คู่มือ
แนวทางปฏิบัติ
ในการขอรับค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข
ปีงบประมาณ
2561

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 1 9/14/17 9:03 AM

คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561

ISBN .....

พิมพ์ครั้งที่ 1

จำนวน 4,5000 เล่ม

จัดพิมพ์โดย สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ
“ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐”
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
โทรศัพท์ 0 214 4000 โทรสาร 0 2143 9749
http://eClaim.nhso.go.th

ออกแบบที่ นายวัฒนสินธุ์ สุวรัตนานนท์

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์..... (เด่วให้โรงพิมพ์เติมให้ค่ะ)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 2 9/14/17 9:03 AM

คำนำ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนคนไทยที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย ได้เข้าถึงบริการสุขภาพด้วยมาตรฐานเดียวกันอย่างทั่วถึง และเสมอภาคเท่าเทียมกันและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินการและบริหารจัดการกองทุน

ดังนั้น สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้จัดทำหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามประกาศที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติและสร้างความเข้าใจในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข สำหรับหน่วยบริการ/สถานบริการ/สถานพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งระบบ

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผู้ปฏิบัติงานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการ/สถานบริการ/สถานพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติดังกล่าว ในการอ้างอิงการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยใน หรือภายหลังการให้บริการผู้ป่วยนอก และได้รับเงินชดเชยได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ภายในเวลาที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)
เลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 3 9/14/17 9:03 AM

สารบัญ

คำนำ

บทนำ บททั่วไป 15

บทที่ 1 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย บริการผู้ป่วยนอก 37

บทที่ 2 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย บริการผู้ป่วยใน 41

บทที่ 3 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย บริการกรณีเฉพาะ 75

กลุ่มที่ 1 กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น **75**

1. กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ 76
2. การใช้บริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น 82
3. การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด OP Refer) 98
4. กรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย 103
5. การให้บริการผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ 109
6. บริการกรณีเฉพาะอื่นๆ ได้แก่ 115
   - 6.1 ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน มาใช้บริการทางการแพทย์ 115
   - 6.2 ผู้มารับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน มาใช้บริการคลอด 117
7. การลงทะเบียนตามมติบอร์ด 118

กลุ่มที่ 2 กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ **121**

1. โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track หรือ STEMI fast track) จัดให้มีการบริหารยาละลายลิ่มเลือด 122
2. การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง 123
3. การให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจก พร้อมเลนส์แก้วตาเทียม 135
4. การขอรับค่าใช้จ่ายกรณี ให้บริการดูแล รักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด 137

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 4 9/14/17 9:03 AM

ทันตกรรมจัดฟัน และผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มที่ 3 กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ **156**

1. รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) 156
2. การบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด 161
3. การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม 163
4. การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) 166
5. การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา 170
6. การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ 172
   - 6.1 การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่น 172
   - 6.2 การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic stem cell transplantation) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว, มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และโรคอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำหนดเม็ดโลหิต 173

กลุ่มที่ 4 กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด **176**

1. ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment: MMT) 176
2. การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงการเบิกชดเชยยาที่บริหารจัดการ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561 179

กลุ่มที่ 5 การจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค **193**

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค ธาลัสซีเมีย 193
2. การดูแลผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก 195
3. การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้านอย่างเหมาะสม 204

บทที่ 4 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย การบริหารจัดการ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 209

บทที่ 5 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย กรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 215

บทที่ 6 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย บริการการแพทย์แผนไทย 221

(รายละเอียดตามคู่มือบริหารกองทุน ปีงบประมาณ 2561)
บทที่ 7 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ) (รายละเอียดตามคู่มือบริหารกองทุน ปีงบประมาณ 2561) 223
บทที่ 8 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (รายละเอียดตามคู่มือบริหารกองทุน ปีงบประมาณ 2561) 225
บทที่ 9 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (รายละเอียดตามคู่มือบริหารกองทุน ปีงบประมาณ 2561) 227
บทที่ 10 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย การปรับค่าแรงหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รายละเอียดตามคู่มือบริหารกองทุน ปีงบประมาณ 2561) 229
บทที่ 11 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย การบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รายละเอียดตามคู่มือบริหารกองทุน ปีงบประมาณ 2561) 231
บทที่ 12 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข AIDs HIV 233
บทที่ 13 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง 241
บทที่ 14 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย บริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้องรัง (DM HT) (รายละเอียดตามคู่มือบริหารกองทุน ปีงบประมาณ 2561) 265
บทที่ 15 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน (รายละเอียดตามคู่มือบริหารกองทุน ปีงบประมาณ 2561) 267
บทที่ 16 แนวทางปฏิบัติในการสาธารณะสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 269
บทที่ 17 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (รายละเอียดตามคู่มือบริหารกองทุน ปีงบประมาณ 273

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีคนพิการที่เป็นผู้ประกันตน สิทธิประกันสังคม ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 275
ภาคผนวก 2 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลสิทธิ ประกันสังคม 285

ภาคผนวก 3	แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีสิทธิข้าราชการและสิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น	317
ภาคผนวก 4	การบันทึกข้อมูลสิทธิข้าราชการ สำหรับสถานพยาบาลนอกเหนือ 168 แห่งและ สิทธิพนักงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	333
ภาคผนวก 5	5.1 แบบแสดงความประสงค์ให้บริการดูแล รักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟัน และผ่าตัด สำหรับผู้มี ภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑	345
	5.2 แบบฟอร์ม ขอ Username/Password สำหรับ Case/Disease Manage กรณีบริการดูแลรักษา ฟื้นฟู การแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟัน และการผ่าตัดหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่	346
	5.3 หนังสือขออนุมัติการใช้Maxillary distractor สำหรับผู้มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่	347
	5.4 แบบฟอร์มหนังสือรับรองการใช้ Maxillary distractor สำหรับหน่วยบริการหนังสือรับรองการใช้ Maxillary Distractor	348
	5.5 แบบฟอร์มขอรับการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุปกรณ์ Maxillary distractor สำหรับหน่วยบริการ	349
ภาคผนวก 6	6.1 ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควรกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560	351
	6.2 ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554	355
ภาคผนวก 7	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ ในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2559	359
ภาคผนวก 8	ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อนและการตัดเท้า พ.ศ. 2559	425
ภาคผนวก 9	ขั้นตอนการอุทธรณ์จ่ายชดเชย (e-Appeal) ผ่านโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2560	439

ภาคผนวก 10 แนวทางการดำเนินงานระบบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก และบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรครายบุคคล (Individual data) ปี 2561 447

ภาคผนวก 11 ปฏิทินการออก Statement สำหรับข้อมูลผู้ป่วยนอก ส่งต่อข้ามจังหวัด (OP Refer) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561 451

ภาคผนวก 12 ปฏิทินการออก Statement สำหรับข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561 453

ภาคผนวก 13 รายการชดเชยค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยนอก (รายการที่กำหนดราคากลาง) 455

ภาคผนวก 14 การเบิกจ่ายสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ สปสช. ในระบบเบิกจ่ายตรง 463

ภาคผนวก 15 แบบรายงานปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

15.1 แบบพิจารณาผู้ป่วยเข้าร่วมรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (กรณีเด็ก) 467

15.2 แบบพิจารณาผู้ป่วยเข้าร่วมรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (กรณีผู้ใหญ่) 469

15.3 แบบรายงานการจำหน่าย (Discharge) ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต 471

15.4 แบบรายงาน การติดตามผลการรักษา (Follow up)ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต 472

15.5 แบบรายงาน Conditioning Regimenผู้ป่วยรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ปีงบประมาณ 2561 473

15.6 แบบรายงานการลงทะเบียนผู้ป่วยรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต 474

ภาคผนวก 16 แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ ของหน่วยบริการ 475

นิยามศัพท์ **493**

สารบัญรูปภาพ

ภาพที่ 1	แสดงการบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยนอก (F1)	26
ภาพที่ 2	แสดงการบันทึกรหัสโรค ผู้ป่วยนอก (F2)	27
ภาพที่ 3	แสดงการบันทึกรหัสหัตถการ ผู้ป่วยนอก (F3)	27
ภาพที่ 4	แสดงการบันทึกกรณีค่าใช้จ่ายสูงผู้ป่วยนอก (F4)	28
ภาพที่ 5	แสดงการบันทึก กรณีเบิกรังสีวางแผน หรือรังสีรักษาผู้ป่วยนอก (F5)	28
ภาพที่ 6	แสดงการบันทึกวันเยี่ยมบ้าน กรณีPalliative Care ผู้ป่วยนอก (F6)	29
ภาพที่ 7	แสดงการบันทึกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (F7)	30
ภาพที่ 8	แสดงการบันทึกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก กรณีOP Refer (F8)	31
ภาพที่ 9	แสดงบันทึกข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยใน (F1)	33
ภาพที่ 10	แสดงบันทึกกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน / มีการรับส่งต่อ ผู้ป่วยใน (F4)	33
ภาพที่ 11	บันทึกค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยใน (F5) แบบละเอียด	34
ภาพที่ 12	แสดงบันทึกค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยใน (F5) แบบสรุป	35
ภาพที่ 13	แสดงการเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำตามสิทธิที่ลงทะเบียน	43
ภาพที่ 14	แสดงการบันทึกรหัสโรคหลัก และ รหัสโรครองภาพที่ 14	43
ภาพที่ 15	แสดงการบันทึกรหัสหัตถการ (กรณีที่มีการทำหัตถการ)	44
ภาพที่ 16	แสดงการบันทึกกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการผู้ป่วยในด้วยอาการฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุ หรือมีการรับส่งต่อมาจากหน่วยบริการอื่น	44
ภาพที่ 17	แสดงการบันทึกบริการอื่นๆ ที่ยังไม่จัดหมวด	45
ภาพที่ 18	แสดงบันทึกข้อมูลการรับ-ส่งต่อหน้า F4 AE/RE/LL	47
ภาพที่ 19	แสดงบันทึกข้อมูลอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน	49
ภาพที่ 20	แสดงหน้าหลักโปรแกรม UCEP	56
ภาพที่ 21	แสดงเมนูกรอกแบบฟอร์มส่งเบิก	57

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 9 9/14/17 9:03 AM

ภาพที่ 22 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 57
ภาพที่ 23 แสดงหน้าจอแสดงแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลเบื้องต้น 58
ภาพที่ 24 แสดงหน้าจอแสดงการบันทึกข้อมูลเรียบร้อย 58
ภาพที่ 25 แสดงหน้าจอแสดงการเข้าบันทึกข้อมูลการเงิน 59
ภาพที่ 26 แสดงหน้าจอแสดง TAB ค่ารักษา 59
ภาพที่ 27 แสดง POP UP แจ้งว่าบันทึกเรียบร้อยแล้ว 59
ภาพที่ 28 แสดงหน้าจอแสดงการ Upload รายการF/Sรายบุคคลในหน้ารายการขออนุมัติรวม 60
ภาพที่ 29 แสดงหน้าจอแสดงการ Upload รายการF/Sรายบุคคล ในหน้ารายบุคคล 60
ภาพที่ 30 แสดงหน้าจอแสดงการส่งข้อมูล .CSV ไฟล์รายบุคคล 60
ภาพที่ 31 แสดงหน้าจอแสดงการ upload เอกสารจากหน้ารายการรวม 61
ภาพที่ 32 แสดงหน้าจอแสดงการupload เอกสารในหน้ารายบุคคล 61
ภาพที่ 33 แสดงหน้าจอแสดงแบบฟอร์ม Upload 61
ภาพที่ 34 แสดงหน้าจอแสดงการแจ้งเตือนการ Upload 62
ภาพที่ 35 แสดงหน้าจอแสดงรายการเอกสาร Upload 62
ภาพที่ 36 แสดงข้อมูลในหน้า website ตรวจสอบสิทธิของ สปสช. ณ วันแรกที่รับการรักษา 64
ภาพที่ 37 แสดงการบันทึกข้อมูลเหตุสมควร 69
ภาพที่ 38 แสดงการบันทึกข้อมูลกรณีเหตุสมควร 70
ภาพที่ 39 แสดงการบันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z75REF ศูนย์สำรองเตียง 71
ภาพที่ 40 แสดงการบันทึกข้อมูลการรับส่งต่อ 71
ภาพที่ 41 แสดงการบันทึกรหัสโครงการพิเศษ DMISRC นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ 73
ภาพที่ 42 แสดงบันทึกข้อมูลกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน 78
ภาพที่ 43 แสดงการบันทึกข้อมูลกรณีทหารผ่านศึก/คนพิการ/กำลังพลสำรอง ที่ใช้บริการข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ 80
ภาพที่ 44 แสดงการบันทึกข้อมูลการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือหรือกรมแพทย์ทหารอากาศ 82
ภาพที่ 45 แสดงหน้าหลักโปรแกรม UCEP 86
ภาพที่ 46 แสดงเมนูกรอกแบบฟอร์มส่งเบิก 86

ภาพที่ 47 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 87
ภาพที่ 48-49 แสดงหน้าจอแสดงแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลเบื้องต้น 87
ภาพที่ 50 แสดงหน้าจอแสดงการบันทึกข้อมูลเรียบร้อย 88
ภาพที่ 51 แสดงหน้าจอแสดงการเข้าบันทึกข้อมูลการเงิน 88
ภาพที่ 52 แสดงหน้าจอแสดง TAB ค่ารักษา 88
ภาพที่ 53 แสดง POP UP แจ้งว่าบันทึกเรียบร้อยแล้ว 89
ภาพที่ 54 แสดงหน้าจอแสดงการ Upload รายการ F/S รายบุคคล ในหน้ารายการขออนุมัติรวม 89
ภาพที่ 55 แสดงหน้าจอแสดงการ Upload รายการ F/S รายบุคคล ในหน้ารายบุคคล 90
ภาพที่ 56 แสดงหน้าจอแสดงการส่งข้อมูล .CSV ไฟล์รายบุคคล 90
ภาพที่ 57 แสดงหน้าจอแสดงการ upload เอกสารจากหน้ารายการรวม 90
ภาพที่ 58 แสดงหน้าจอแสดงการupload เอกสารในหน้ารายบุคคล 91
ภาพที่ 59 แสดงหน้าจอแสดงแบบฟอร์ม Upload 91
ภาพที่ 60 แสดงหน้าจอแสดงการแจ้งเตือนการ Upload 92
ภาพที่ 61 แสดงหน้าจอแสดงรายการเอกสาร Upload 92
ภาพที่ 62 แสดงข้อมูลในหน้า website ตรวจสอบสิทธิ ของ สปสช. ณ วันแรกที่รับการรักษา 94
ภาพที่ 63 แสดงการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ 106
ภาพที่ 64 แสดงการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ 106
ภาพที่ 65 แสดงการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ 107
ภาพที่ 66 แสดงการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ 107
ภาพที่ 67 แสดงการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ 108
ภาพที่ 68 แสดงการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ 108
ภาพที่ 69 แสดงการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ 109
ภาพที่ 70 แสดงการบันทึกข้อมูลกรณีสิทธิว่าง 111
ภาพที่ 71 แสดงบันทึกรหัสโครงการพิเศษ 112
ภาพที่ 72 แสดงการบันทึกรหัสโครงการพิเศษ 112

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 11 9/14/17 9:03 AM

ภาพที่ 73 แสดงการบันทึกข้อมูลการให้บริการเด็กแรกเกิดที่เสียชีวิต ก่อนการลงทะเบียน ผู้ป่วยนอก 114

ภาพที่ 74 แสดงการบันทึกข้อมูลการให้บริการเด็กแรกเกิดที่เสียชีวิต ก่อนการลงทะเบียน ผู้ป่วยนอก 114

ภาพที่ 75 แสดงการบันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z34003 ผู้ป่วยนอก 116

ภาพที่ 76 แสดงการบันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z34003 ผู้ป่วยใน 116

ภาพที่ 77 แสดงการบันทึกข้อมูลกรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน มาใช้บริการคลอด 117

ภาพที่ 78 แสดงการบันทึกข้อมูลกรณีรับบริการตรงหน่วยที่ลงทะเบียน เบิกได้เฉพาะค่าใช้จ่ายสูง 119

ภาพที่ 79 แสดงการบันทึกเบิกตามเงื่อนไขที่กำหนด กรณีค่าใช้จ่ายสูง 119

ภาพที่ 80 แสดงการบันทึกเบิกตามเงื่อนไขที่กำหนด กรณีค่าใช้จ่ายสูง 120

ภาพที่ 81 แสดงการบันทึกเบิกตามเงื่อนไขที่กำหนด กรณีค่าใช้จ่ายสูง 120

ภาพที่ 82 แสดงการบันทึกข้อมูลกรณีรับบริการไม่ตรงกับหน่วยที่ลงทะเบียน 121

ภาพที่ 83 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง 130

ภาพที่ 84 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง 130

ภาพที่ 85 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง 131

ภาพที่ 86 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง 131

ภาพที่ 87 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง 132

ภาพที่ 88 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง 132

ภาพที่ 89 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง 133

ภาพที่ 90 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง 133

ภาพที่ 91 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง 134

ภาพที่ 92 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง 134

ภาพที่ 93 แสดงการบันทึกข้อมูลบริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม 137

ภาพที่ 94 แสดงรายการอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา 143

ภาพที่ 95 แสดงรายการอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา 144

ภาพที่ 96 แสดงตัวอย่างการบันทึกเบิกเพดานเทียม 144
ภาพที่ 97 แสดงตัวอย่างการบันทึกเบิกเพดานเทียม 145
ภาพที่ 98 แสดงตัวอย่างการบันทึกเบิกเพดานเทียม 145
ภาพที่ 99 แสดงตัวอย่างการบันทึกเบิกเพดานเทียม 146
ภาพที่ 100 แสดงตัวอย่างการบันทึกเบิกเพดานเทียม 146
ภาพที่ 101 แสดงการล็อคอินเข้าสู่ระบบ 147
ภาพที่ 102 แสดงรายการบริหารจัดการโรค 147
ภาพที่ 103 แสดงข้อความเตือนเกี่ยวกับการบันทึกกรณีการผ่าตัด เพดานเทียม ทันตกรรมจัดฟันและการ บริการแก้ไขการพูด 148
ภาพที่ 104 แสดงการลงทะเบียน 148
ภาพที่ 105 แสดงการค้นหาด้วยรหัส 149
ภาพที่ 106 แสดงการค้นหาด้วยชื่อ/รหัส เพื่อลงทะเบียน 149
ภาพที่ 107 แสดงการลงทะเบียน cleft 149
ภาพที่ 108 แสดงการบันทึกข้อมูลการวินิจฉัย 150
ภาพที่ 109 แสดงการบันทึกข้อมูลนัดผู้ป่วย 150
ภาพที่ 110 แสดงการบันทึกข้อมูลการรักษา (ยสส.2) 151
ภาพที่ 111 แสดงการบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด 152
ภาพที่ 112 แสดงการบันทึกข้อมูลการรักษา (ยสส.3) 152
ภาพที่ 113 แสดงการบันทึกข้อมูลการรักษา (ยสส.3 ต่อ) 153
ภาพที่ 114 แสดงการบันทึกข้อมูลการแก้ไขการพูด (ยสส.5) 153
ภาพที่ 115 แสดงการบันทึกข้อมูลการรักษาทันตกรรม (ยสส.4) 154
ภาพที่ 116 แสดงประวัติการรักษา 154
ภาพที่ 117 แสดงรายละเอียดการลงทะเบียน 155
ภาพที่ 118 แสดงการบันทึกการให้บริการใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทาน 158
ภาพที่ 119 แสดงการบันทึกการให้บริการใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทาน 158
ภาพที่ 120 แสดงการบันทึกเบิกอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา 159
ภาพที่ 121 แสดงการบันทึกเบิกอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา 159

