ผ่าน/ไม่ผ่าน
- หน่วยบริการทราบผลพิจารณา/เหตุผลที่ไม่ผ่าน

ผ่านการตรวจสอบ ไม่ผ่านการตรวจสอบ เหตุผลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ

เนื่องจากเวชระเบียนไม่เพียงพอต่อการพิจารณา ขอให้uploadเวชระเบียนผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยMorbid Obesity ย้อนหลัง 1 ปี เพื่อพิจารณา

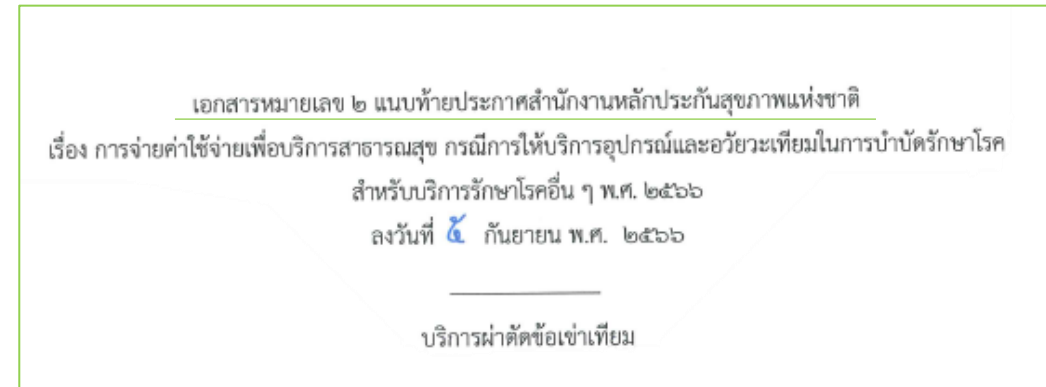
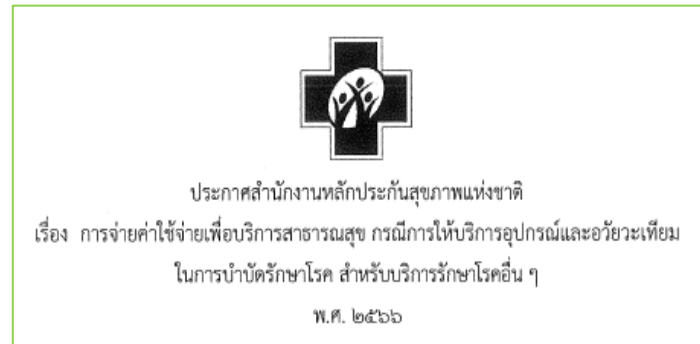
- ระยะเวลาในการพิจารณา 30 วัน
- หน่วยบริการต้องลงทะเบียนก่อนวันผ่าตัด 30 วัน
- บริการผ่าตัดโรคอ้วนและผ่าตัดเปลี่ยนอุปกรณ์ Hinge Knee หน่วยบริการทราบผลการพิจารณาและความเห็นแพทย์ผ่านโปรแกรม

กรณีบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 55 ปี



- ประกาศสำนักงานฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่นๆ พ.ศ.2566

(เอกสารแนบท้ายหมายเลข 2 และ 2.1)



- หน่วยบริการลงทะเบียนผ่านระบบ e-claim ชื่อรายการ “ระบบลงทะเบียนข้อเข่า Joint Registry”
- โปรแกรมเริ่มให้บริการ ตุลาคม 2565
- ขอประเมินศักยภาพ <https://cpp.nhso.go.th/ CPP/>
- บทบาท