ภาพที่ 122	แสดงการบันทึกเบิกอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา	160
ภาพที่ 123	แสดงการบันทึกเบิกอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา	160
ภาพที่ 124	แสดงการบันทึกการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง	167
ภาพที่ 125	แสดงการบันทึกการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง	167
ภาพที่ 126	แสดงการบันทึกการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง	168
ภาพที่ 127	แสดงการบันทึกการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง	168
ภาพที่ 128	แสดงการบันทึกข้อมูลเบิกกรณีรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง	169
ภาพที่ 129	แสดงการบันทึกหน้าค่ารักษาพยาบาล อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา	169
ภาพที่ 130	แสดงการบันทึกหน้าค่ารักษาพยาบาล อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา	170
ภาพที่ 131	แสดงการบันทึกเบิกกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	171
ภาพที่ 132	แสดงการบันทึกเบิกกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	171
ภาพที่ 133	แสดงการบันทึกเบิกกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	172
ภาพที่ 134	แสดงการบันทึกเบิกได้เฉพาะผู้ป่วยนอก ข้อมูลทั่วไป	177
ภาพที่ 135	แสดงการบันทึกเบิกได้เฉพาะผู้ป่วยนอก ข้อมูลทั่วไป	178
ภาพที่ 136	การบันทึกเงื่อนไขการเรียกเก็บบริการดูแลแบบประคับประคอง	205
ภาพที่ 137	แสดงการบันทึกรหัสโรค	206
ภาพที่ 138	บันทึกข้อมูลหน้า (F3) บันทึกรหัสหัตถการ	206
ภาพที่ 139	บันทึกข้อมูลหน้า (F6) Palliative Care	206
ภาพที่ 140	บันทึกข้อมูลหน้า F7 เลือกที่ปุ่มรายการบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด	207
ภาพที่ 141	การตรวจสอบรายงาน Statement การจ่ายชดเชย	207
ภาพที่ 142	แสดงการตรวจสอบการโอนเงินที่ NHSO Budget	239
ภาพที่ 143	แสดงการตรวจสอบการโอนเงินที่ NHSO Budget	240
ภาพที่ 144	แสดงผลการออกรายงาน REP แบบ SUMMARY	240

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 14 9/14/17 9:03 AM

บทที่ 1 หลักเกณฑ์ในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561

1. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

มาตรา 45 ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(1) ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

(2) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทาง วิธีการ ทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

(3) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพและสังคม แก่ญาติหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

(4) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ตาม (1) และ (2) อย่างเคร่งครัดเว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

(5) **จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข**

ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการ และการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด

มาตรา 46 หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 44 และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 15 9/14/17 9:03 AM

หลักเกณฑ์การกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องผ่านการรับฟังความเห็นตามมาตรา 18 (13) ก่อน และอย่างน้อยต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

(1) อาศัยราคากลางที่เป็นจริงของโรคทุกโรคมาเป็นฐานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานตามมาตรา 50 (4)

(2) ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในส่วนเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร

(3) คำนึงถึงความแตกต่างในภารกิจของหน่วยบริการ

(4) คำนึงถึงความแตกต่างในกลุ่มผู้รับบริการและในขนาดของพื้นที่บริการที่หน่วยบริการรับผิดชอบ

ดังนั้น หน่วยบริการที่เข้าใหม่หรือหน่วยบริการเดิมที่เข้าร่วมให้บริการจำเป็นต้องมีระบบสารสนเทศที่ทันกับการพัฒนาการเบิกจ่าย ทั้งเงื่อนไขการจ่ายชดเชยที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละปีงบประมาณ และเทคนิคการปรับปรุงโปรแกรม version ใหม่ ๆ อยู่เสมอ

ทั้งนี้หน่วยบริการ สามารถติดตั้งโปรแกรมระบบอิเลคทรอนิกส์ได้โดยประสานงานมายัง สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ

2. สิทธิในการขอรับค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

2.1 สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.2 หน่วยบริการรับการส่งต่อ หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ หรือเฉพาะทาง โดยผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเมื่อได้รับการส่งต่อหรือได้รับความเห็นชอบจากหน่วยบริการประจำหรือสำนักงาน ทั้งนี้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุนตามที่คณะกรรมการกำหนด ตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2549

2.3 สถานบริการอื่น หมายถึง สถานพยาบาลเอกชนในความหมายของกรมบัญชีกลาง หรือสถานพยาบาลที่ไม่ใช่คู่สัญญาของสำนักงานประกันสังคมและไม่ใช่สถานพยาบาลเครือข่ายในระบบประกันสังคม หรือสถานพยาบาลที่ไม่ใช่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสถานพยาบาลที่ไม่มีสิทธิเบิกตามข้อตกลงขององค์การเภสัชกรรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจและองค์กรอิสระอื่นๆ ทั้งนี้สถานบริการเอกชนดังกล่าวจะกำหนดเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่มีการให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก**และ**ผู้ป่วยใน ไม่นับรวมโพลีคลินิก หรือคลินิกเอกชน โดยหน้าที่ของสถานบริการจะต้องให้บริการตามกฎหมาย พ.ร.บ. สถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 16 9/14/17 9:03 AM

3. สิทธิในการรับบริการของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การให้บริการแก่ผู้ป่วยที่เบิกได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หมวดที่ 1 สิทธิการเข้ารับบริการสาธารณสุข มาตรา 5, 6, 7 และ 8 โดยสิทธิผู้รับบริการในหนังสือคู่มือเล่มนี้ ประกอบด้วย

1) ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมกรณีลงทะเบียนตามมติบอร์ด

2) ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (สิทธิว่าง เด็กแรกเกิด และผู้ที่เสียชีวิตก่อนลงทะเบียน) รวมกรณีลงทะเบียนตามมติบอร์ด

3) ผู้ประกันตน (สิทธิประกันสังคม) ที่ส่งเงินสบทบไม่ครบ 3 เดือน เข้ารับบริการรักษาพยาบาล

4) ผู้ประกันตน (สิทธิประกันสังคม) ที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน เข้ารับบริการคลอด

4. ขั้นตอนการเข้ารับบริการ และเงื่อนไขการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ

การเข้ารับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิ ต้องเป็นไปตามประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข และผู้มีสิทธิต้องใช้สิทธิ ดังนี้

1) การเข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำ หรือเครือข่ายหน่วยบริการประจำ

2) การเข้ารับบริการจากหน่วยบริการอื่น กรณีที่หน่วยบริการประจำส่งต่อ

3) การรับบริการที่หน่วยบริการอื่น กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกหน่วยบริการประจำ

3.1) ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแล้ว รับบริการกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่จำกัดจำนวนครั้ง

3.2) ผู้มีสิทธิ UC ที่มีสิทธิย่อยเป็นทหารผ่านศึก คนพิการ ให้เข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำของตน หากจำเป็นต้องได้รับการรักษาเฉพาะทางต้องผ่านระบบส่งต่อ ยกเว้นกรณีที่ไม่สามารถกลับไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำได้ สามารถเข้ารับบริการในหน่วยบริการของรัฐต่างจังหวัดได้ตามความจำเป็น

3.3) กำลังพลสำรองและทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) อาสาสมัครทหารพราน สังกัดกรมแพทย์ทหารบก

3.4) ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ รวมทหารพราน และสังกัดกรมแพทย์ทหารอากาศ

4) ในบางกรณีผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการตามเงื่อนไขโครงการโรคเฉพาะ เช่น โครงการหลอดเลือดสมอง โครงการโรคเลือดออกง่าย โครงการหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น ทั้งนี้ การเข้ารับบริการจะต้อง เป็นไปตามแนวปฏิบัติที่กำหนดของแต่ละโครงการ

5) กรณีการเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่น ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่น (สถานบริการเอกชน) ที่ไม่ได้เข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ เฉพาะกรณี อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินตามมาตรา 7 ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสถานบริการนั้นมีสิทธิขอรับค่าใช้จ่ายจาก สปสช. ได้ตามแนวทางฯ และอัตราที่กำหนดตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 17 9/14/17 9:03 AM

การใช้สิทธิรับบริการกรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ.2560 (รายละเอียดตามภาคผนวก 6.1)

6) กรณีการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุจราจร ให้ผู้มีสิทธิใช้สิทธิตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และที่มีการแก้ไขเพิ่มเติม จนครบวงเงินความคุ้มครองเบื้องต้น 30,000 บาท ก่อนทั้งในกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยส่วนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในที่เกินวงเงินคุ้มครองหลังจากที่คำนวณได้ในระบบ DRGs ให้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5. ขั้นตอนการให้บริการสำหรับหน่วยบริการ และขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

เมื่อรับผู้ป่วยไว้ในหน่วยบริการ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หน่วยบริการมีหน้าที่ในการตรวจสอบและจัดทำข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ตรวจสอบสิทธิของผู้รับบริการ และให้คำแนะนำการใช้บริการตามสิทธิ

2) ให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์และความจำเป็นทางการแพทย์หรือตามเงื่อนไขที่ระบุในโครงการเฉพาะ

3) จัดทำข้อมูลเพื่อขอรับการชดเชยตามที่ สปสช. กำหนด

4) ตรวจสอบข้อมูลรายงานการจ่ายเงินชดเชยตามรอบที่กำหนด

6. การจัดทำข้อมูล

6.1 การให้รหัสโรค ให้ใช้รหัสการวินิจฉัยโรคตาม International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2010 (ICD-10 ของ WHO ฉบับปี ค.ศ. 2010) และ ICD-10 TM

หมายเหตุ รหัสโรคตาม ICD-10-TM สามารถใช้ได้เฉพาะรหัสที่มีการวิเคราะห์หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 5 รองรับได้

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

6.3 การส่งข้อมูล

1) หน่วยบริการต้องจัดทำบัญชีรายการยาของหน่วยบริการ (Drug catalogue) พร้อมทั้งปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอก่อนส่งข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีมีรายการยาใหม่เข้ามาในบัญชียาของหน่วยบริการ ต้องจัดส่งเพื่อให้ สปสช. Approve แล้วเก็บไว้ที่ฐานการจ่ายชดเชยของ สปสช.

2) หากมีค่าใช้จ่ายที่ในหมวดค่ายา หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายเป็นรายการยาตามบัญชียา (Drug catalogue) ของหน่วยบริการ สำหรับการเบิกชดเชยที่เข้าเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- กรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉินผู้ป่วยนอก
- กรณีรักษาโรคมะเร็งที่กำหนดโปรโตคอล และมีการรักษาตามโปรโตคอล ทั้งผู้ป่วยนอก และ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 18 9/14/17 9:03 AM

ผู้ป่วยใน

- กรณีรักษาผู้ป่วยในที่มีการกำหนดจ่ายเพิ่มเติม (Add on) รายการยาตามที่กำหนด
- กรณีอื่นๆ ตามที่ สปสช. กำหนด

3) การขอเบิก/จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่ายา เป็นต้น ให้เป็นไปตามสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4) การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต รายการที่ สปสช. กำหนดราคากลางให้หน่วยบริการเรียกเก็บได้ตามจริงไม่เกินราคากลาง และรายการที่ สปสช. ยังไม่กำหนดราคากลางให้หน่วยบริการเรียกเก็บตามจริงไม่เกินราคากลางที่กรมบัญชีกลางได้กำหนดไว้

6.4 การนับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (LOS)

การนับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ให้ใช้วันที่จำหน่าย (Discharge) ลบด้วยวันที่เข้ารับบริการ (Admission) ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admit) น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ให้นับเป็นผู้ป่วยนอก ยกเว้นประเภทการจำหน่าย (Discharge Type) เป็นเสียชีวิต (Dead) หรือ หนีกลับ (Escape) หรือ ส่งต่อ (Refer) ปฏิเสธการรักษา (Against Advice)

6.5 หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยนอกก่อน และต่อมารับไว้เป็นผู้ป่วยใน ภายในเวลา 24 ชั่วโมง ให้ขอรับค่าใช้จ่ายเป็นกรณีผู้ป่วยในเท่านั้น ยกเว้นในบางกรณีที่เข้ารับบริการด้วยโรคอื่น ๆ หรือกรณีกลับบ้านแล้วเกินกว่า 4 ชั่วโมง อาการไม่ดีขึ้นและกลับมานอนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ในกรณีนี้ถือว่าเบิกค่าใช้จ่ายได้ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

6.6 กรณีผู้ป่วยใน ที่ไม่อยู่ในหน่วยบริการมากกว่า 24 ชั่วโมงถือว่าเป็นการลากลับบ้าน (Leave day) ให้บันทึกจำนวน Leave day ตามข้อเท็จจริงของการ Admit ในครั้งนั้นด้วย

6.7 การคิดค่าใช้จ่ายในการให้บริการ ให้หน่วยบริการจัดทำข้อมูลตามมาตรฐานหมวดรายการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล 18 หมวดรายการ ของ สปสช.

6.8 คำนวณหาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight : RW) กรณีผู้ป่วยในตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 5 (DRGs version 5)

7. วิธีการส่งข้อมูลเบิกจ่ายชดเชย

หน่วยบริการสามารถเบิกจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ได้ดังนี้

7.1 ระบบโปรแกรมอิเลคทรอนิกส์ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเป็นข้อมูลอิเลคทรอนิกส์ตามที่ สปสช.กำหนด เช่น DMIS หรือ โปรแกรม e-Claim (ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561 ข้อ 21)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 19 9/14/17 9:03 AM

สำหรับข้อมูลที่ส่งในระบบโปรแกรม e-Claim เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำการตรวจสอบและประมวลผลแล้ว จะรายงานผลการรับส่งข้อมูลรายวัน (REP) วางให้หน่วยบริการตรวจสอบทางหน้า web e-Claim ในวันทำการ จันทร์, พุธ และศุกร์ ตัดยอดข้อมูลทุกวันสุดท้ายของเดือน และออกรายงานการจ่ายเงินรายเดือน (Statement) ในวันที่แสดง (รายละเอียดตามผนวก 12)

หมายเหตุ 1. กรณีผู้ป่วยใน จะแสดงอัตราจ่าย (Base Rate) หลังการประมวลผลและออกรายงานการจ่ายเงินรายเดือน (Statement) แล้ว

2. กรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C) แสดงสถานะ C ในรายงาน หรือถูกปฏิเสธการจ่าย (Deny) แสดงสถานะ D ในรายงาน หน่วยบริการสามารถแก้ไขให้ถูกต้องและส่งเข้ามาใหม่ได้ตลอดจนกว่าจะประมวลผลผ่าน A และออกรายงานการจ่ายเงินรายเดือน (Statement) ในรอบเดือนที่ข้อมูลนั้นผ่าน A แสดงในระบบสามารถตรวจสอบการโอนเงินได้ทาง www.nhso.go.th/ เลือกหน่วยบริการ เลือก NHSO Budget ส่วนรายละเอียดตรวจสอบได้ที่หน้าเวป e-Claim โดยหน่วยบริการจะต้องจัดทำเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องเก็บรักษาไว้ ณ หน่วยบริการ

7.1.1 กรณีที่ สปสช. ขอตรวจสอบแล้วไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการ จะถือว่าหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการนั้น และ สปสช. จะเรียกคืนค่าใช้จ่ายในส่วนที่ไม่พบหลักฐานการให้บริการ

7.1.2 กรณีที่มีการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายที่ผิดปกติ สปสช.อาจปฏิเสธการจ่ายหรืออาจเรียกคืนในรายที่ได้จ่ายชดเชยไปแล้ว กรณีตรวจพบว่ามีการเบิกจ่ายซ้ำซ้อน หน่วยบริการสามารถขออุทธรณ์โดยแนบเวชระเบียนเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายเงินเป็นราย ๆ ไป

7.2 ระบบเอกสาร ในระหว่างรอการพัฒนาระบบโปรแกรมอิเลคทรอนิกส์รองรับการบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายชดเชย ให้หน่วยบริการส่งเอกสารการขอเบิกชดเชยตามแบบฟอร์มที่ สปสช. ที่กำหนด เช่น การเบิกจ่ายชดเชยกรณีปลูกถ่ายเซลต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic stem cell transplantation), กรณี Maxillary Distractor เป็นต้น (รายละเอียดตามภาคผนวก 15)

8. ระยะเวลาในการส่งข้อมูล

ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ภายในระยะเวลา 30 วัน นับจากวันที่ให้บริการผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยนอก หรือนับจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วย (Discharge) สำหรับกรณีผู้ป่วยในข้อมูลปีงบประมาณ 2561 ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจะสิ้นสุดการเรียกเก็บ (แจ้งหนี้) โดยถือวันส่งข้อมูล (sent date) ภายในวันที่ 30 กันยายน 2562 (รายละเอียดตามปฏิทินการออก Statement ในภาคผนวก 12) โดยข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนดนี้ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ที่จะขอรับค่าใช้จ่าย

9. ข้อมูลที่ส่งช้ากว่ากำหนด

สปสช.กำหนดวันที่ส่งข้อมูลทันเวลา (PS=0) ไว้ที่ปฏิทินการออก Statement ให้ส่งข้อมูลทันเวลา (PS=0) สปสช. จะคำนวณลดอัตราการจ่ายชดเชยกรณีส่งข้อมูลเรียกเก็บช้ากว่าวันที่กำหนด ดังนี้

9.1 ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายร้อยละ 95 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด

9.2 ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายร้อยละ 90 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด

9.3 ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่าย ไม่เกิน ร้อยละ 80 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 20 9/14/17 9:03 AM

10. การรับส่งต่อผู้รับบริการ

การรับ- ส่งต่อผู้รับบริการ เป็นวิธีการที่ให้หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยเมื่อเกินขีดความสามารถหรือศักยภาพหน่วยบริการนั้น ๆ จะต้องจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิที่เหมาะสม เพื่อให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย และเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจนสามารถกลับหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการใกล้บ้านได้แล้ว จะต้องมีระบบการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญของการรักษาพยาบาล รวมถึงข้อมูลด้านการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่เกิดจากการส่งต่อนั้นด้วย ดังนั้นข้อพึงปฏิบัติในการส่งตัวผู้ป่วยเป็นดังนี้

10.1 การส่งตัวผู้ป่วยเป็นไปตามกรอบแนวทางของการส่งเสริมการจัดระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข และอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพพื้นที่กำหนด ที่มีเป้าหมายของการเกินศักยภาพของหน่วยบริการในระดับต่าง ๆ

10.2 หน่วยบริการประจำของผู้ป่วย หรือหน่วยบริการอื่นที่จำเป็นต้องส่งต่อผู้รับบริการ มีหน้าที่จัดทำหนังสือส่งต่อและส่งไปพร้อมผู้รับบริการ และให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อตอบกลับหนังสือส่งต่อเมื่อสิ้นสุดการรักษา ยกเว้นในเขตที่มีการพัฒนาระบบส่งต่อในโปรแกรมอิเลคทรอนิกส์ เช่น เขต กรุงเทพมหานคร เป็นต้น

10.3 กรณีที่หน่วยบริการที่ส่งต่อไม่ได้เป็นหน่วยบริการประจำของผู้รับบริการ ให้หน่วยบริการที่ส่งต่อนั้น แจ้งเป็นเอกสารให้หน่วยบริการประจำของผู้รับบริการได้ทราบถึงการส่งต่อผู้รับบริการนั้นด้วย

ในกรณีที่มีเหตุอันสมควร เช่น กรณีเกิดภัยพิบัติ ซึ่งส่งผลกระทบทำให้ประชาชนผู้รับบริการไม่สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำได้ กรณีการเข้ารับบริการของทหารเกณฑ์กองประจำการ และอื่น ๆ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด สามารถละเว้นหนังสือส่งต่อที่ส่งไปพร้อมผู้รับบริการ ได้

10.4 ระยะเวลาของหนังสือส่งตัวมีอายุใช้ได้ นับแต่วันที่ทำหนังสือเพื่อส่งต่อ ถึงวันที่ให้บริการตามประเภท ของผู้รับบริการ ดังนี้

ประเภทผู้ป่วยนอก

1) ให้หนังสือส่งต่อ มีอายุใช้ได้ไม่เกิน 90 วัน

2) ในกรณีที่หนังสือส่งต่อใกล้จะหมดอายุ แต่การรักษายังไม่สิ้นสุด ให้หน่วยบริการที่ให้บริการแจ้งแผนการรักษาและระยะเวลาให้หน่วยบริการประจำของ ผู้รับบริการทราบ เพื่อจัดทำหนังสือส่งตัวฉบับใหม่ โดยให้ระบุอายุของหนังสือส่งต่อตามแผนการรักษานั้น

ประเภทผู้ป่วยใน

1) ให้หนังสือส่งต่อมีอายุใช้ต่อไปได้อีกไม่เกิน 60 วัน นับจากวันที่หน่วยบริการจำหน่ายผู้รับบริการนั้น

10.5 วิธีการและหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายค่าใช้จ่าย

ประเภทผู้ป่วยนอก

1) กรณีส่งต่อภายในจังหวัด ให้วิธีการและหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายขึ้นอยู่กับข้อตกลงภายในจังหวัด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 21 9/14/17 9:03 AM

2) กรณีส่งต่อข้ามจังหวัด ให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อบันทึกข้อมูลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยให้หน่วยบริการประจำ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ สปสช. พิจารณาอนุมัติเห็นชอบ และให้ สปสช. ทำหน้าที่ชำระบัญชีแทนหน่วยบริการประจำหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแล้วแต่กรณี

ประเภทผู้ป่วยใน

ให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อบันทึกข้อมูลในรูปแบบอิเลคทรอนิกส์ ส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย ภายใน 30 วันหลังจากจำหน่ายผู้ป่วย ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะทำหน้าที่ในการพิจารณาจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการที่รับส่งต่อ ตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีส่งต่อผู้ป่วยใน

10.6 ระยะเวลาเบิกค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำของผู้รับบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วแต่กรณี ภายในกำหนดเวลา ดังนี้

ประเภทผู้ป่วยนอก

1) กรณีส่งต่อภายในจังหวัด ให้เป็นไปตามข้อตกลงภายในจังหวัด ยกเว้น จังหวัดที่กันเงิน Virtual account ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมรวมและตรวจสอบข้อมูลค่าใช้จ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและป่วยฉุกเฉินในจังหวัดและแจ้งการจัดสรรเงินที่ต้องจ่ายให้กับหน่วยบริการที่รักษามายัง สปสช. เพื่อจะได้โอนเงินให้กับหน่วยบริการที่รักษาต่อไป

2) กรณีส่งต่อข้ามจังหวัด ให้เป็นไปตามตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (รายละเอียดตามบทที่ 3)

ประเภทผู้ป่วยใน

ให้ส่งข้อมูลเพื่อเบิกค่าใช้จ่ายตามที่กำหนดตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีส่งต่อผู้ป่วยใน

การส่งตัวผู้ป่วยต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่าย

เพื่อให้การส่งตัวผู้ป่วยไปรับบริการยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าสอดคล้องกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข มีข้อปฏิบัติดังนี้

1. หน่วยบริการประจำ

1.1 ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยส่งต่อทุกครั้งก่อนเขียนหนังสือส่งตัว เพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำของผู้ป่วย

1.2 หน่วยบริการประจำมีหน้าที่ตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากการส่งต่อนั้น ตามอัตราการจ่ายชดเชยกรณีส่งต่อ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามแนวทางที่กำหนด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 22 9/14/17 9:03 AM

2. หน่วยบริการรับส่งต่อ ที่ 1

2.1 ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยทุกครั้ง เมื่อได้รับผู้ป่วยที่มีหนังสือส่งตัวมารักษา เพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำของผู้ป่วย

2.2 หลังให้บริการผู้ป่วยแล้วให้ส่งข้อมูลหรือหลักฐานเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางที่กำหนด

1) ประเภทผู้ป่วยนอก เรียกเก็บเงินค่าบริการตามเงื่อนไขส่งต่อในจังหวัดหรือส่งต่อข้ามจังหวัด

2) ประเภทผู้ป่วยใน เรียกเก็บเงินค่าบริการตามเงื่อนไขส่งต่อผู้ป่วยใน (รายละเอียดตามบทที่ 3)

2.3 กรณีที่หน่วยบริการรับส่งต่อที่ 1 จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่ 2 เพื่อทำหัตถการหรือตรวจวินิจฉัยหรือรักษาอื่นใด โดยที่ไม่มีการจำหน่าย แล้วกลับมานอนรักษายังหน่วยบริการรับส่งต่อที่ 1 ให้หน่วยบริการรับส่งต่อที่ 1 ตามจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นแก่หน่วยบริการรับส่งต่อที่ 2 ตามอัตราค่าบริการที่เรียกเก็บเนื่องจากเป็นการซื้อบริการต่อ ทั้งนี้การทำหัตถการ การตรวจ หรือการรักษาที่ทำที่หน่วยบริการอื่น หน่วยบริการแห่งรับส่งต่อที่ 1 สามารถนำข้อมูลมาบันทึกเบิกเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไขของการบริการผู้ป่วยในได้

2.4 กรณีที่หน่วยบริการรับส่งต่อที่ 1 จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการแห่งที่ 2 โดยมีการจำหน่ายจากหน่วยบริการ ให้หน่วยบริการรับส่งต่อที่ 1 แจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่หน่วยบริการประจำทราบถึงการส่งต่อ ผู้ป่วยต่อเนื่องในครั้งนี้ ทั้งนี้การเรียกเก็บค่าบริการ หน่วยบริการแห่งที่ 2 จะส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยใน (รายละเอียดตามบทที่ 3)

11. โปรแกรมบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

สปสช. มีโปรแกรมให้หน่วยบริการบันทึกหลายโปรแกรม ตามตารางแสดงโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่าย ดังนี้

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 23 9/14/17 9:03 AM

ตารางแสดงโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่าย

ระบบ/โปรแกรม	ข้อมูลเพื่อขอรับการชดเชย	หมายเหตุ
โปรแกรม e-Claim	-กรณีผู้ป่วยใน -กรณีผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ-กรณีค่าใช้จ่ายสูง-กรณีผู้ป่วยนอกเจ็บป่วยฉุกเฉิน	
โปรแกรม DMIS	กรณีบริการกรณีเฉพาะ-Hemophilia-Cleft lip & cleft palate, HD, CAPD, KT, COPD, TB, NAP, Down Syndrome, Thalassemia, Chronoscope, Bone marrow Transplant *, Maxillary *	*.ใช้เอกสารในการเบิกจ่าย
โปรแกรม UCEP	-กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต	
โปรแกรมมาตรา 7 online	-กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามข้อบังคับฯ มาตรา 7	
โปรแกรม NHSO Client	-ลงทะเบียนเบิกจ่ายตรงกรณี และขอเลขอนุมัติ สิทธิข้าราชการ , อปท.	
ระบบลงทะเบียนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ERM	การตรวจสอบสิทธิและลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ	เริ่มใช้ 21 ส.ค. 60
Web Service (ตรวจสอบสิทธิ)	การตรวจสอบสิทธิและลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ(กรณีใช้ Hospital Information System (HIS) ตรวจสอบสิทธิกับระบบตรวจสอบสิทธิของ สปสช.)	
โปรแกรมค้นหาข้อมูลหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Hospital search)	การตรวจสอบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพ	
ระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกันโรรายบุคคล (OPPP Individual record)	กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค OP/PP/IP (43 แฟ้ม)	

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 24 9/14/17 9:03 AM

11.1 โปรแกรมบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข (โปรแกรม e-Claim)

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการ ด้วยโปรแกรม e-claim ของ สปสช.ภายใน 30 วัน หลังให้บริการ/จำหน่าย ระบบจะทำการประมวลผลข้อมูลเพื่อจ่ายชดเชยค่าบริการและตอบกลับให้หน่วยบริการทราบทุกวันจันทร์ วันพุธ วันศุกร์ และตัดรอบการส่งข้อมูลทุกสิ้นเดือนเพื่อออก Statement รายงานยอดเงินจ่ายชดเชยประจำเดือน

1) กรณีผู้ป่วยนอก

รายละเอียดการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกมีดังนี้

ข้อมูลทั่วไป (F1) หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยให้ครบทุกช่อง ความหมายของบางหัวข้อ ให้คำอธิบายเพิ่มเติม ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยนอก

1.1 เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) หมายถึง เลขประจำตัวของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการของหน่วยบริการนั้นๆ

1.2 ประเภทบัตร สำหรับผู้มีสิทธิ UC/สิทธิว่าง เลือกประเภทบัตรเป็นบัตรประชาชน

1.3 หมายเลขบัตร หมายถึง เลขประจำตัวประชาชน 13 หลักของผู้ป่วย กรณีสัญชาติไทยหรือเลขอื่นๆ กรณีไม่ใช่สัญชาติไทย ยกเว้นกรณีเด็กแรกเกิดเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน หมายเลขบัตรดังกล่าวให้ใช้เป็น “0” 13 ตัว ตามค่าตั้งต้น (Default) ของโปรแกรม

2. ข้อมูลสิทธิ

2.1 สิทธิ (สิทธิประโยชน์) ระบุสิทธิที่ต้องการเบิกในการเข้ารับบริการในครั้งนั้นๆ ตามเงื่อนไขการเบิกเชยค่าบริการของแต่ละสิทธิ

2.2 เงื่อนไขการเรียกเก็บ เลือกตามหลักเกณฑ์ในการใช้สิทธิ ดังนี้

- Normal หรือ
- Accident หรือ
- Emergency หรือ
- OP Refer ข้ามจังหวัด หรือ
- OP Refer ในจังหวัด

หากเป็นการให้บริการในจังหวัด ไม่ต้องเลือก โปรแกรมจะ Default ที่ “กรุณาเลือก”

2.3 การใช้สิทธิ

- ข้อมูลที่ส่งเบิกชดเชยค่าบริการจาก สปสช. การใช้สิทธิ เลือก **ใช้สิทธิ**
- กรณีเลือก ไม่ใช้สิทธิ ข้อมูลจะไม่ผ่านการตรวจสอบขั้นต้น (ติด C) ดังนั้นหากไม่ต้องการเบิกชดเชยค่าบริการไม่ต้องส่งเข้ามาในระบบ

2.4 โครงการพิเศษ หมายถึง บริการหรือการจ่ายชดเชยที่กำหนดเป็นกรณีเฉพาะ เช่น การเบิก shunt ในผู้ป่วยฟอกเลือด (HD) โดยใส่ Project Code = DMISHD เป็นต้น ทั้งนี้หน่วยบริการสามารถเลือกให้ตรงกับเงื่อนไขหรือกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น (รายละเอียดตามตารางที่ 1 รหัสโครงการพิเศษ)

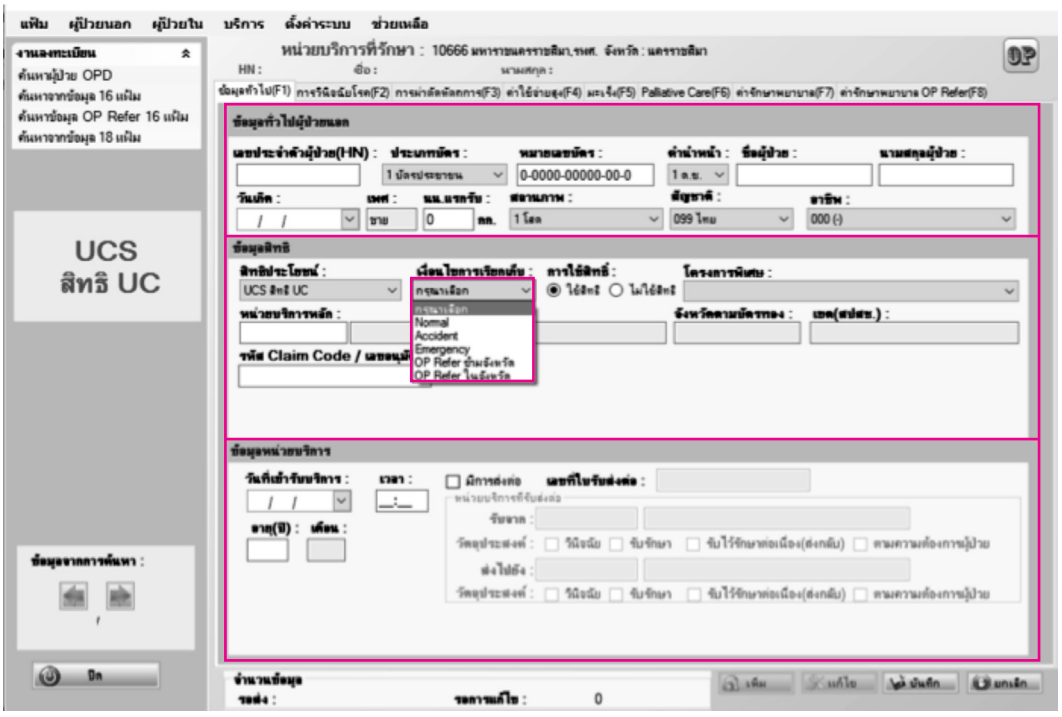
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 25 9/14/17 9:03 AM

2.5 หน่วยบริการหลัก หมายถึง หน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ UC ที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการไว้แล้ว กรณีสิทธิว่าง กรณีเด็กหรือผู้ใหญ่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน ไม่ต้องบันทึกหน่วยบริการประจำ

2.6 รหัส Claim code / เลขอนุมัติ กรณี สิทธิ UC ให้บันทึกเลข claim code ซึ่งหน่วยบริการได้มาจากการขอในระบบโปรแกรมตรวจสอบสิทธิ ในกรณีเด็กแรกเกิด หรือสิทธิว่างที่ยังไม่มีหน่วยบริการประจำ

กรณีสิทธิข้าราชการ หรือ สิทธิ อปท.ให้บันทึกเลขอนุมัติที่สถานพยาบาล ได้มาจากโปรแกรม NHSO Client ในกรณีรักษาเป็นผู้ป่วยใน หรือกรณีที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเบิกจ่ายตรง ณ หน่วยบริการนั้น หรือ กรณี ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ปรากฏสิทธิในระบบแต่มีหนังสือรับรองสิทธิจากส่วนราชการต้นสังกัด ซึ่งต้องนำหนังสือรับรองสิทธินั้นมาขอเลขอนุมัติจากโปรแกรม NHSO Client

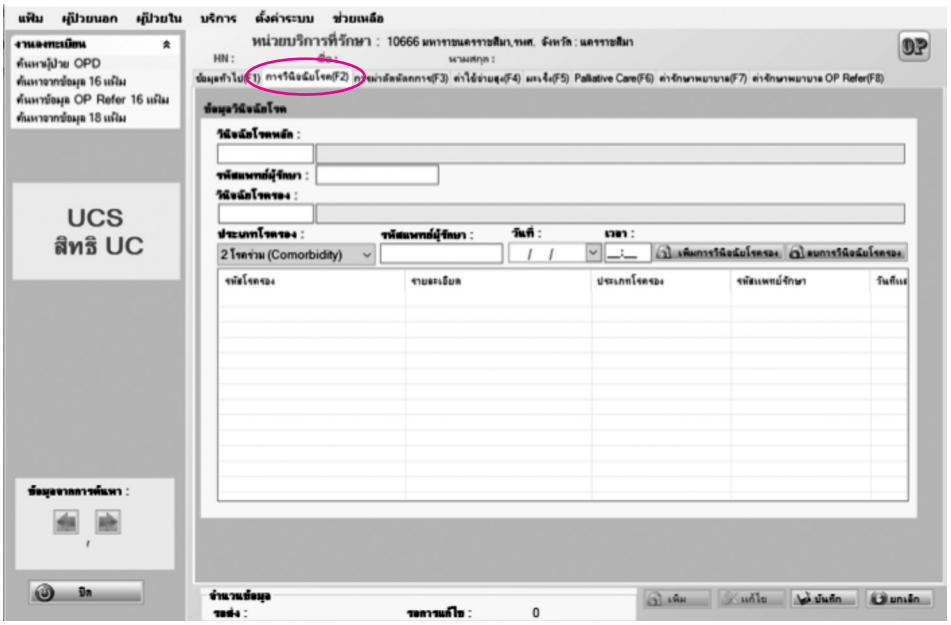
3. ข้อมูลหน่วยบริการ เป็นข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วย วันที่รับบริการ เวลา และบันทึกชื่อหน่วยบริการที่รับหรือส่งต่อ กรณีมีการรับส่งต่อ



ภาพที่ 1 แสดงการบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยนอก (F1)

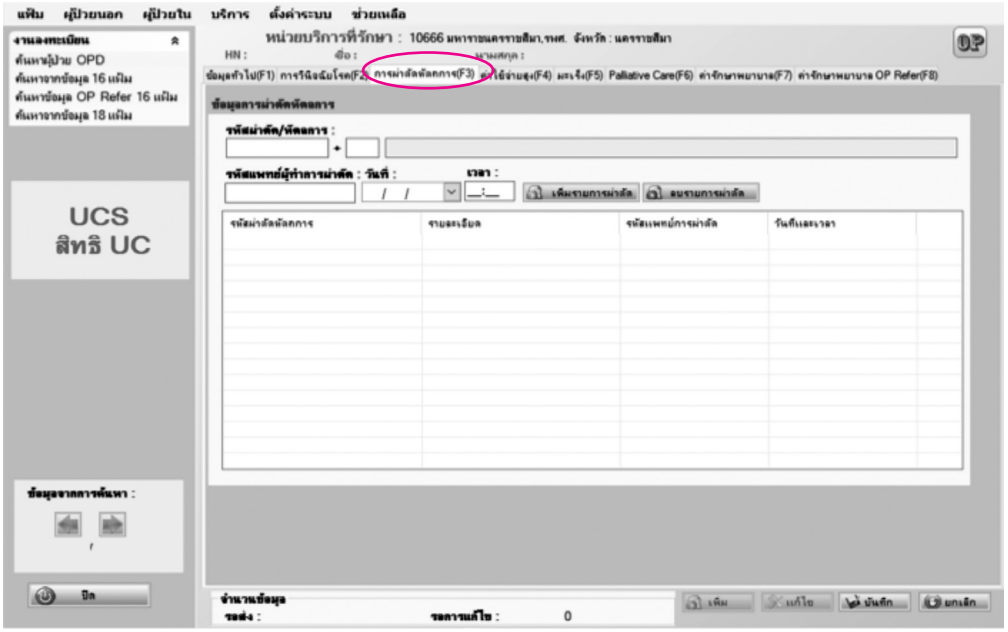
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 26 9/14/17 9:03 AM

4. **การวินิจฉัยโรค** (F2) **บันทึกรหัส ICD10 WHO 2010** รหัสโรคตาม ICD-10-TM สามารถใช้ได้เฉพาะรหัสที่หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 5 รองรับได้



ภาพที่ 2 แสดงการบันทึกรหัสโรค ผู้ป่วยนอก (F2)

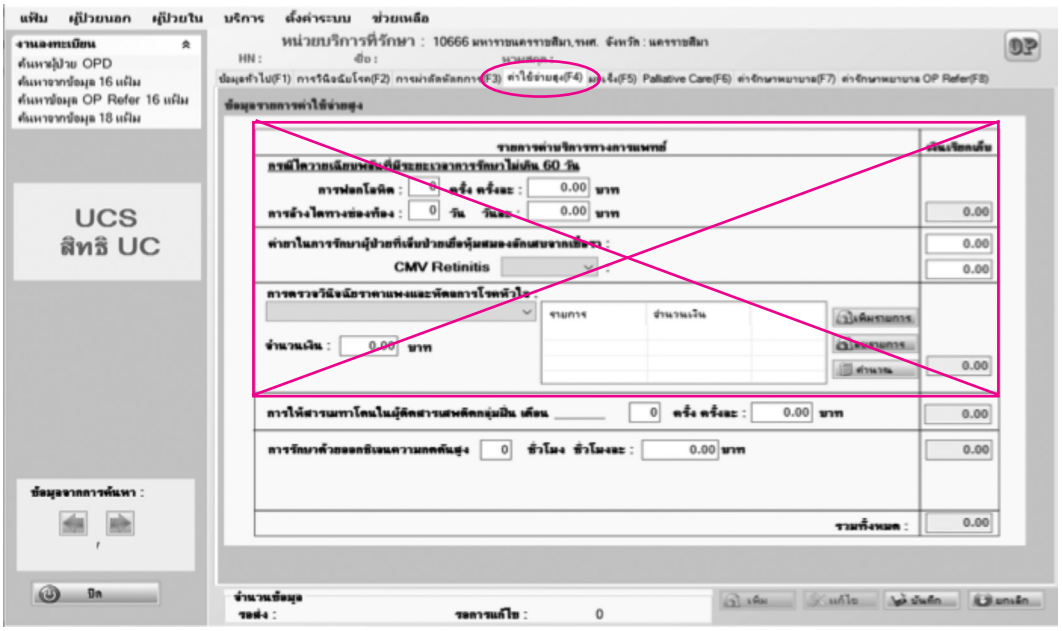
5. **การผ่าตัดหัตถการ** (F3) บันทึกรหัส ICD9CM WHO 2010



ภาพที่ 3 แสดงการบันทึกรหัสหัตถการ ผู้ป่วยนอก (F3)