ชื่อบทบาท	PA_KNEE-ECLAIM
รพ.	926



ประกาศย่อย USER Manual,TKA



กรณีบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 55 ปี

หน่วยบริการบันทึก
แบบคำขอในระบบ
e-claim

Auditors พิจารณา
2/3

หน่วยบริการทราบ
ผลการอนุมัติ

- ผู้ป่วยสิทธิ UC
- **ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 55 ปี หากเกิน 55 ปี ในวันที่ผ่าตัดไม่ต้องลงทะเบียน PA**
- ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาผ่าน 2ใน3 ผลการพิจารณาจะแจ้งทางระบบ e-claim
- ระยะเวลาในการพิจารณา 30 วัน
- **กรณีผ่านอนุมัติแล้วต้องให้บริการภายใน 6 เดือน หากเลยระยะเวลาจะนับว่า
พ้นสภาพการอนุมัติ ทั้งนี้สามารถขอ PA ได้อีกครั้ง**
- **กรณีที่ไม่ผ่านอนุมัติ หน่วยบริการจะไม่ทราบเหตุผล (สอบถามเหตุผลที่ไม่ผ่าน
ทาง 1330)**

การประเมินผลการพิจารณา 1

ผลการพิจารณา

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

วันที่ประเมิน/พิจารณา

19/08/2565

รายละเอียดคำขออนุมัติ

เลขคดี 13777

วันที่ผ่าตัด 16/12/2513

อายุ 52

EM0105

การพิจารณา

13/01/2566

03/02/2566

Copyright © 2008 National Health Security Office. All rights reserved.
v 23.13.4 23681031 running on WEB-333.thha.go.th

กรณีบริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

- ประกาศสำนักงานฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค พ.ศ.2566

หมวด 2 รหัส 2405 ชุดประสาทหูเทียม

- ประกาศสำนักงานฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่นๆ พ.ศ.2566

เอกสารแนบท้ายหมายเลข 5

- หน่วยบริการลงทะเบียนผ่านระบบ THAI CI REGISTRY โดยคณะแพทยศาสตร์ มช.

<https://preauthorized.work.ncrc.in.th/>

- หน่วยบริการ ผ่านศักยภาพ H30 : ผ่าตัดฝังชุดประสาทหูเทียม (หน่วยที่ผ่านการตรวจประเมินจากราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์)

- หน่วยบริการ สามารถเบิกอุปกรณ์ได้จำนวน 1 ชุด ต่อการให้บริการผู้ป่วย 1 คน

32	2405	<p>2.4.5 ชุดประสาทหูเทียม (Cochlear Implant)</p> <p>ลักษณะ เป็นชุดอุปกรณ์ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่อยู่ในร่างกาย และส่วนที่อยู่นอกร่างกาย ดังนี้</p> <p>1) ส่วนที่อยู่ในร่างกาย ประกอบด้วย อุปกรณ์สำคัญ คือ ตัวรับสัญญาณ (receiver) และขั้วไฟฟ้า (electrode array) ชนิดหลายขั้วตั้งแต่ 12 electrodes ขึ้นไป สามารถรองรับเทคโนโลยีใหม่ในอนาคตได้ โดยไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดใหม่ สามารถเข้าเครื่อง MRI ที่มีความเข้มข้นไม่น้อยกว่า 1.5 เทสลา โดยไม่ต้องผ่าตัดเอาแม่เหล็กออก และสามารถถอดแม่เหล็กออกได้เมื่อต้องการโดยไม่ผ่าตัด รับประทานอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า 10 ปี</p>
----	------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

การใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม



ประกาศหลัก



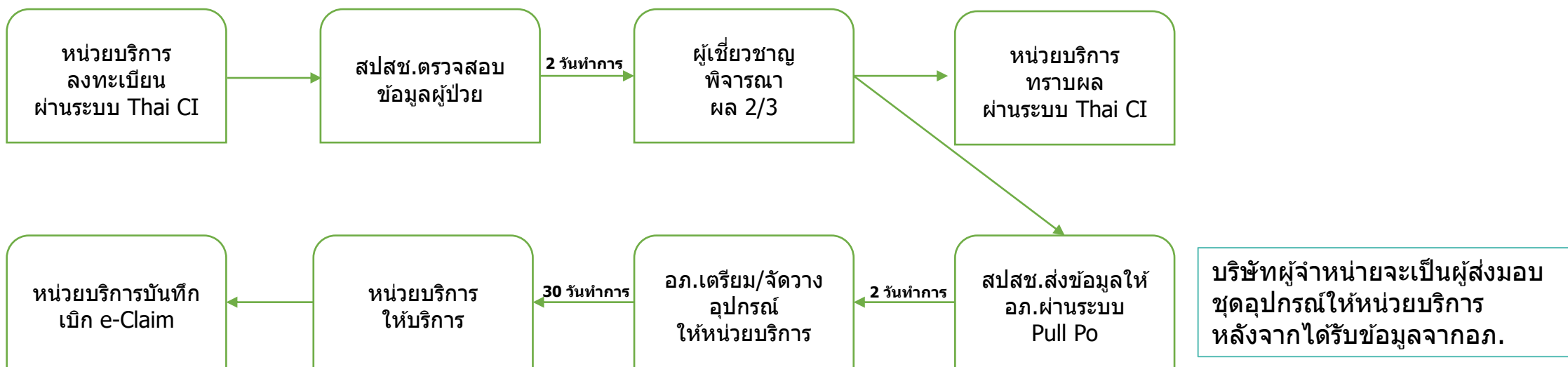
ประกาศย่อย



USER Manual CI

กรณีบริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

- ผู้ป่วยสิทธิ UC ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการทางการได้ยิน(ท.74) และมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี 6 เดือน ในกรณี prelingual หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ในกรณี post lingual
- ผู้ป่วยผ่านการประเมินตามที่สมาคมกำหนด โดยส่งเอกสารหลักฐานทางโปรแกรม
- ผู้ป่วยผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ 2 ใน 3
- **กรณีให้บริการแต่ไม่ผ่าน PA จะได้รับค่าใช้จ่ายตาม DRGs และอุปกรณ์อวัยวะเทียมอื่นๆ (ถ้ามี)**
- หน่วยบริการต้องให้บริการภายใน 6 เดือน นับจากวันที่ได้รับอนุมัติ และต้องมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ณ วันที่ผ่าตัด หากเกินระยะเวลาจะนับว่าพ้นสภาพจากการได้รับอนุมัติ ทั้งนี้เมื่อมีความพร้อมสามารถส่งขอ PA อีกได้