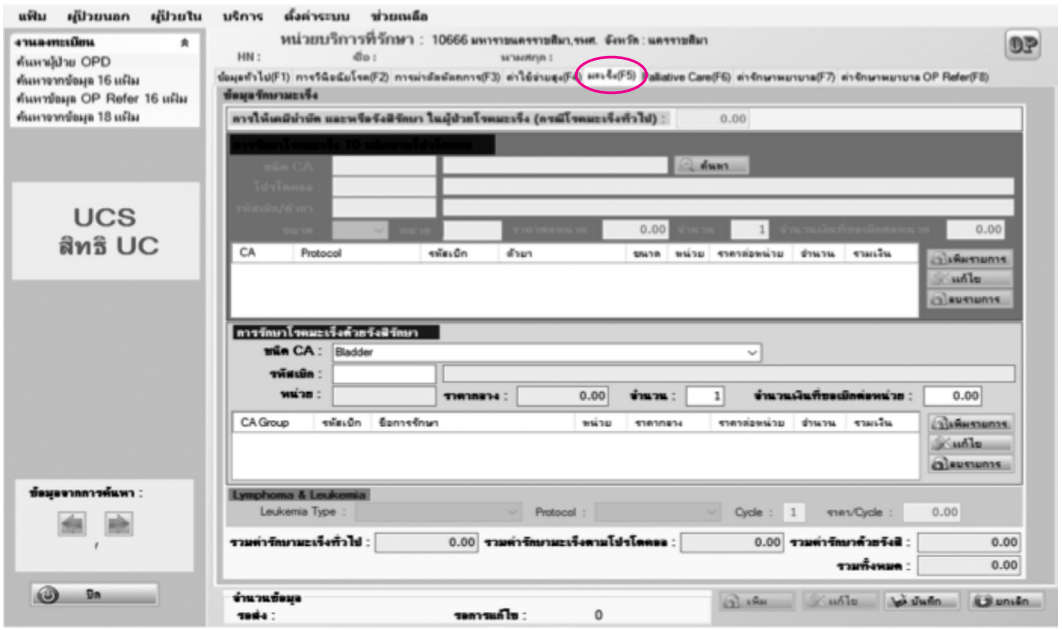
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 27 9/14/17 9:03 AM

6. **ค่าใช้จ่ายสูง** (F4) บันทึกข้อมูลเบิกกรณีบริการกรณีเฉพาะ เช่น การให้สารเมทาโดน การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง เป็นต้น



ภาพที่ 4 แสดงการบันทึกกรณีค่าใช้จ่ายสูงผู้ป่วยนอก (F4)

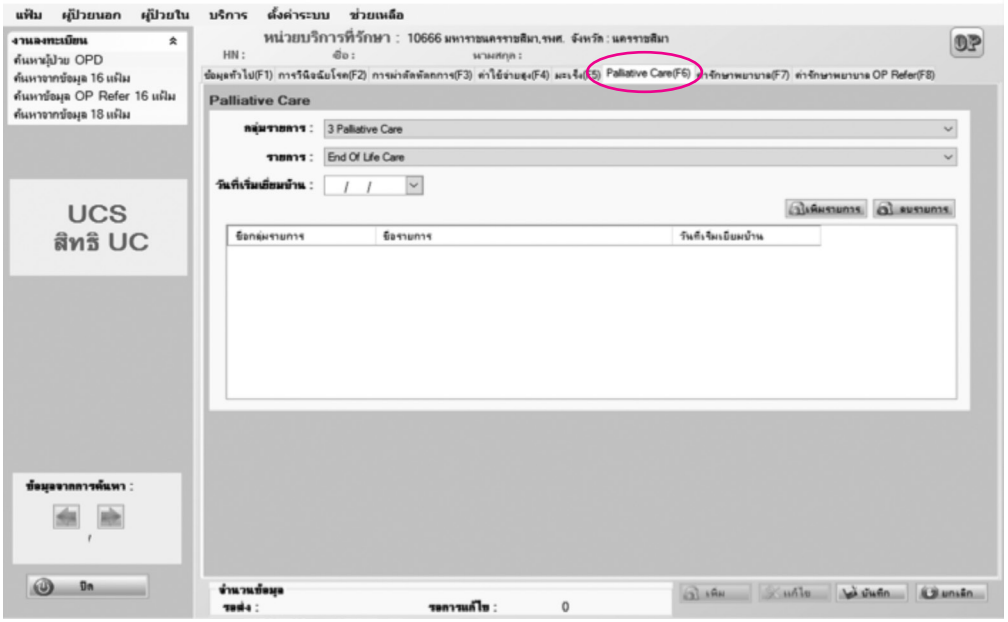
7. **มะเร็ง** (F5) บันทึกเบิกกรณีการรักษามะเร็งด้วย รังสีวางแผน หรือรังสีรักษา



ภาพที่ 5 การบันทึก กรณีเบิกรังสีวางแผน หรือรังสีรักษาผู้ป่วยนอก (F5)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 28 9/14/17 9:03 AM

8. **Palliative Care** (F6) บันทึกกรณีการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย



ภาพที่ 6 แสดงการบันทึกวันเยี่ยมบ้าน กรณี Palliative Care ผู้ป่วยนอก (F6)

9. **ค่ารักษาพยาบาล** (F7) ใช้บันทึกค่าใช้จ่ายตามหมวด กรณีผู้ป่วยนอกบริการกรณีเฉพาะ เท่านั้น

9.1 รายการอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกขอเบิกอุปกรณ์ (Instrument)

9.2 ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ. บันทึกรายการยาตาม Drug Catalog ของหน่วยบริการ

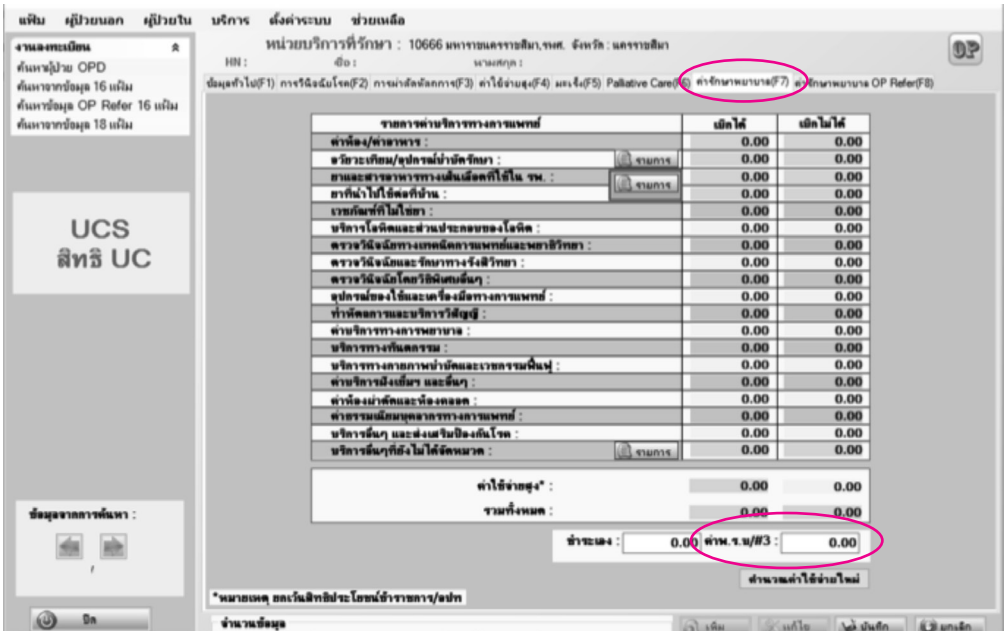
9.3 รายการบริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด เลือกปุ่มรายการนี้กรณีที่ต้องการบันทึกขอเบิก

- ค่าพาหนะ
- การทำ Vascular access ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

9.4 กรณีเป็นอุบัติเหตุจากรถที่กฎหมายกำหนดให้มี พรบ. บันทึกจำนวนเงินที่เบิกจากกองทุน พรบ.

9.5 ค่าใช้จ่ายในหมวดอื่นๆ ให้บันทึกเป็นยอดรวม

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 29 9/14/17 9:03 AM



ภาพที่ 7 แสดงการบันทึกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (F7)

10. **ค่ารักษาพยาบาล** (F8) บันทึกค่าใช้จ่ายตามหมวด ผู้ป่วยนอกบริการกรณีเฉพาะการรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดเท่านั้น โดยมี 171 รายการที่มีราคาเพดานกลางกำหนด (รายละเอียดตามภาคผนวก 13) และนอกเหนือ 171 รายการตามราคากำหนดของหน่วยบริการ

10.1 รายการอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกขอเบิกอุปกรณ์ (Instrument)

10.2 ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ. เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกข้อมูลการใช้ยา (รายการยาตาม Drug Catalog ของหน่วยบริการ)

10.3 ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกรายการตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา โดยบันทึกรหัสเบิกของกรมบัญชีกลาง

10.4 ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกรายการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา โดยบันทึกรหัสเบิกของกรมบัญชีกลาง

10.5 ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกรายการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ โดยบันทึกรหัสเบิกของกรมบัญชีกลาง

10.6 ทำหัตถการและบริการวิสัญญี เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกการทำหัตถการและบริการวิสัญญี โดยบันทึกรหัสเบิกของกรมบัญชีกลาง

10.7 ค่าบริการทางการพยาบาล เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกค่าบริการทางการพยาบาล โดยบันทึกรหัสเบิกของกรมบัญชีกลาง

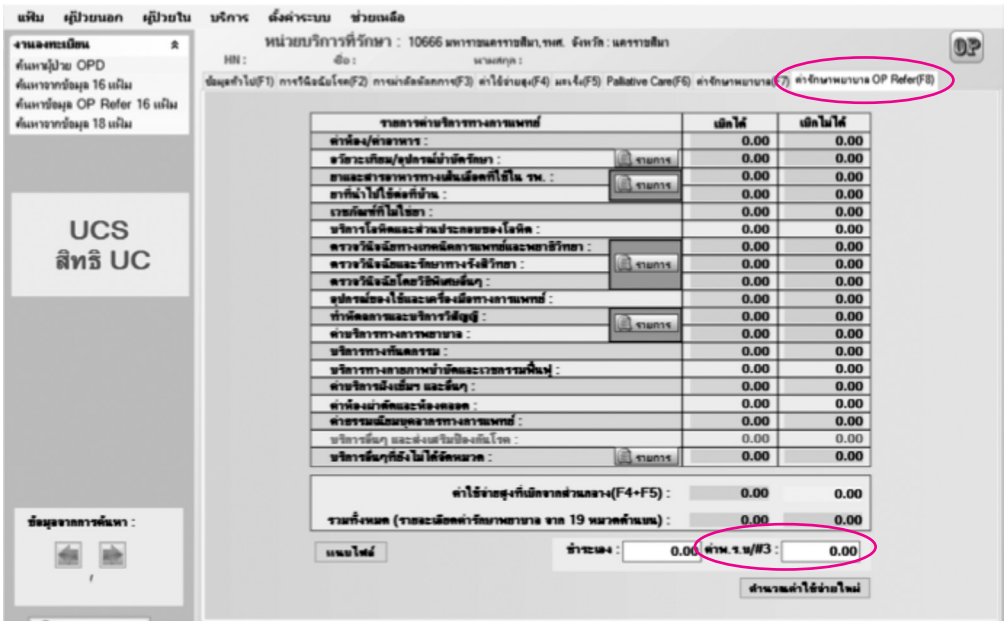
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 30 9/14/17 9:03 AM

10.8 รายการบริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด เลือกปุ่มรายการนี้กรณีที่ต้องการบันทึกขอเบิก

- ค่าพาหนะ
- การทำ Vascular access ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

11. กรณีเป็นอุบัติเหตุจากรถที่กฎหมายกำหนดให้มี พรบ. บันทึกจำนวนเงินที่เบิกจากกองทุน พรบ.

12. ค่าใช้จ่ายในหมวดอื่นๆ ให้บันทึกเป็นยอดรวม



ภาพที่ 8 แสดงการบันทึกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก กรณี OP Refer (F8)

2) กรณีผู้ป่วยใน

รายละเอียดการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป (F1)

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยใน หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยให้ครบทุกช่อง ความหมายของบางหัวข้อ ให้คำอธิบายเพิ่มเติมดังนี้

1.1 เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) หมายถึง เลขประจำตัวของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการของหน่วยบริการนั้นๆ

1.2 เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) หมายถึง เลขที่การเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยใน ในครั้งนั้น

1.3 ประเภทบัตร สำหรับผู้มีสิทธิ UC/สิทธิว่าง เลือกประเภทบัตรเป็นบัตรประชาชน

1.4 หมายเลขบัตร หมายถึง เลขประจำตัวประชาชน 13 หลักของผู้ป่วย กรณีสัญชาติไทย หรือเลขอื่นๆ กรณีไม่ใช่สัญชาติไทย ยกเว้นกรณีเด็กแรกเกิดเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน หมายเลขบัตรดังกล่าวให้ใช้เป็น “0” 13 ตัวตามค่าตั้งต้น (Default) ของโปรแกรม

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 31 9/14/17 9:03 AM

2. ข้อมูลด้านหน่วยบริการ

2.1 สิทธิ ระบุสิทธิที่ต้องการเบิกในการเข้ารับบริการในครั้งนั้นๆ ตามเงื่อนไขการเบิกชดเชยค่าบริการของแต่ละสิทธิ

2.2 ประเภทบริการ / รักษา

- กรณีเป็นผู้ป่วยในเลือก IPD
- กรณี One day surgery เลือก Ambulatory Care เช่น การเบิกจ่ายชดเชยกรณีผ่าตัดตาต้อกระจก (Cataract) ที่ให้บริการเป็นผู้ป่วยนอก

2.3 การใช้สิทธิ

- ข้อมูลที่ส่งเบิกชดเชยค่าบริการจาก สปสช. การใช้สิทธิ เลือก ใช้สิทธิ
- กรณีเลือก ไม่ใช้สิทธิ ข้อมูลจะไม่ผ่านการตรวจสอบขั้นต้น (ติด C) ดังนั้นหากไม่ต้องการเบิกชดเชยค่าบริการไม่ต้องส่งเข้ามาในระบบเบิกชดเชยค่าบริการไม่ต้องส่งเข้ามาในระบบ

2.4 โครงการพิเศษ หมายถึง บริการหรือการจ่ายชดเชยที่กำหนดเป็นกรณีเฉพาะเช่น การเบิก shunt ในผู้ป่วยฟอกเลือด (HD) โดยใส่ Project Code = DMISHD เป็นต้น ทั้งนี้หน่วยบริการสามารถเลือกให้ตรงกับเงื่อนไขหรือกรณีที่ต้องการขอเบิกเท่านั้น (รายละเอียดตามตารางที่ 1 รหัสโครงการพิเศษ)

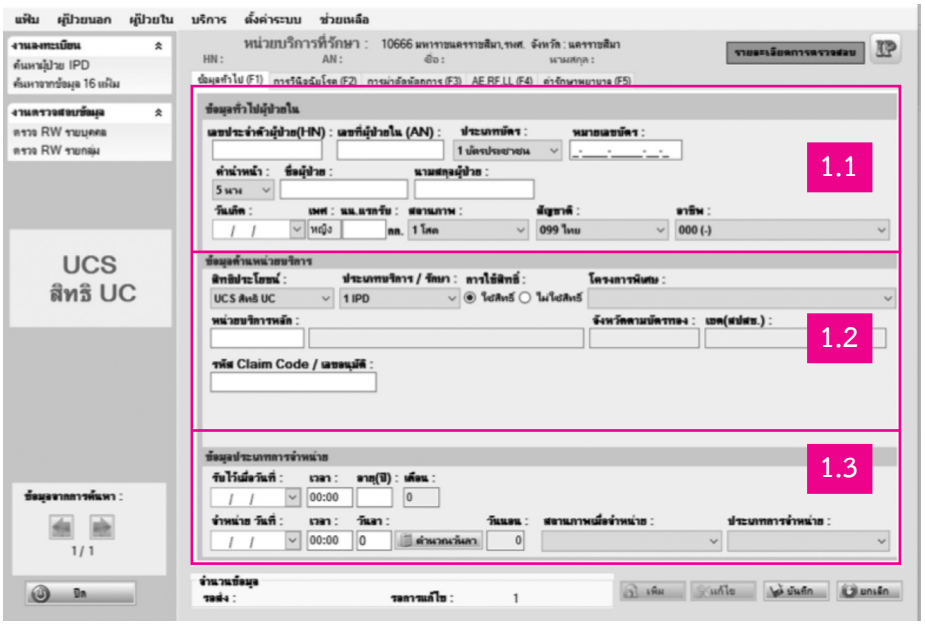
2.5 หน่วยบริการหลัก หมายถึง หน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ UC ที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการไว้แล้ว กรณีสิทธิว่าง กรณีเด็กหรือผู้ใหญ่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน ไม่ต้องบันทึกหน่วยบริการประจำ

2.6 รหัส Claim code / เลขอนุมัติ กรณี สิทธิ UC ให้บันทึกเลข claim code ซึ่งหน่วยบริการได้มาจากการขอในระบบโปรแกรมตรวจสอบสิทธิ ในกรณีเด็กแรกเกิด หรือสิทธิว่างที่ยังไม่มีหน่วยบริการประจำ

กรณีสิทธิข้าราชการ หรือ สิทธิ อปท.ให้บันทึกเลขอนุมัติที่สถานพยาบาล ได้มาจากโปรแกรม NHSO Client ในกรณีรักษาเป็นผู้ป่วยใน หรือกรณีที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเบิกจ่ายตรง ณ หน่วยบริการนั้น หรือ กรณี ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ปรากฏสิทธิในระบบแต่มีหนังสือรับรองสิทธิจากส่วนราชการต้นสังกัด ซึ่งต้องนำหนังสือรับรองสิทธินั้นมาขอเลขอนุมัติจากโปรแกรม NHSO Client

3. ข้อมูลประเภทการจำหน่าย เป็นข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วย อายุ ณ วันที่รับบริการ จำนวนวันนอน และข้อมูลการจำหน่าย

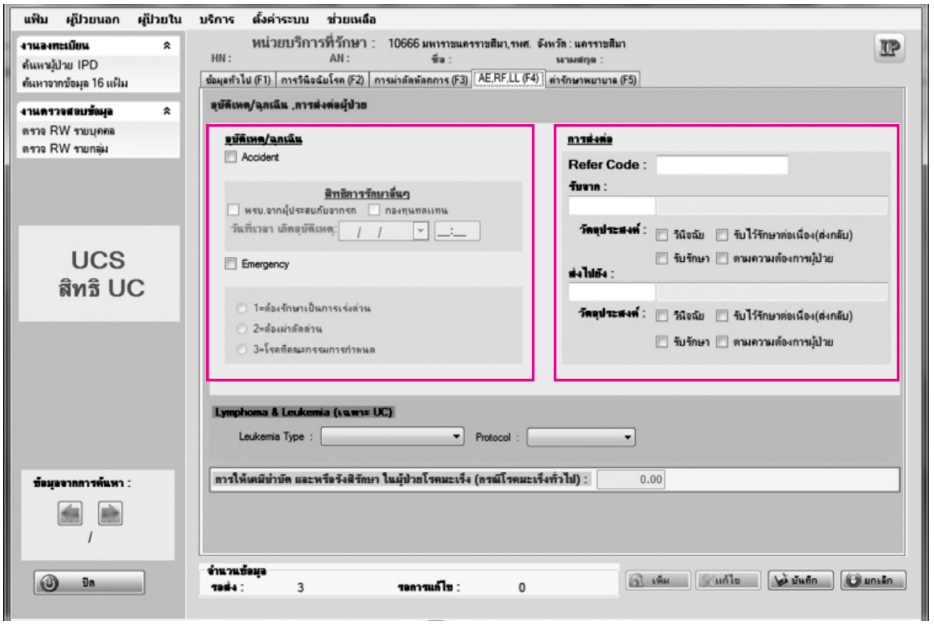
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 32 9/14/17 9:03 AM



ภาพที่ 9 แสดงบันทึกข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยใน (F1)

4. การวินิจฉัยโรค (F2) **และการผ่าตัดหัตถการ (F3)** บันทึกเช่นเดียวกับการบันทึก กรณีผู้ป่วยนอก

5. **เมนู AE/RF/LL** (F4) สำหรับบันทึกขอเบิกกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน, การรับ - ส่งต่อผู้ป่วยใน ตามภาพที่ 10

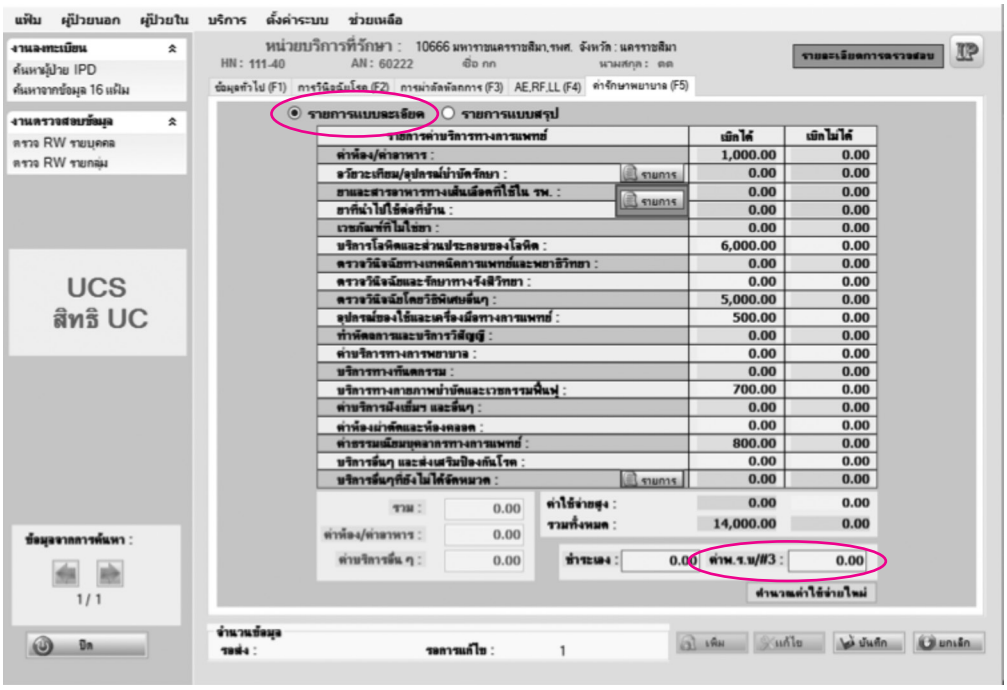


ภาพที่ 10 แสดงบันทึกกรณี อุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน / มีการรับส่งต่อ ผู้ป่วยใน (F4)

หมายเหตุ LL คือ Leukemia , Lymphoma ปัจจุบันยกเลิกการบันทึกข้อมูลหน้านี้แล้ว

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 33 9/14/17 9:03 AM

6. เมนูค่ารักษาพยาบาล (F5) หน่วยบริการสามารถเลือกบันทึกค่าใช้จ่ายแบบละเอียด ตามภาพที่ 11 หรือแบบสรุป ตามภาพที่ 12 อย่างใดอย่างหนึ่ง **<u>ยกเว้นหากมีการเบิกในรายการ “อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา” หรือ รายการ “ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ.” หรือ รายการ “บริการอื่น ๆ ที่ยังไม่จัดหมวด” หน่วยบริการจะต้องบันทึกค่าใช้จ่ายเป็นแบบละเอียดเท่านั้น</u>**



ภาพที่ 11 บันทึกค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยใน (F5) แบบละเอียด

รายการแบบละเอียด นอกจากใช้บันทึกค่ารักษาทั่วไป หน่วยบริการสามารถบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมได้ดังนี้

1. **รายการอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา** เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกขอเบิกอุปกรณ์ (Instrument) และค่าใช้จ่ายสูง (IPHC)

2. ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ.
เลือกปุ่มรายการนี้กรณีต้องการบันทึกข้อมูลการใช้ยา (รายการยาตาม Drug Catalog ของหน่วยบริการ)

3. รายการบริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด เลือกปุ่มรายการนี้กรณีที่ต้องการบันทึกขอเบิก

3.1 ค่าพาหนะ

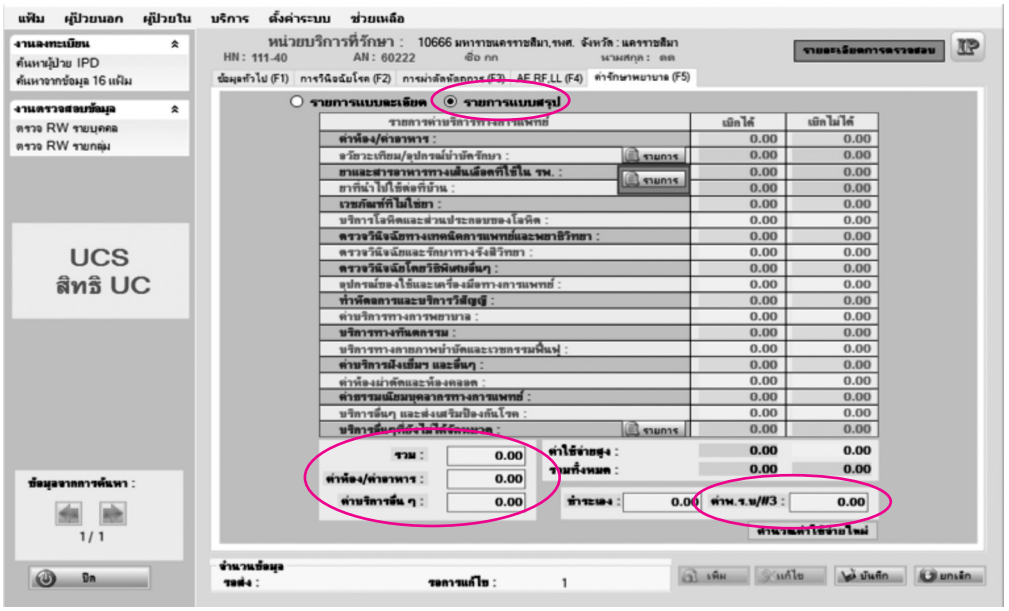
3.2 การทำ vascular access ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

3.3 การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Cornea Transplant) รหัสเบิก DMICNT

4. กรณีเป็นอุบัติเหตุจากรถที่กฎหมายกำหนดให้มี พรบ. บันทึกจำนวนเงินที่เบิกจากกองทุน พรบ.

5. **ค่าใช้จ่ายในหมวดอื่นๆ** ให้บันทึกเป็นยอดรวม

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 34 9/14/17 9:03 AM



ภาพที่ 12 แสดงบันทึกค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยใน (F5) แบบสรุป

ค่าใช้จ่ายแบบสรุป

- **รวม** = ผลรวมของค่ารักษาพยาบาลทุกหมวด จากการรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน
- **ค่าห้อง/ค่าอาหาร** = ผลรวมของค่าห้อง/ค่าอาหาร
- **ค่าบริการอื่นๆ** = ผลรวมของค่าใช้จ่ายทุกหมวด ไม่รวม ค่าห้องค่าอาหาร
- กรณีเป็นอุบัติเหตุจากรถที่กฎหมายกำหนดให้มี พรบ. บันทึกจำนวนเงินที่เบิกจากกองทุน พรบ.

หน่วยบริการสามารถเลือกบันทึกค่ารักษาแบบสรุปได้ **กรณีที่ไม่มีการขอเบิก ค่าใช้จ่ายตามรหัสเบิกที่กำหนดในเมนูอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา หรือเมนู ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ. หรือ เมนูบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด**

หมายเหตุ เพื่อประโยชน์ในการนำข้อมูลไปใช้ในการจัดทำ DRG อาจกำหนดให้บันทึกเฉพาะรายการแบบละเอียดเท่านั้นในระยะต่อไป

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 35 9/14/17 9:03 AM

ตารางที่ 1 รหัสโครงการพิเศษ

ลำดับ	รายการ	รหัสโครงการพิเศษ	
		ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน
1.	มาตรา 7 กรณีเหตุสมควร		ART7RF
2.	กรณีเลเซอร์จากเบาหวานขึ้นจอประสาทตา	DMIDML	DMIDML
3.	ศูนย์ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย		Z75REF
4.	กรณีทำ shunt เพื่อฟอกเลือดล้างไต ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	DMISHD	DMISHD
5.	กรณีผ่าตัดหัวใจแบบเปิด		DMISOH
6.	เด็กแรกเกิดเสียชีวิตก่อนลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ	Z39000	Z39000
7.	สิทธิว่างเสียชีวิตก่อนลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ	Z75000	Z75000
8.	กรณีผ่าตัดข้อเข่าเทียม - เบิกข้อเข่าจากองค์การเภสัช - เบิกข้อเข่าเป็นราคาชดเชยจาก สปสช.		 GPOM17 KNEE17
9.	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน		IPSNAP
10.	อุทกภัยน้ำท่วม	X38000	X38000
11.	สิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน	Z34003	Z34003
12.	สิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือน เข้ารับบริการคลอด	Z34007	Z34007
13.	การ drip ยา	Z51158	Z51158
14.	กรณีรักษาผู้ป่วยนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ	DMISRC	DMISRC

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 36 9/14/17 9:03 AM

บทที่ 1 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการกรณีผู้ป่วยนอกทั่วไป

ขอบเขตบริการ

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ 2561 รวมบริการล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Peritoneal dialysis and Hemodialysis for acute renal failure) บริการผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส (การให้ยารักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal meningitis) การให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา (Cytomegalovirus retinitis)) การรักษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยวิธีเลเซอร์ (Laser project for diabetic retinopathy) และบริการตรวจคัดกรอง และตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่

ทั้งนี้ การบริหารจัดการเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แบ่งเป็นประเภทบริการย่อย 3 รายการ ได้แก่

1) บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ
2) บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ
3) บริการตรวจคัดกรอง และตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

1. บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ

จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ

ทั้งนี้ รายละเอียดเงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยตามคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561 ทั้งนี้ เพื่อลดภาระในการตามจ่ายระหว่างหน่วยบริการสำหรับค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำ ตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ โดยอาจให้ สปสช.เขต ร่วมบริหารจัดการ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) รายจังหวัด สำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (clearing house) แทนหน่วยบริการประจำตามข้อเสนอของ สปสช.เขต

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 37 9/14/17 9:03 AM

สำหรับหน่วยบริการประจำที่มีส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด ต้องทำหน้าที่ เข้าไปตรวจสอบการส่งต่อในระบบ e-Claim เพื่อ Approve การส่งต่อข้ามจังหวัด ภายใน 14 วัน หลังจากหน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลเข้ามาในระบบ E-claim หากไม่เข้าไป Approve ระบบจะดำเนินการอนุมัติ (Auto approve) แล้ว สปสช. จะออกรายการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และดำเนินการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายส่วนที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่ายตามอัตราที่ สปสช.กำหนด โดยการตั้งหนี้เพื่อรอหักกลบกับรายรับของหน่วยบริการ ทั้งนี้ หากมีการกันเงิน Virtual account) รายจังหวัด จะหักค่าใช้จ่ายจากเงินกัน Virtual account (รายละเอียดตามบทที่ 3)

2. บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดย มีเป้าประสงค์ให้ประชาชนมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และหน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ รายละเอียดเงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยตามคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561

3. บริการตรวจคัดกรอง และตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่

การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามที่คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และศักยภาพการให้บริการของหน่วยบริการ/สถานบริการ

งบบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยเป็นอันดับต้นๆในคนไทย และอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปัจจุบัน การตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สำหรับกลุ่มเสี่ยงตามแนวทางเวชปฏิบัติ ทำให้ตรวจพบความผิดปกติและรักษาได้ ตั้งแต่ในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก ซึ่งพบว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างชัดเจน

- **วัตถุประสงค์/เป้าหมาย**

  1.1 เพื่อคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มเสี่ยง

  1.2 เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

  1.3 เพื่อลดอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลาม

- **วงเงินงบที่ได้รับ และประเด็นที่เปลี่ยนแปลงจากปีงบประมาณ 2560**

ปีงบประมาณ 2561 ได้รับค่าใช้จ่ายบริการ 111,306,800 บาท เท่ากับ 2.28 บาทต่อผู้มีสิทธิ เพื่อจ่ายชดเชยบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ ให้แก่ประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุระหว่าง 50-70 ปีและกลุ่มเสี่ยง โดยกำหนดเป้าหมาย ดังนี้ ตรวจคัดกรองด้วย FIT test จำนวน 1,276,000 ราย ตรวจยืนยันด้วยกล้อง Colonoscope จำนวน 25,380 ราย ตรวจชิ้นเนื้อ Biopsy จำนวน 8,800 ราย

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 38 9/14/17 9:03 AM

- **แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย** บริหารจัดการระดับเขต โดย สปสช.ส่วนกลาง กำหนด เป้าหมายและวงเงิน แบบมีเพดาน (Global budget) ระดับเขต ตามสัดส่วนจำนวนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ช่วงอายุ 50-70 ปี จากฐานข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2560 โดยมีหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการดำเนินการ ดังนี้

1) สปสช.ส่วนกลาง ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข

2) กำหนดแนวทางเวชปฏิบัติหรือแนวทางดำเนินการ การตรวจคัดกรอง ตรวจยืนยัน และการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่

3) กำหนดระบบข้อมูลและการรายงานผลการดำเนินการ

4) สปสช.เขต ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุขและกลไกการมีส่วนร่วมระดับเขต จัดทำแผนงานโครงการและ เสนอผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ดังนี้

4.1) กำหนดกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ที่จะดำเนินการ ให้ครบถ้วนตามเป้าหมายที่ได้รับเป็นอย่างน้อย

4.2) กำหนดเครือข่ายหน่วยบริการ แผนและแนวทางการดำเนินการ และ กำหนดอัตราจ่าย ดังนี้

(1) ค่าบริการตรวจคัดกรองด้วย FIT test อัตรา 30 บาทต่อราย โดยค่าบริหารจัดการเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้ามาย อาจดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่น ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

- ค่าบริการตรวจยืนยันด้วยกล้อง Colonoscope อัตรา 2,500 บาทต่อราย

(2) ตรวจชิ้นเนื้อ Biopsy อัตรา 240 บาทชิ้น

(3) รายงานข้อมูลผลการดำเนินการ ตามแนวทางที่ส่วนกลางกำหนด โดยมีการตรวจสอบข้อมูลว่าดำเนินการจริงและไม่เบิกซ้ำซ้อนกับรายการอื่น

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในระบบ e- claim

อยู่ระหว่างการพัฒนาระบบ โดยอาจกำหนดรหัสเบิกในระบบ e-Claim กรณีมีรหัสเบิกไม่มีข้อมูลตามฐานอ้างอิง จะติด C หน่วยบริการสามารถเบิกได้เฉพาะผู้ป่วยนอกเท่านั้น กรณีที่ต้องนอน รพ. จะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น บริการที่เกิดขึ้นจะต้องเป็นบริการที่อยู่ในเขตเดียวกันเท่านั้นไม่สามารถเข้าเขตได้

หมายเหตุ **ในระยะเริ่มต้น หากโปรแกรมยังไม่พร้อมให้รายงานตามแบบฟอร์มที่สปสช. และสธ.กำหนดร่วมกันโดยให้ส่งเบิกทุก 3 เดือน

**อาจกำหนดให้มีการรักษาระบบการเบิกจ่ายเข้าสู่ระบบ e-Claim/43 แฟ้ม

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 39 9/14/17 9:03 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 40 9/14/17 9:03 AM

บทที่ 2 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการกรณีผู้ป่วยใน

ขอบเขตการบริการ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบแนวทางการบริหารค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป โดยในปีงบประมาณ 2561 วงเงินงบประมาณที่ได้รับ จำนวน 1,113.93 บาทต่อหัวประชากร เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ รวมบริการล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Peritoneal dialysis and Hemodialysis for acute renal failure) และบริการผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ การให้ยารักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal meningitis) และการให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา (Cytomegalovirus retinitis) ยกเว้นรายการที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเป็นการบริการผู้ป่วยในทั่วไประดับเขต โดยคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในตามระบบ DRGs version 5 เพื่อใช้ในการจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต การบริหารการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปบริหารเป็น Global budget ระดับเขตรายเดือน โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน โดยวงเงินระดับเขตนี้ จะถูกหักด้วยค่าใช้จ่ายคงที่ (Fix cost) 5 รายการ ก่อนที่จะถูกนำไปคำนวณอัตราจ่าย ซึ่งค่าใช้จ่ายคงที่ (Fix cost) 5 รายการ มีดังนี้

1) กรณีผู้ป่วยไปรับการบริการข้ามเขต (ทั้งเงื่อนไขอุบัติเหตุฉุกเฉินและส่งต่อในกรณีผู้ป่วยใน)

2) กรณีการเข้ารับบริการที่สถานบริการสำรองเตียง

3) กรณีการเข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น (โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) กรณีข้อบังคับตามมาตรา 7 และกรณีฉุกเฉิน 3 กองทุน (UCEP) ในกรณีผู้ป่วยใน

4) กรณีบริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะที่รักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว

5) กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย

ในการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยใน เป็นการจ่ายตามผลงานการให้บริการ โดยจำแนกตามเงื่อนไขของการเข้ารับบริการดังนี้

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 41 9/14/17 9:03 AM

1. การเข้ารับบริการเจ็บป่วยทั่วไปที่หน่วยบริการประจำตามสิทธิที่ลงทะเบียนไว้ทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยในปีงบประมาณ 2561 **รวม**บริการล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Peritoneal dialysis and Hemodialysis for acute renal failure) และบริการผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ การให้ยารักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal meningitis) และการให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา (Cytomegalovirus retinitis)

2. การเข้ารับบริการด้วยเงื่อนไขการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยใน

3. การเข้ารับบริการด้วยเงื่อนไขอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน นอกหน่วยบริการประจำ รวมถึงกำลังพลสำรอง ทหารกองประจำการ(ทหารเกณฑ์)สังกัดกรมแพทย์ทหารบก และอาสาสมัครทหารพราน

4. การเข้ารับบริการของคนพิการและทหารผ่านศึก

5. การเข้ารับบริการผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ

6. การเข้ารับบริการตามมาตรา 7 ที่มีการใช้บริการจากสถานบริการอื่น (นอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

7. การเข้ารับบริการในระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีสำรองเตียง)

8. กรณีบริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะที่รักษาด้วยเครื่องสลายนิ่วให้เป็นไปตามเงื่อนไขบริการและอัตราที่ สปสช.กำหนด

9. กรณีเด็กแรกเกิด ทั้งเด็กปกติ เด็กแรกเกิดที่ป่วย และเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม

เงื่อนไข และอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

1. การเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำตามสิทธิที่ลงทะเบียน

- **เงื่อนไขการบริการ**

  เป็นการเข้ารับบริการยังหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ ที่มีการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน

- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้ อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ในแต่ละเดือนเท่ากับวงเงินระดับเขตหลังหัก Fix cost หารด้วยผลรวมของ Adj.RW ในเขต

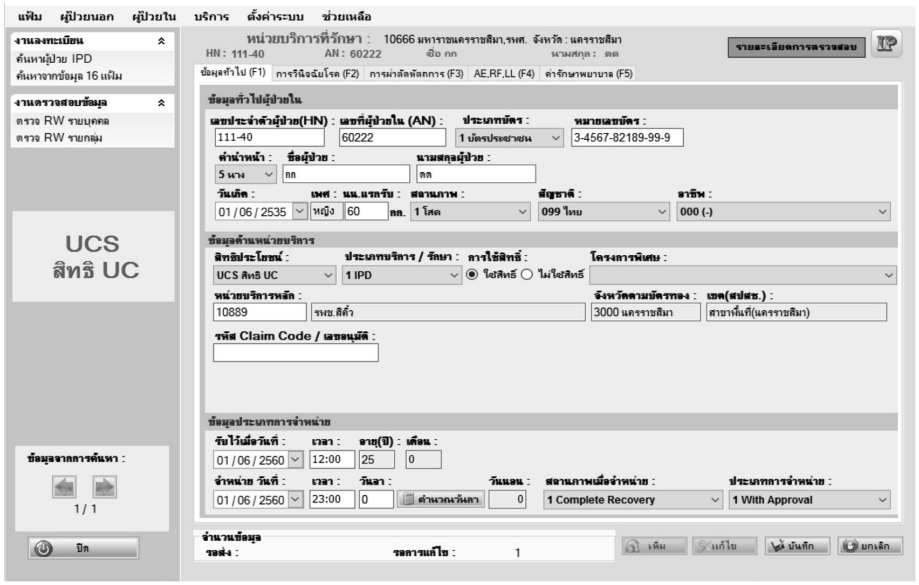
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 42 9/14/17 9:03 AM

หมายเหตุ: 1. สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สปสธ.) จะคำนวณจ่ายหลังปรับค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ตามหน่วยบริการแต่ละกลุ่ม

2. สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

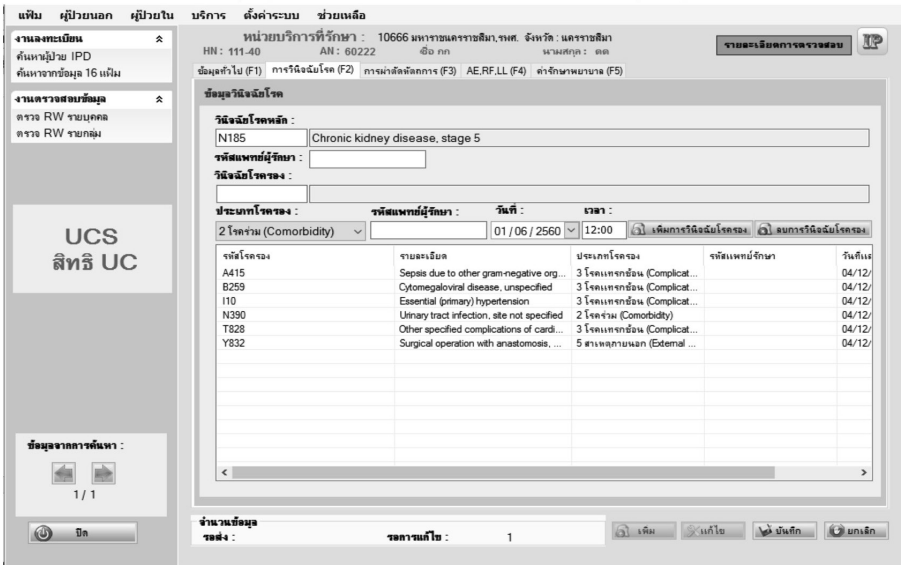
วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

1. ข้อมูลทั่วไป (F1) บันทึกให้ครบถ้วน



ภาพที่ 13 แสดงการเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำตามสิทธิที่ลงทะเบียน

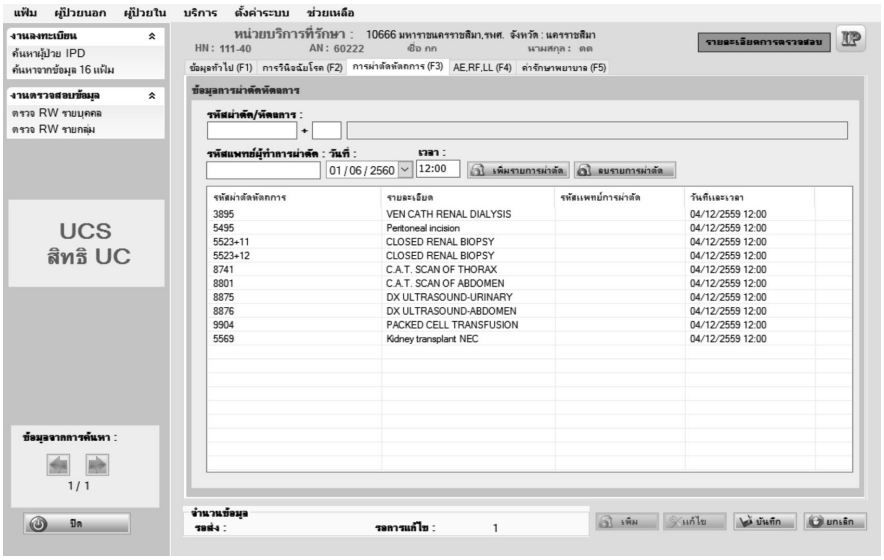
2 การวินิจฉัยโรค (F2) บันทึกรหัสโรคหลัก และ รหัสโรครอง (ถ้ามี)



ภาพที่ 14 แสดงการบันทึกรหัสโรคหลัก และ รหัสโรครอง

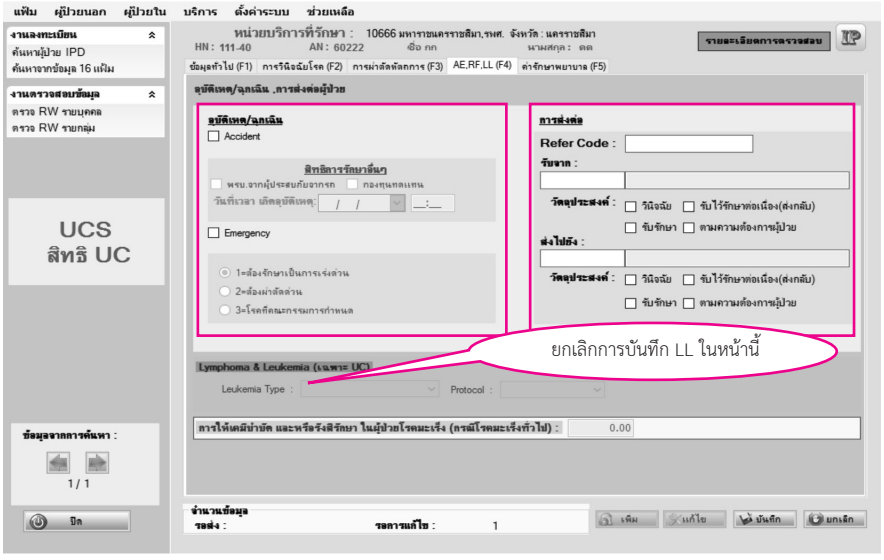
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 43 9/14/17 9:03 AM

3. การผ่าตัดหัตถการ (F3) บันทึกรหัสหัตถการ (กรณีที่มีการทำหัตถการ)



ภาพที่ 15 แสดงการบันทึกรหัสหัตถการ (กรณีที่มีการทำหัตถการ)

4. AE/RE/LL (F4) บันทึกกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการผู้ป่วยในด้วยอาการฉุกเฉิน หรือ อุบัติเหตุ หรือ มีการรับส่งต่อมาจากหน่วยบริการอื่น หากเป็นผู้ป่วยในทั่วไปไม่ต้องบันทึกหน้าจอนี้



ภาพที่ 16 แสดงการบันทึกกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการผู้ป่วยในด้วยอาการฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุ หรือมีการรับส่งต่อมาจากหน่วยบริการอื่น

หมายเหตุ: ยกเลิกการบันทึกข้อมูลกรณีการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (LL) ในหน้านี้แล้ว โดยให้บันทึกรหัสโรคและรหัสยามะเร็งเหมือนข้อมูลทั่วไป

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 44 9/14/17 9:03 AM

5. ค่ารักษาพยาบาล (F5) บันทึกรายการค่าใช้จ่ายให้ครบถ้วน โดยบันทึกรายการค่าบริการทางการแพทย์ตามรหัสที่กำหนดได้ ดังนี้

5.1 อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา

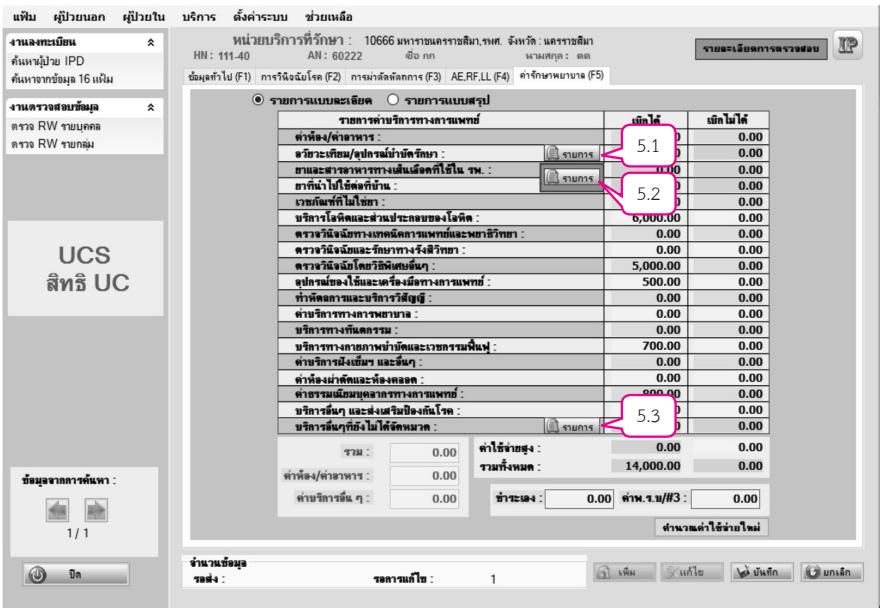
- กดปุ่ม รายการ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา บันทึกเบิกรายการอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษาตามประกาศที่ สปสช.กำหนดใน

- กดปุ่ม รายการ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา บันทึกรายการค่าใช้จ่ายสูงในผู้ป่วยใน รหัสเบิก IP006 การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง

5.2 ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ. กดปุ่ม รายการ ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ. บันทึกรายการยาตาม Drug Catalog ของหน่วยบริการ

5.3 บริการอื่นๆ ที่ยังไม่จัดหมวด กดปุ่ม รายการ บันทึกเบิก

- ค่าพาหนะในการรับส่งต่อ รหัสเบิก S1801-S1804
- Vascular Access ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง รหัสเบิก HD001-HD004
- กรณีเลเซอร์จากเบาหวานขึ้นจอประสาทตา รหัสเบิก DMIDML



ภาพที่ 17 แสดงการบันทึกบริการอื่นๆที่ยังไม่จัดหมวด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 45 9/14/17 9:03 AM

2. การเข้ารับบริการด้วยเงื่อนไขการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยใน

- **เงื่อนไขการบริการ**

การรับ-ส่งต่อ ระหว่างหน่วยบริการ แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำอยู่ภายในกองทุนเขตเดียวกับ หน่วยบริการที่รักษา หรือเรียกว่า “ส่งต่อภายในเขต” ถึงแม้จะเป็นการส่งต่อข้ามจังหวัด หากอยู่ในเขตเดียวกันจะถือว่าเป็นการส่งต่อภายในเขต

2) การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำต่างกองทุนเขตกับหน่วยบริการที่รักษา หรือเรียกกว่า “การส่งต่อข้ามเขต”

- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จำแนกตามเงื่อนไขการรับส่งต่อ ดังนี้

1. **ค่าบริการกรณีการรับ-ส่งต่อภายในเขต** หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้ อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ในแต่ละเดือนเท่ากับวงเงินระดับเขตหลังหัก Fix cost หารด้วยผลรวมของ Adj.RW ในเขต

หมายเหตุ 1. สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สปสธ.) จะคำนวณจ่าย หลังปรับค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ตามหน่วยบริการแต่ละกลุ่ม

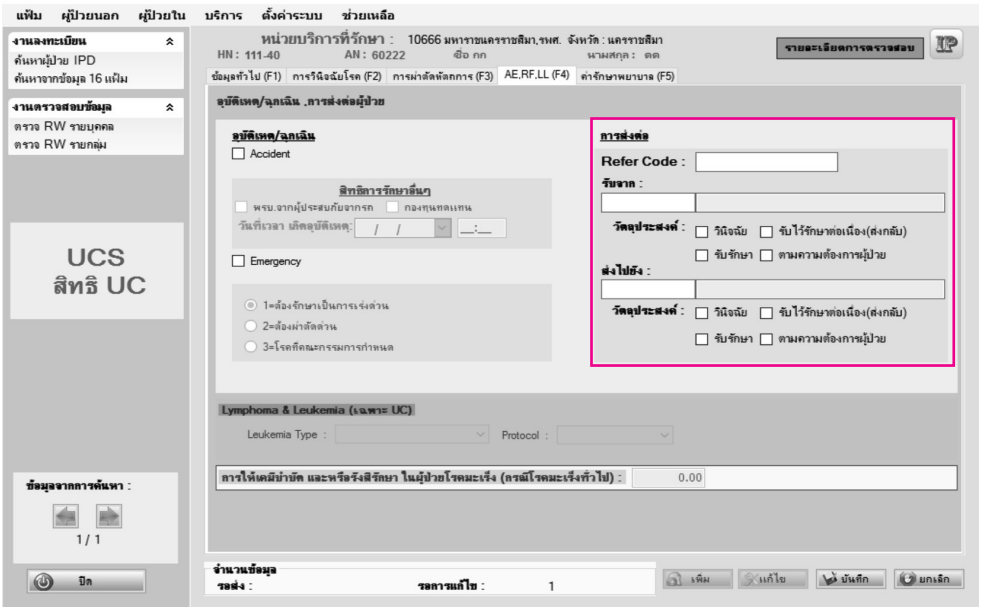
2. สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2. **ค่าบริการกรณีการรับ-ส่งต่อข้ามเขต** ได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราคงที่ 9,600 บาท ต่อ Adj.RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 46 9/14/17 9:03 AM

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

1. บันทึกข้อมูลการรับ-ส่งต่อหน้า F4 AE/RE/LL



ภาพที่ 18 แสดงบันทึกข้อมูลการรับ-ส่งต่อหน้า F4 AE/RE/LL

2. บันทึกหน้าเมนูอื่นๆ ให้ครบถ้วน

3. การเข้ารับบริการด้วยเงื่อนไขอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน นอกหน่วยบริการประจำรวมถึง กำลังพลสำรอง ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารบก และอาสาสมัครทหารพราน

เป็นการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่ลงทะเบียนมีหน่วยบริการประจำแล้ว ซึ่งไม่สามารถเดินทางกลับไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำของตนได้ โดยสาเหตุของการเข้ารับบริการนอกหน่วยบริการประจำดังกล่าวมาจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยมีเงื่อนไขการบริการและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายดังนี้

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน” หมายถึง การได้รับอุบัติเหตุหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการเจ็บป่วยนั้น ทั้งนี้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินได้มีหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังนี้

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 47 9/14/17 9:03 AM

"ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต" ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

"ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน" ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมาก หรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิต หรือพิการในระยะต่อมาได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

"ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง" ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยใน จะได้รับค่าใช้จ่ายจากวงเงินค่าบริการผู้ป่วยในระดับเขต (Global Budget) ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้ อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ จำแนกตามเงื่อนไขของหน่วยบริการที่ให้บริการ ดังนี้

1. ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีหน่วยบริการประจำภายในเขต

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้ อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ในแต่ละเดือนเท่ากับวงเงินระดับเขตหลังหัก Fix cost หารด้วยผลรวมของ Adj.RW ในเขต

หมายเหตุ 1. สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สปสธ.) จะคำนวณจ่าย หลังปรับค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ตามหน่วยบริการแต่ละกลุ่ม

2. สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2. ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินข้ามเขต ได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราคงที่ 9,600 บาทต่อ Adj.RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 48 9/14/17 9:03 AM

กรณีที่ สปสช. ตรวจสอบข้อมูล แล้วพบว่า หน่วยบริการรักษาผู้ป่วยข้ามเขต โดยไม่มีข้อมูลการส่งต่อ และไม่ใช่กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ข้อมูลของรายนั้นจะไม่ได้รับการจ่ายชดเชย (ผลการตรวจสอบได้รับการปฏิเสธการจ่าย Deny M14)

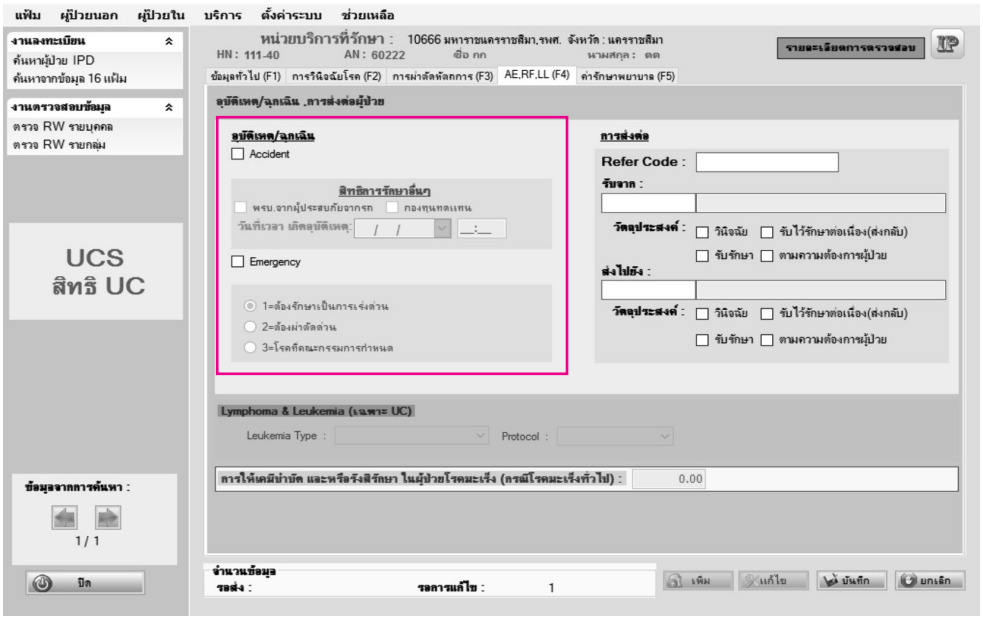
การจ่ายกรณีผู้ป่วยในนอนรักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการ และผู้ป่วยไปรับยาจากหน่วยบริการแห่งหนึ่ง กรณีนี้จะถือว่าการให้บริการมีการทับซ้อนกัน จะมีการปฏิเสธการจ่าย G18 และขอให้หน่วยบริการยื่นเอกสารขออุทธรณ์เป็นราย ๆ ไป

กรณีผู้มีสิทธิ ที่มีความจำเป็นที่จะต้องไปรับยาอย่างต่อเนื่องจากหน่วยบริการเดิมเป็นผู้ป่วยนอก ในขณะที่มีการรับรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในกรณีนี้ให้หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยนอกเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเช่นเดียวกับระบบการส่งตัวโดยหน่วยบริการประจำ หรือกองทุนสาขาจังหวัดตามจ่าย (ส่วนหน่วยบริการที่รักษาเป็นผู้ป่วยในให้รับค่าใช้จ่ายในกรณีผู้ป่วยใน)

การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินในครั้งนั้น กรณีที่ยังไม่สามารถกลับไปรับการรักษาที่หน่วยบริการประจำได้ สามารถเบิกค่าชดเชยบริการสำหรับการให้การรักษาต่อเนื่องได้ไม่เกิน 15 วัน (นับจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (กรณีผู้ป่วยใน) หรือนับจากการเข้ารับบริการในครั้งนั้น

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

1. บันทึกข้อมูลอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน หน้า F4 AE/RE/LL



ภาพที่ 19 แสดงบันทึกข้อมูลอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน.

2. บันทึกข้อมูลหน้าเมนูอื่นๆ ให้ครบถ้วน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 49 9/14/17 9:03 AM

- **การเข้ารับบริการของกำลังพลสำรอง ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารบก และอาสาสมัครทหารพราน**

- **เงื่อนไขการบริการ**

  1. เป็นการเข้ารับบริการยังหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิที่มีการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน
  2. กรณีให้บริการข้ามเขตต้องเป็นอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือมีการรับส่งต่อเท่านั้น

- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

  กำหนดอัตราการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการ ดังนี้

1. ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำภายในเขต หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้ อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ในแต่ละเดือนเท่ากับวงเงินระดับเขตหลังหัก Fix cost หารด้วยผลรวมของ Adj.RW ในเขต

หมายเหตุ 1. สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(สปสธ.) จะคำนวณจ่าย หลังปรับค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ตามหน่วยบริการแต่ละกลุ่ม

2. สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2. ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยข้ามเขต ได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราคงที่ 9,600 บาทต่อ Adj.RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

บันทึกข้อมูลทุกเมนู (F1-F5) ให้ครบถ้วน ตามข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วย

4. การเข้ารับบริการของคนพิการและทหารผ่านศึก

- **คำนิยาม**

1. ทหารผ่านศึก หมายถึง บุคคลที่มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข ตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และได้รับสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาล จากโรงพยาบาลของรัฐบาล โดยไม่คิดมูลค่า โดยมีรหัสสิทธิย่อยที่ สปสช. ตรวจสอบได้เป็นรหัส 66 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน), รหัส 67 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน), รหัส 75 (ทหารผ่านศึกชั้น 1-3 ที่มีบัตรทหารผ่านศึก รวมถึงผู้ได้รับพระราชทาน), รหัส 80 (บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกชั้น 1-3 รวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญสมรภูมิ), รหัส 97 (บุคคลในครอบครัวทหารของกรมสวัสดิการ 3 เหล่าทัพ), รหัส 98

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 50 9/14/17 9:03 AM

(บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกนอกประจำการ บัตรขั้นที่ 1)

2. คนพิการ หมายถึง คนพิการตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และคนพิการ ตามประกาศ สปสช. โดยมีรหัสสิทธิย่อยที่ สปสช. ตรวจสอบได้เป็นรหัส 74 โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบความเป็นผู้มีสิทธิของทหารผ่านศึกและคนพิการได้จาก www.nhso.go.th

- **เงื่อนไขการบริการ**

ทหารผ่านศึก และคนพิการที่มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพ จะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลทุกกรณีจากหน่วยบริการในสังกัดของรัฐได้ โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง ตามความจำเป็นทางการแพทย์

- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย จะได้รับค่าใช้จ่ายจากวงเงินค่าบริการผู้ป่วยในระดับเขต (Global Budget) ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้ อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) จำแนกตามเงื่อนไขการรับส่งต่อ ดังนี้

1. ค่าบริการกรณีเข้ารับบริการภายในเขต หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้ อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ในแต่ละเดือนเท่ากับวงเงินระดับเขตหลังหัก Fix cost หารด้วยผลรวมของ Adj.RW ในเขต

หมายเหตุ 1. สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สปสธ.) จะคำนวณจ่าย หลังปรับค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ตามหน่วยบริการแต่ละกลุ่ม

2. สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2. ค่าบริการกรณีเข้ารับบริการข้ามเขต ได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราคงที่ 9,600 บาท ต่อ Adj.RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

บันทึกข้อมูลทุกเมนู (F1-F5) ให้ครบถ้วน ตามข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วย

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 51 9/14/17 9:03 AM

5. การเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ / กรมแพทย์ทหารอากาศ

มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยอาจมีการหารือร่วมกับกรมแพทย์ทหารเรือ / กรมแพทย์ทหารอากาศ ดังนั้นในการบริหารเงินสำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทหารกองประจำการหรือ ทหารเกณฑ์ในสังกัด กรมแพทย์ทหารเรือรวมอาสาสมัครทหารพราน/กรมแพทย์ทหารอากาศ ดังกล่าว จึงได้มีการจัดแยกเงินงบประมาณ (Global Budget) ออกมาบริหารเป็นการเฉพาะ สำหรับบริการผู้ป่วยใน ดังนั้นในการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) กรมแพทย์ทหารเรือรวมอาสาสมัครทหารพราน/กรมแพทย์ทหารอากาศ หน่วยบริการที่ให้บริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามเงื่อนไขการบริการ เงื่อนไข และอัตราการรับการชดเชยเงินดังนี้

- **เงื่อนไขการบริการ**

1. เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีสิทธิย่อยทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ รวมอาสาสมัครทหารพราน / กรมแพทย์ทหารอากาศ โดยตรวจสอบสิทธิพบรหัสสิทธิคือ SN001 หรือ SP001

2. ผู้ป่วยอาจมาด้วยเงื่อนไขกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน กรณีการส่งต่อ ทั้งนี้หากอาการไม่ฉุกเฉิน สามารถให้บริการและส่งข้อมูลเบิกได้ โดยไม่ต้องใช้หนังสือส่งตัว

- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

หน่วยบริการทุกแห่งที่ให้บริการสิทธิย่อยทหารกองประจำการ สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือรวมอาสาสมัครทหารพราน / กรมแพทย์ทหารอากาศ จะได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราที่คำนวณได้โดยอัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วย ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget (ไม่มีอัตราจ่ายข้ามเขต โดยให้ถือเสมือนว่าเป็นการให้บริการภายในเขตทุกราย)

หมายเหตุ 1) สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สปสธ.) จะคำนวณจ่าย ตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ตามหน่วยบริการแต่ละกลุ่ม

2) สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

บันทึกข้อมูลทุกเมนู (F1-F5) ให้ครบถ้วน ตามข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วย

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 52 9/14/17 9:03 AM

6. **การเข้ารับบริการตามมาตรา 7 ที่มีการใช้บริการจากสถานบริการอื่น (นอกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)**

ตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หมวด 1 ว่าด้วยสิทธิการรับบริการสาธารณสุข มาตรา 7 ระบุไว้ว่า “ **บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด**” ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

- **แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุ** เจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP)

ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 28 มีนาคม 2560 เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับการบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP) และอ้างอิงจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ กำหนดให้ สปสช. มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้อง สรุปค่าใช้จ่าย และแจ้งให้กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ ทราบภายในสามสิบวันนับตั้งแต่เวลาที่ได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว และให้กองทุนของผู้มีสิทธิ จ่ายค่าใช้จ่ายในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขนี้ให้แก่สถานพยาบาลภายในสิบห้าวัน นับจากวันที่ สปสช. แจ้งกองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ และให้มีผลในทางปฏิบัตินับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **ผู้มีสิทธิ**

หมายถึง ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ รวมถึงข้าราชการส่วนท้องถิ่น เช่น ข้าราชการสังกัดกรุงเทพมหานคร (กทม.) ข้าราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรัฐวิสาหกิจ นอกจากนี้ในกรณีสิทธิประกันสังคมยังรวมถึงคนต่างชาติ /คนต่างด้าว ที่มีการส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมด้วย

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 53 9/14/17 9:03 AM

2. สถานพยาบาล

"สถานพยาบาล" หมายถึง สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยต้องเป็นสถานพยาบาลที่ไม่ใช่คู่สัญญาของสำนักงานประกันสังคมและไม่ใช่สถานพยาบาลเครือข่ายในระบบประกันสังคม หรือสถานพยาบาลที่ไม่ใช่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสถานพยาบาลที่ไม่มีสิทธิเบิกตามข้อตกลงขององค์การเภสัชกรรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ และองค์กรอิสระอื่น ๆ โดยหน้าที่ของสถานพยาบาลจะต้องให้บริการตามกฎหมาย พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2559

3. วันให้บริการ

เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป

4. ขอบเขตการให้บริการสาธารณสุข

4.1 เป็นการเข้ารับบริการในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตเท่านั้น

4.2 เป็นการบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบแล้วเป็นไปตามแนบ**ท้ายประกาศ**

4.3 กรณีผู้ประสบภัยจากรถ ให้เบิกค่าเสียหายเบื้องต้นจากกองทุนผู้ประสบภัยจากรถ

4.4 กรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน

5. นิยาม "เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต"

"การเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต" หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

6. อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

ตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต โดยบัญชีรายการแบ่งออกเป็น 12 หมวด (หากกำหนดลำดับที่ของหมวดให้สอดคล้องกับอัตราค่าบริการที่ ประกาศโดยกรมบัญชีกลาง) ซึ่งได้แก่

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

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 54 9/14/17 9:03 AM

12. หมวดที่ 16 คือ ค่าบริการอื่นๆที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรงการเบิกค่าใช้จ่ายตามหมวดดังกล่าว ให้เบิกได้ตามรายการ อัตรา และหลักเกณฑ์ที่กำหนด เท่านั้น มิให้สถานพยาบาลเรียกเก็บเพิ่มในทุกกรณี

สำหรับค่าบริการรายการใดที่ไม่อยู่ในรายการที่กำหนด จะไม่สามารถเบิกได้ อย่างไรก็ตาม หากสถานพยาบาลมีความเห็นที่จะเสนอรายการเพื่อเบิกจ่ายเพิ่มเติม สามารถเสนอเพิ่มเติมผ่านสภาวิชาชีพ หรือสมาคมวิชาชีพ เพื่อขอความเห็นชอบ และส่งต่อให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติพิจารณาเพิ่มเติมอีกครั้ง โดยจะมีรอบในการพิจารณาทุก 6 เดือน

7. เงื่อนไขและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

7.1 **72 ชั่วโมง แรก**

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

7.1.2 บันทึกข้อมูลเพื่อขอรับการพิจารณาคัดแยกภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นในระบบ Pre Authorize ของ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรณีที่มีปัญหาการวินิจฉัยในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ให้ปรึกษาศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ตลอดเวลา ยี่สิบสี่ชั่วโมง เพื่อดำเนินการวินิจฉัย โดยคำวินิจฉัยของศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติให้ถือเป็นที่สุด

7.1.3 หลังให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ให้สถานพยาบาลที่ให้บริการผู้มีสิทธิกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ แจ้งการเข้ารับบริการครั้งนั้นต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่หมายเลข 1330 (Call Center) หรือกองทุนของผู้มีสิทธิ รับทราบโดยเร็ว เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น ให้พิจารณารับย้ายผู้มีสิทธิและให้สถานบริการอื่นอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้มีสิทธิหลังจากแพทย์พิจารณาสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้

7.1.4 เงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบาย“เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (UCEP) ในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมง ให้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตาม“ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต”

7.1.5 สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายในเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมงไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทาง Web site online ตามแนวทางการเรียกเก็บที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

7.1.6 ส่งข้อมูลการให้บริการและค่าใช้จ่ายที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจสอบความถูกต้อง

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 55 9/14/17 9:03 AM

7.1.7 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสรุปค่าใช้จ่าย และแจ้งข้อมูลให้กองทุนของผู้มีสิทธิ ทราบภายในสามสิบวันนับตั้งแต่เวลาที่ได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

7.1.8 กองทุนของผู้มีสิทธิ จ่ายค่าใช้จ่ายให้สถานพยาบาลภายในสิบห้าวัน นับจากวันที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแจ้งกองทุนของผู้มีสิทธิ

7.2 **หลัง 72 ชั่วโมง**

7.2.1 กรณีหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นไม่สามารถมารับผู้ป่วยได้ภายใน 72 ชั่วโมง หรือแพทย์พิจารณาเห็นควรว่าไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้สถานบริการอื่นเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ มาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีอัตราการจ่ายชดเชย จ่ายตามอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บจริง (Fee For Service) สำหรับสิทธิอื่น ให้ดำเนินการตามข้อตกลงระหว่างสถานพยาบาลกับกองทุนของผู้มีสิทธิ

8. ขั้นตอนการส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

8.1 จัดทำข้อมูล Drug Catalogue ของสถานพยาบาล

8.2 จัดทำฐานข้อมูล fee Schedule Catalogue ของสถานพยาบาล

8.3 บันทึกข้อมูลเบิกค่าใช้จ่ายรายบุคคลตามรูปแบบที่ สปสช. กำหนด ทาง Web Site : http://emco.nhso.go.th/nhso/index.php โดยมีรายละเอียดในการบันทึกข้อมูล 5 ขั้นตอน คือ

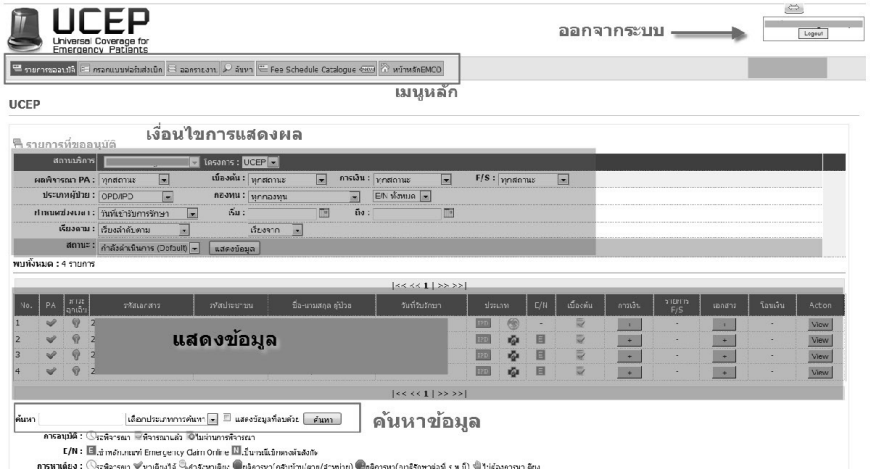
ขั้นตอนที่ 1 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเบื้องต้น และบันทึกผลการประเมินภาวะฉุกเฉิน

1. Login เข้า Website: http://emco.nhso.go.th/nhso/index.php พิมพ์ Username / Password ที่ สปสช.กำหนดให้

2. ภายหลังใส่ Username และ Password จะปรากฏ 

ขวามือของหน้าจอให้ Click หน้าจอจะปรากฏ 

ด้านล่างโปรแกรม หลังจากนั้นให้ Click อีกครั้งเพื่อเข้าสู่ระบบ จะพบหน้าหลัก โปรแกรม UCEP/EMCO ดังภาพที่ 20



ภาพที่ 20 แสดงหน้าหลักโปรแกรม UCEP

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 56 9/14/17 9:03 AM

3. หลังจาก Login เข้ามา แล้วจะพบหน้าจอหลัก โปรแกรม UCEP/EMCO คลิกที่เมนู กรอกแบบฟอร์มส่งเบิก ดังภาพที่ 21



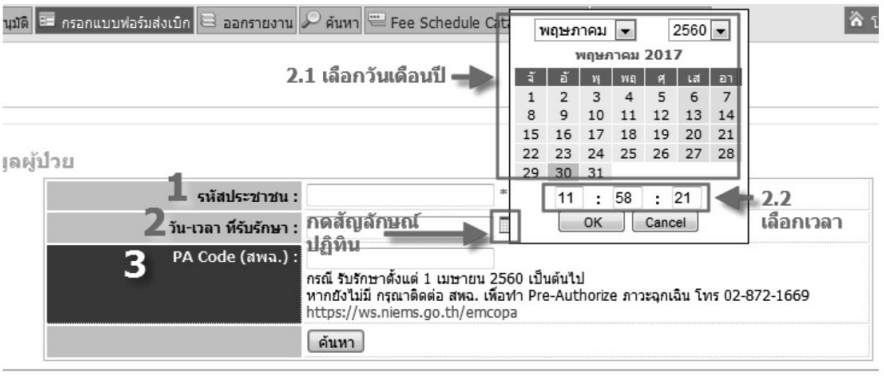
ภาพที่ 21 แสดงเมนูกรอกแบบฟอร์มส่งเบิก

4. บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ดังภาพที่ 22 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ใส่รหัสประชาชน 13 หลัก

1.2 ใส่วันที่และเวลาที่รับรักษา โดยกดที่ รูปปฏิทินด้านหลังช่อง

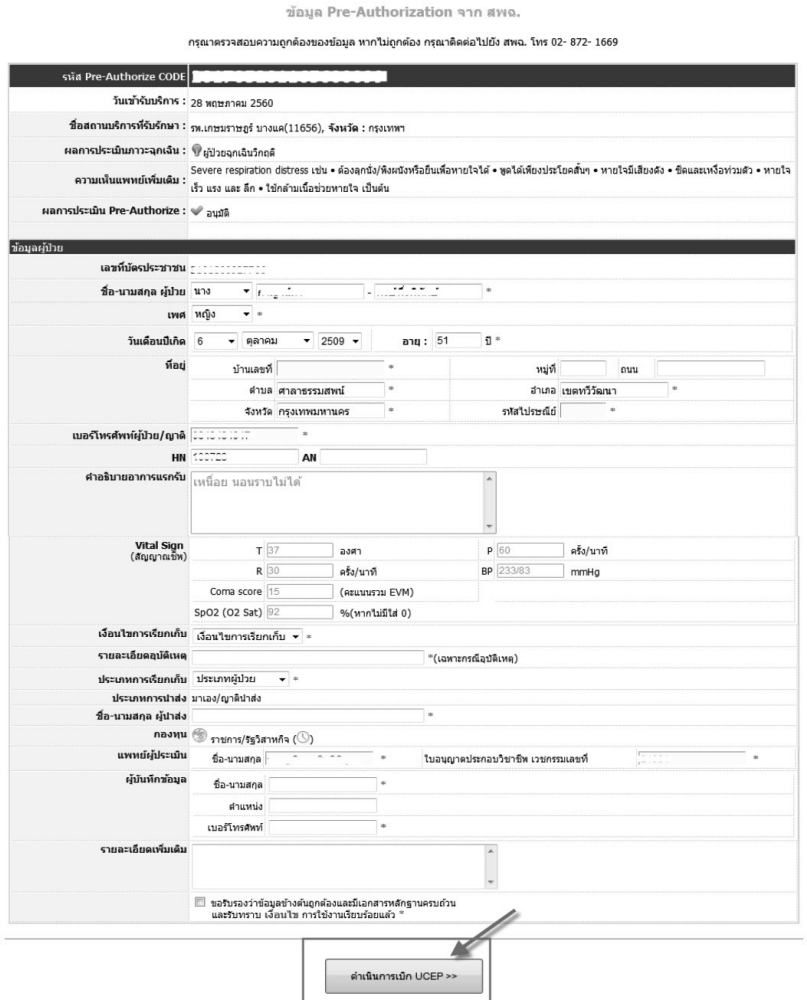
1.3 ใส่ PA Code (สพฉ) คือเลขที่ประเมิน ภาวะฉุกเฉินจาก สพฉ. สำหรับกรณี รับรักษาตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป หากยังไม่มี กรุณาติดต่อ สพฉ. เพื่อทำ Pre-Authorize ภาวะฉุกเฉิน โทร 02-872-1669 https://ws.niems.go.th/emcopa



ภาพที่ 22 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

5. ระบบจะนำข้อมูลจาก สพฉ. มาแสดงให้ตรวจสอบ (หากข้อมูลไม่ถูกต้องให้ติดต่อ สพฉ.เพื่อแก้ไข) ถ้าข้อมูลถูกต้องแล้ว ให้บันทึกข้อมูลอื่นๆเพิ่มเติม โดยช่องที่มีเครื่องหมาย “ * ” ดอกจันสีแดง จำเป็นที่จะต้องกรอกข้อมูล ห้ามเว้นว่าง ดังภาพที่ 23

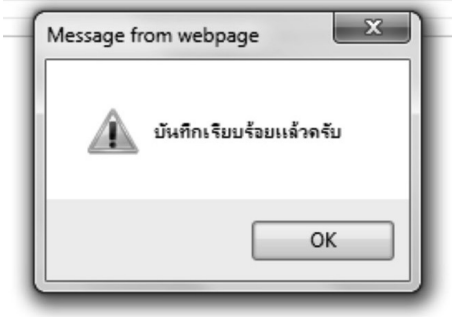
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 57 9/14/17 9:03 AM



ภาพที่ 23 แสดงหน้าจอแสดงแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลเบื้องต้น

เมื่อตรวจสอบและกรอกข้อมูลที่จำเป็นเรียบร้อยแล้ว ให้กดปุ่ม “ **ดำเนินการเบิก UCEP** ” ในภาพ 23

6. เมื่อข้อมูลเสร็จเรียบร้อย จะขึ้น Popup ดังภาพที่ 24

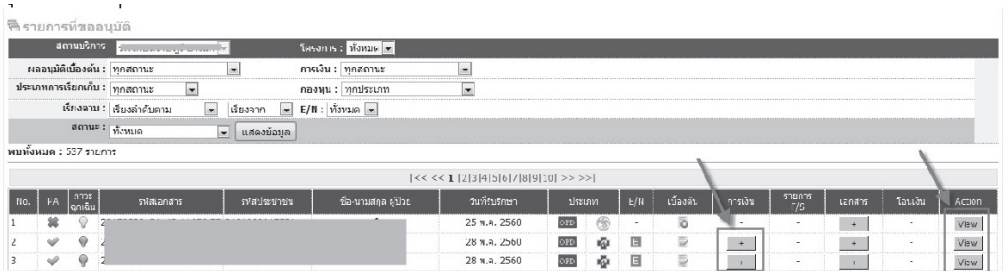


ภาพที่ 24 แสดงหน้าจอแสดงการบันทึกข้อมูลเรียบร้อย

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 58 9/14/17 9:03 AM

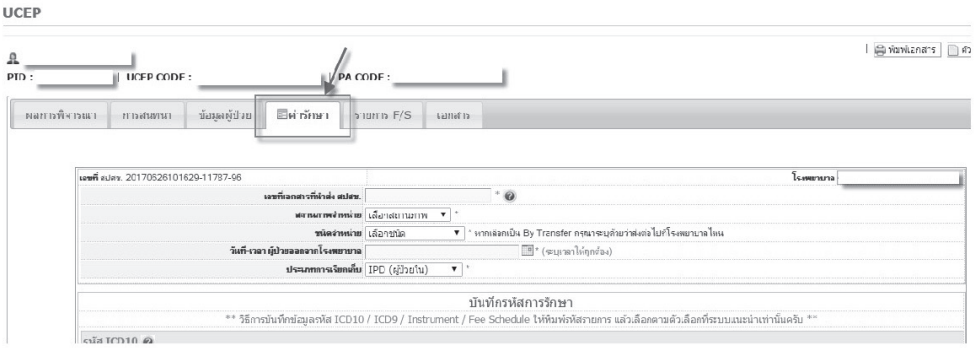
ขั้นตอนที่ 2 การบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่าย

1. การบันทึกการเงิน โดยการกดปุ่ม + ตรงช่อง การเงิน หรือ กดปุ่ม View ในรายการของบุคคลนั้นๆ ดังภาพที่ 25



ภาพที่ 25 แสดงหน้าจอแสดงการเข้าบันทึกข้อมูลการเงิน

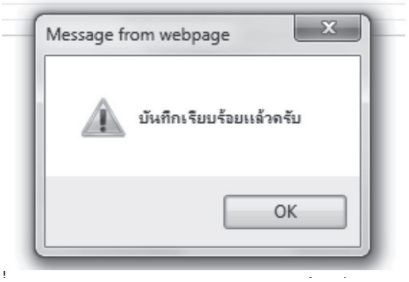
2. เลือก Tab “ค่ารักษา” ดังภาพที่ 26



ภาพที่ 26 แสดงหน้าจอแสดง TAB ค่ารักษา

3. บันทึกข้อมูลรายละเอียดค่ารักษาให้ครบถ้วน จากนั้นกดปุ่ม ***“ ส่งข้อมูลการเงิน ”*** 

เพื่อส่งข้อมูลการเงิน ให้ผู้พิจารณา จะแสดง POP UP แจ้งว่าบันทึกเรียบร้อยแล้ว ดังภาพที่ 27



ภาพที่ 27 แสดง POP UP แจ้งว่าบันทึกเรียบร้อยแล้ว

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 59 9/14/17 9:03 AM

ขั้นตอนที่ 3 การส่งข้อมูล รายการ Fee Schedule รายบุคคล (Upload .CSV ไฟล์)

1. สถานพยาบาล Upload รายการ Fee Schedule รายบุคคลได้ 2 ช่องทาง ดังนี้

1.1 การ Upload รายการ Fee Schedule รายบุคคล ในหน้ารายการขออนุมัติรวม ดังภาพที่ 28

1.1.1 เลือกเมนู รายการขออนุมัติ

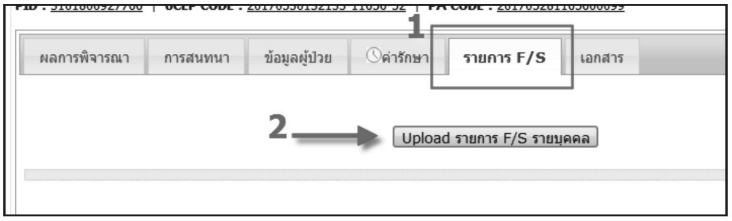
1.1.2 กดปุ่มแสดงข้อมูล

1.1.3 กดปุ่ม **[Upload]** ในช่อง “รายการ F/S”



ภาพที่ 28 แสดงหน้าจอแสดงการ Upload รายการ F/S รายบุคคล ในหน้ารายการขออนุมัติรวม

1.2 การ Upload รายการ Fee Schedule รายบุคคล โดยเข้าไปในข้อมูลผู้ป่วยแล้วกดไปที่ Tab “รายการ F/S” และกดปุ่ม “Upload รายการ F/S รายบุคคล” ดังภาพที่ 29



ภาพที่ 29 แสดงหน้าจอแสดงการ Upload รายการ F/S รายบุคคล ในหน้ารายบุคคล

2. ดำเนินการ Upload .CSV ไฟล์ รายบุคคล และกดส่งข้อมูล ดังภาพที่ 30



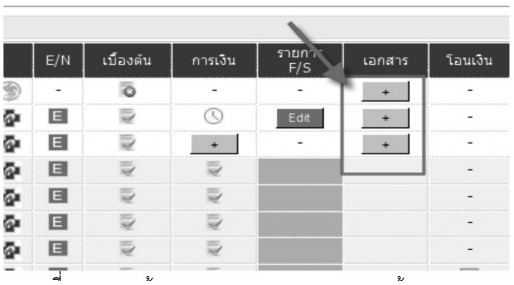
ภาพที่ 30 แสดงหน้าจอแสดงการส่งข้อมูล .CSV ไฟล์ รายบุคคล

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 60 9/14/17 9:03 AM

ขั้นตอนที่ 4 การส่งเอกสารแนบ (File Upload)

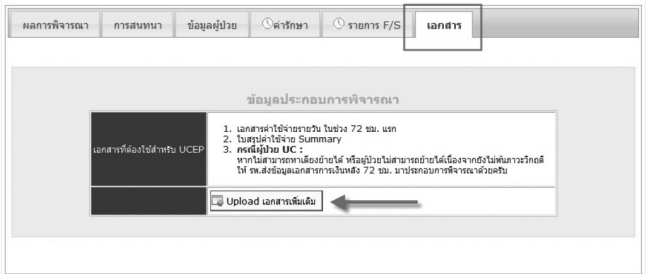
1. สถานพยาบาล Upload เอกสารค่าใช้จ่ายรายวันเพื่อให้ผู้พิจารณาได้ตรวจสอบข้อมูลทุกรายการ โดยสามารถ Upload ได้ 2 ช่องทาง ดังนี้

1.1 จากหน้ารายการที่ส่งเบิก จะขึ้นปุ่ม [+] ใน คอลัมน์เอกสาร สถานพยาบาลสามารถกดปุ่มจากตรงนี้ได้เลยดัง ภาพที่ 31



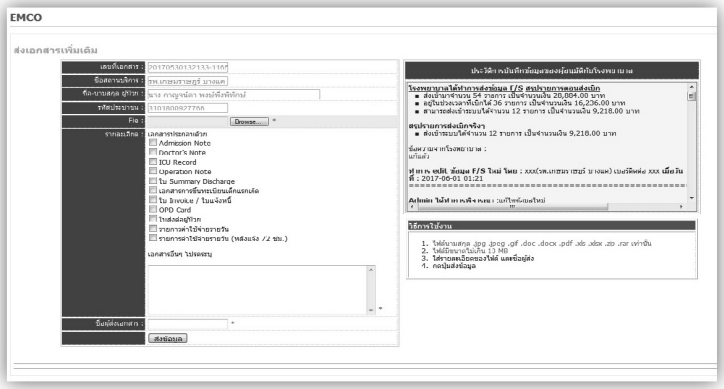
ภาพที่ 31 แสดงหน้าจอแสดงการ upload เอกสารจากหน้ารายการรวม

1.2 Upload จากข้างในหน้าข้อมูลผู้ป่วย ในแท็บ “เอกสาร” ซึ่งจะพบปุ่มให้กด Upload เอกสารได้ และหากมีข้อมูลที่เคย upload มาแล้ว ก็จะปรากฏในส่วนนี้เช่นกัน ดังภาพที่ 32



ภาพที่ 32 แสดงหน้าจอแสดงการ upload เอกสารในหน้ารายบุคคล

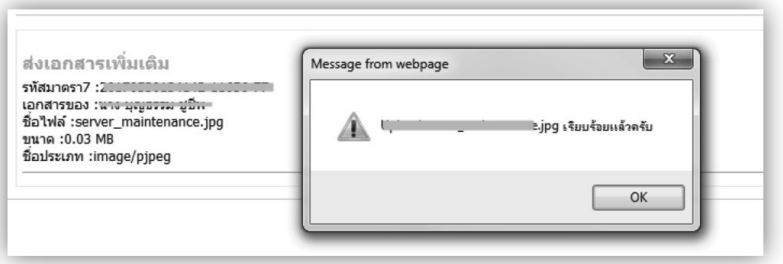
2. เมื่อคลิกที่ปุ่ม “Upload เอกสารเพิ่มเติม” จะพบแบบฟอร์ม Upload ดังภาพที่ 33 ให้เลือกไฟล์ที่ต้องการจะ Upload เข้าระบบ



ภาพที่ 33 แสดงหน้าจอแสดงแบบฟอร์ม Upload

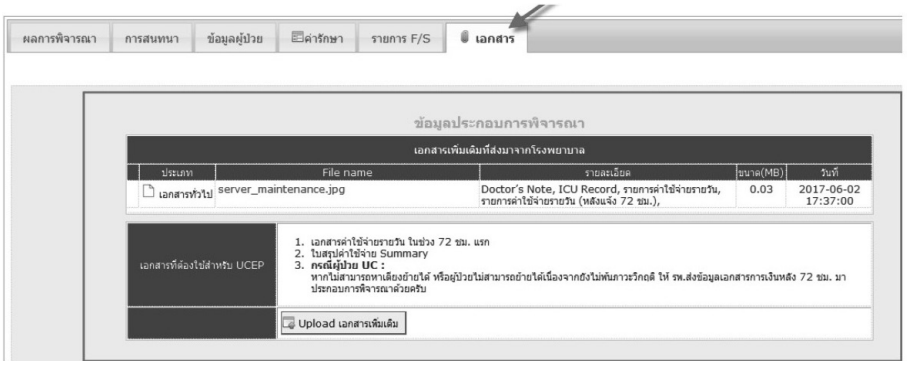
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 61 9/14/17 9:03 AM

3. เมื่อ Upload ไฟล์เอกสารแล้วจะปรากฏข้อมูลการแจ้งเตือน ดังภาพที่ 34



ภาพที่ 34 แสดงหน้าจอแสดงการแจ้งเตือนการ Upload

4. เมื่อสถานพยาบาล upload เอกสารเรียบร้อย แทบ “เอกสาร” ซึ่งจะมีสัญลักษณ์ ปรากฏ ดังภาพที่ 35



ภาพที่ 35 แสดงหน้าจอแสดงรายการเอกสาร Upload

5. เมื่อสถานพยาบาลดำเนินการทำครบทุกขั้นตอนแล้ว ให้รอทางผู้พิจารณา ตรวจสอบข้อมูลตามลำดับ

9. การจ่ายเงิน

กำหนดให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลการให้บริการภายใน 30 วันหลังให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกหรือ 30 วันหลังจำหน่าย ซึ่ง สปสช. จะทำการตัดข้อมูลที่สถานบริการส่งมาทุกวันที่ 15 และวันสุดท้ายของเดือนพร้อมทั้งทำการตรวจสอบความถูกต้อง สรุปค่าใช้จ่าย และแจ้งให้กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ ทราบ แล้วและให้กองทุนของผู้มีสิทธิ จ่ายค่าใช้จ่ายให้สถานพยาบาลภายในสิบห้าวัน นับจากวันที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแจ้งกองทุนของผู้มีสิทธิ

หมายเหตุ: กรณีวันตัดข้อมูลตรงกับวันหยุด จะเลื่อนวันตัดข้อมูลเป็นวันทำการถัดไป

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 62 9/14/17 9:03 AM

10.การตรวจสอบเวชระเบียนหลังการจ่ายเงิน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม จะทำการขอเวชระเบียนมาเพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกและจ่ายเงินค่าบริการอีกครั้ง ทั้งนี้สถานบริการจะต้องจัดเตรียมเวชระเบียนให้พร้อม

11. การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย

ในกรณีที่มีการขอรับค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วนและไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย สถานบริการสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่าย โดยทำหนังสือแจ้งต่อเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีคำวินิจฉัย ทั้งนี้ ภายใน 90 วัน นับแต่วันที่ทราบข้อขัดข้องดังกล่าว แต่ไม่เกินหนึ่งปีนับจากวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานบริการ ทั้งนี้คำวินิจฉัยของเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ถือเป็นที่สุด

12. การติดต่อประสานงาน

สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โทรศัพท์ หมายเลข 02-141-4073, 02 –141- 4314, 02-141-4360, 02-141-4362, 02-141-4363

โทรสาร หมายเลข 02 -143 -9738

เว็บไซต์ http://emco.nhso.go.th/

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

โทรศัพท์ หมายเลข 02 -872-1669

กรมบัญชีกลาง

โทรศัพท์ หมายเลข 02 -127-7000-8 , 02-127-7396-8

โทรสาร หมายเลข 02 – 127-7157

สำนักงานประกันสังคม

โทรศัพท์ หมายเลข 02 -956-2289 , 02- 956-2500-6

- **แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วย**ฉุกเฉินเร่งด่วน และ กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 พ.ศ. 2560

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการแก้ไขข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่น กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2560 และเพื่อให้การปฏิบัติตามข้อบังคับดังกล่าว เกิดความชัดเจนมีแนวปฏิบัติเป็นไปในทางเดียวกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง มีสาระสำคัญดังนี้

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 63 9/14/17 9:03 AM

- **คำนิยาม**

1. ผู้มีสิทธิ

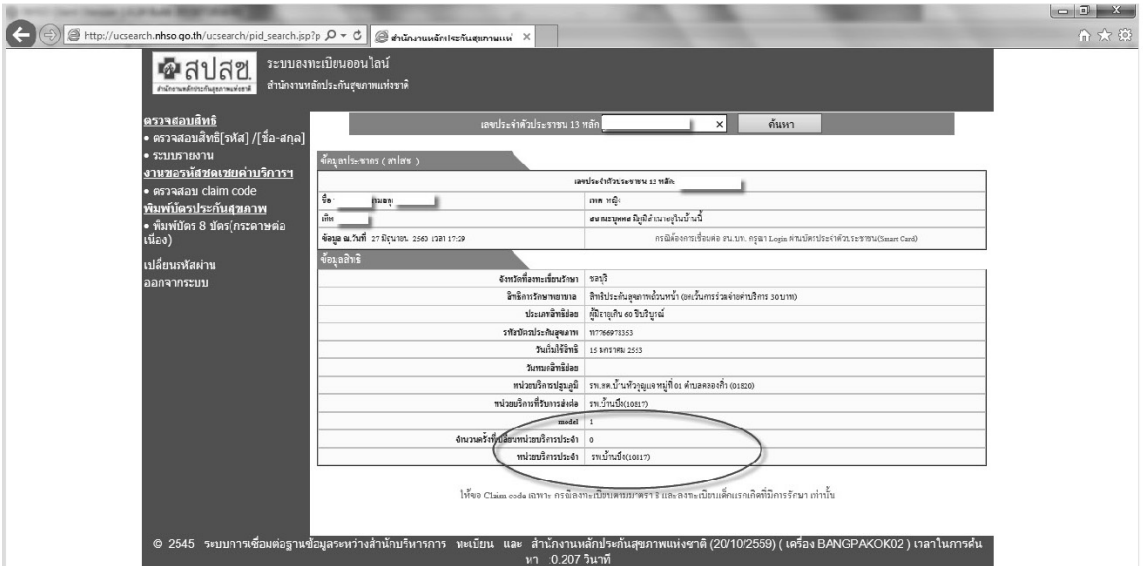
หมายถึง ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้ลงทะเบียนเพื่อเลือกหน่วยบริการประจำแล้ว ทั้งนี้ไม่รวมถึง ผู้มีสิทธิแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (สิทธิว่าง)

2. สถานบริการอื่น

หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

3. หน่วยบริการประจำ

หมายถึง หน่วยบริการประจำที่ผู้รับบริการได้เลือกลงทะเบียนตามมาตรา 6 ซึ่งแสดงข้อมูลในหน้า website ตรวจสอบสิทธิของ สปสช. ณ วันแรกที่รับการรักษาตามที่ปรากฏอยู่ในช่อง หน่วยบริการประจำ ตามภาพที่ 36



ภาพที่ 36 แสดงข้อมูลในหน้า website ตรวจสอบสิทธิของ สปสช. ณ วันแรกที่รับการรักษา

4. วันให้บริการ

เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป

5. ขอบเขตการให้บริการสาธารณสุข

5.1 เป็นการเข้ารับบริการในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง และเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนเท่านั้น

5.2 เป็นการบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 พ.ศ. 2560 เท่านั้น

5.3 เป็นกรณีที่ไม่นับรวมการตรวจรักษาที่มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 64 9/14/17 9:03 AM

6. นิยาม "เจ็บป่วยฉุกเฉิน"

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน" หมายถึง การได้รับอุบัติเหตุหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการเจ็บป่วยนั้น ทั้งนี้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินได้มีหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังนี้

"ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต" ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

"ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน" ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมาก หรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิต หรือพิการในระยะต่อมาได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

"ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง" ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

ทั้งนี้นิยามและหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการฉุกเฉินใช้อ้างอิงตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554

7. การผ่าตัดใหญ่ มีแนวทางพิจารณาตามคำจำกัดความของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ ดังนี้

7.1 การผ่าตัดที่ต้องดมยาสลบหรือการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional block)

7.2 การผ่าตัดที่ใช้เวลาการผ่าตัดนานเกิน 1 ชั่วโมงในห้องผ่าตัด

7.3 การผ่าตัดที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต

ซึ่งคำจำกัดความดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมแต่สามารถใช้เป็นเกณฑ์การผ่าตัดโดยทั่วไปได้ ถ้ามีกรณีที่มีข้อสงสัยจะพิจารณาเป็นรายๆ ไป

การนับเวลาการผ่าตัดใหญ่ ให้เริ่มนับตั้งแต่มีการเริ่มลงมีดหรือเริ่มลงหัตถการ (ที่ไม่ใช้มีด) จนกระทั่งการเย็บปิดแผลเรียบร้อย หรือการสิ้นสุดหัตถการที่ไม่มีการเย็บแผล

8. อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

สถานบริการอื่นที่ให้บริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง แก่ผู้มีสิทธิ สามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข โดยมีเงื่อนไขและอัตราการจ่ายเงินชดเชย ดังนี้

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 65 9/14/17 9:03 AM

ก่อนแจ้ง 24 ชั่วโมง

1. จะต้องเป็นการเข้ารับบริการที่เข้าเกณฑ์กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง โดยพิจารณาจากอาการแรกรับ ทั้งนี้ไม่รวมถึงกรณีที่ไม่ใช่กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน แล้วต่อมาผู้ป่วยมีอาการอยู่ในภาวะฉุกเฉิน กรณีนี้ไม่อาจใช้สิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นตามข้อบังคับฯ ได้ เช่น การมาตรวจรักษาตามแพทย์นัด และมีภาวะวิกฤตขณะที่รับการรักษาในครั้งนั้น

2. การเข้ารับบริการ กรณีที่ไม่มีหน่วยบริการใกล้สถานที่เกิดเหตุ ให้เข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้

3. เมื่อสถานบริการอื่นที่ให้บริการผู้มีสิทธิกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง แจ้งการเข้ารับบริการครั้งนั้นต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่หมายเลข 1330 (Call Center) ทันทีหรือโดยเร็วภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น พิจารณารับย้ายผู้มีสิทธิและให้สถานบริการอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้มีสิทธิด้วย

4. สถานบริการอื่นที่ให้บริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง แก่ผู้มีสิทธิ สามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทาง Web site http://emco.nhso.go.th/nhso/index.php ตามแนวทางการเรียกเก็บที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

5. อัตราการจ่ายเงินชดเชย

- **ผู้ป่วยนอก** มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่รวมแล้วไม่เกิน 700 บาท/ครั้ง
- **ผู้ป่วยใน** มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ค่ารักษาพยาบาล ค่าห้องและอาหาร ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ 4,500 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง หรือ

- กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่ และใช้เวลาในการผ่าตัดไม่เกิน 2 ชั่วโมง ให้ได้รับตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ 8,000 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

- กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่ และใช้เวลาในการผ่าตัดเกิน 2 ชั่วโมง หรือกรณีต้องมีการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit : ICU) ให้ได้รับตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ 14,000 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

หลังแจ้ง 24 ชั่วโมง

1. เมื่อผู้มีสิทธิพ้นภาวะวิกฤติ และ/หรือ ญาติประสงค์ขอย้ายไปยังหน่วยบริการประจำ สถานบริการอื่นที่รักษาจะต้องอำนวยความสะดวกในการนำส่ง โดยติดต่อเข้ามาที่ หมายเลข 1330 (Call Center) เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นในการรับย้าย กรณีหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นไม่สามารถมารับผู้ป่วยได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังสถานบริการอื่นแจ้ง (โดยการนับเวลาจะนับเริ่มต้นจากเวลาที่สถานบริการอื่นและ/หรือ ผู้มีสิทธิหรือญาติประสงค์ โทรแจ้ง 1330 เพื่อประสานงานรับย้าย) หน่วยบริการ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 66 9/14/17 9:03 AM

ประจำหรือสำนักงานต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการแจ้งขอย้ายครบ 24 ชั่วโมง เป็นต้นไป เว้นแต่ผู้มีสิทธิมีความประสงค์ไม่ขอย้าย ผู้มีสิทธิต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าวเอง

2. สถานบริการอื่นที่ให้บริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง แก่ผู้มีสิทธิ สามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทาง web site http://emco.nhso.go.th/nhso/index.php ตามแนวทางการเรียกเก็บที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3. อัตราการจ่ายเงินชดเชย

จ่ายชดเชยตามจำนวนที่จ่ายจริง เฉพาะรายการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์เท่านั้น

หมายเหตุ ค่ารถพยาบาลหรือเรือพยาบาลนำส่งผู้มีสิทธิที่ประสงค์จะย้ายไปรับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการของตน หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย หรือหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการเห็นชอบ จะจ่ายในอัตราตามประกาศว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณนั้น กรณีอุบัติเหตุจากการจราจรและอยู่ในความคุ้มครองตามพรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ให้สถานบริการอื่นที่รักษาเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถให้ครบถ้วนก่อน

9. การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย

ในกรณีที่มีการขอรับค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วนและไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย สถานบริการสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่าย โดยทำหนังสือแจ้งต่อเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีคำวินิจฉัย ทั้งนี้ ภายใน 90 วัน นับแต่วันที่ทราบข้อขัดข้องดังกล่าว แต่ไม่เกินหนึ่งปีนับจากวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานบริการ ทั้งนี้คำวินิจฉัยของเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ถือเป็นที่สุด

10. การติดต่อประสานงาน