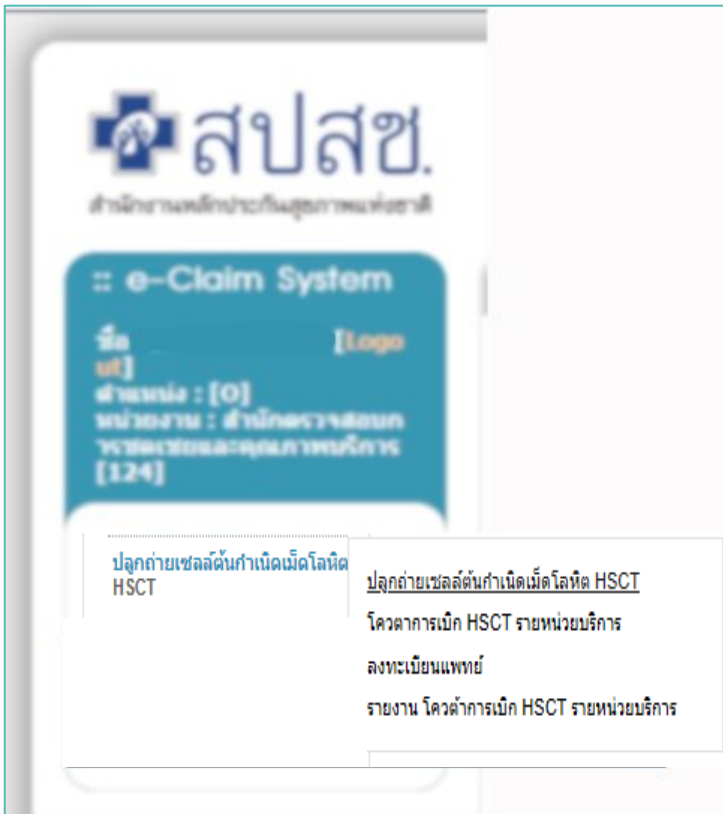


กรณีบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต HSCT

- ประกาศสำนักงานฯ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ 2566

เอกสารแนบท้ายประกาศ 3.4 การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic Stem Cell Transplantation: HSCT)

- ลงทะเบียนผ่าน e-claim ชื่อรายการ “ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต”
- หน่วยผ่านการประเมินศักยภาพ R0204 : หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ผู้ป่วยสิทธิ UC
- หน่วยบริการขอประเมินศักยภาพที่สำนักงานทะเบียน ส่วนกลาง เพื่อขอรับประเมิน
- ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ 4 ท่าน



ประกาศ
สำนักงาน

กรณีบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

HSCT

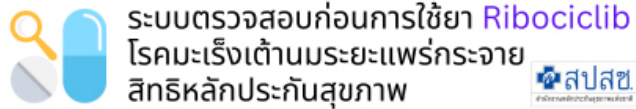
ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
1) Acute myeloid leukemia in remission	1) มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute leukemia) ในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission)
2) Acute lymphoblastic leukemia (ALL) ในระยะ	2) มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเรื้อรัง (Chronic myeloid leukemia: CML)
2.1) First Complete remission (CR): Philadelphia chromosome, T cell ที่มีเม็ดเลือดขาวแรกเริ่มมากกว่า 100,000/ไมโครลิตร, Hypodiploidy chromosome, Induction failure, Infant ALL with age less than 6 months or initial white count more than 300,000/cumm to Intermediate and High Risk Infant ALL	2.1) ระยะ Chronic phase ที่ไม่สามารถเข้าถึงยาหรือไม่ตอบสนองต่อยา tyrosine kinase inhibitor หรือ
2.2) Second Complete remission	2.2) ระยะ Accelerated phase หรือ Blast crisis ที่เข้าสู่ระยะ Chronic phase หรือได้ Complete remission
3) Lymphoma	3) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma)
3.1) First Complete remission (CR) Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL) ชนิด high risk ที่เป็น Stage 3 หรือ 4 NHL Burkitt lymphoma, Stage 3 หรือ 4 DLBCL, Stage 3 หรือ 4 T cell ALCL (ALK -), Advanced stage PTCL (NOS)	3.1) ในรายที่กลับเป็นอีก (relapse) หรือไม่ตอบสนอง (Refractory) ต่อการให้ยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานขั้นต้น (First line chemotherapy) ** ในรายที่มีความเสี่ยงสูง (ผู้ป่วย B-cell aggressive lymphoma ที่ High risk, High-intermediate risk international prognostic index (IPI), T-cell lymphoma หรือ mantle cell lymphoma) **
3.2) Hodgkin's disease (HD) ชนิด high risk; bulky disease และ stage 4	** หมายเหตุ : ข้อ 3.1) และ 3.2) ควรทำในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission) หรือระยะที่โรคเข้าสู่ระยะสงบ (Partial remission)
3.3) Relapse ทั้ง NHL และ HD ที่เป็น chemosensitive disease	4) มะเร็ง Multiple myeloma
3.4) Relapsed or Refractory or familial histiocytosis	5) ไชกระดูกผิดปกติชนิด Myelodysplastic syndrome ในระยะที่มี blasts เยอะมาก หรือ Chronic myelomonocytic leukemia
4) Chronic myeloid leukemia ในทุกระยะ	6) ไชกระดูกผิดปกติชนิดเป็นพังผืด (Myelofibrosis)
5) Myelodysplastic syndrome ไชกระดูกผิดปกติระยะก่อนเป็นมะเร็ง	7) ไชกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (Severe aplastic anemia) หรือไชกระดูกฝ่อชนิดที่เป็นร่วมกับภาวะ Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (Hypoplastic PNH)
6) Non malignant diseases	
6.1) Inborn error of metabolisms ได้แก่	
6.1.1) Lysosomal storage diseases ได้แก่	

- ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด
- ผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 15 ปี ผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุ 15 ปี 1 วันเป็นต้นไป
- บันทึกข้อมูลผู้ป่วยตรงตามข้อบ่งชี้ที่ประกาศกำหนด
- ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ 4 ท่าน ความเห็นตรงกัน

หลักเกณฑ์การจ่าย/อัตรการจ่ายชดเชย (แบ่งเป็น 2 งวด)

- เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ HSCT ผ่านโปรแกรม E-claim
- งวดที่ 1 จ่าย 80% หลังส่งข้อมูล conditioning (Day0)
- งวดที่ 2 จ่าย 20% หลังจากส่งข้อมูล follow up 30 วัน (กรณียังมีชีวิต)
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการปลูกถ่ายครั้งแรก จะจ่าย 80% แต่ต้องบันทึกในระบบภายใน 30 วัน

กรณีบริการเบิกจ่ายยา Ribociclib ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม



- ประกาศสำนักงาน เรื่อง เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด 2567
 - เอกสารหมายเลข 3 แนวทางกำกับการเบิกจ่ายยา Ribociclib
- หน่วยบริการที่มีคุณตามสำนักฯ กำหนด (หน่วยฯในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรแพทย์มะเร็งวิทยา สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา หรือศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา)
- ผู้ป่วยตรงตามข้อบ่งชี้ที่ประกาศฯ กำหนด
- ลงทะเบียนผ่าน <https://ocpa.nhso.go.th/>
- บันทึกขอรับยาที่ระบบยา จ(2) เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการ
- หน่วยบริการบันทึกต่ออายุการใช้ยาทุก 4 เดือน และบันทึกยกเลิกใช้ยา หากต้องการหยุดยา

Login

รหัสผู้ใช้งาน

รหัสผ่าน

เข้าสู่ระบบ

ยกเลิก

Download คู่มือการใช้ OCPA Program

Download แบบฟอร์มขอเพิ่มรายชื่อแพทย์และขอเพิ่มรายชื่อผู้รับผิดชอบ



ประกาศ
สำนักงาน

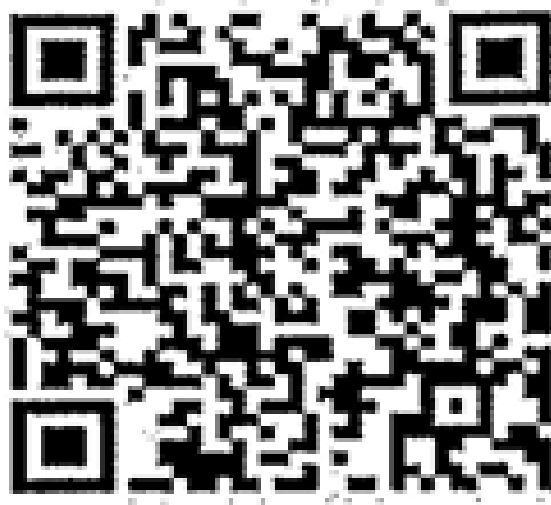


คู่มือ

แนวทางการขออนุมัติก่อนให้บริการ (Pre – Authorization)

ดาวน์โหลด :

https://drive.google.com/drive/folders/1sLQCiKEE_ltpNEZQhISv7wE_KPn3SBjt



แนวทางการขออนุมัติก่อนให้บริการ
(Pre-Authorization : PA)

Thank You



ทอดมรวมเครือช่าย...ทดากหลายเพือหนึ่งเดียว :
รวมพลังสร้างสรรค์หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน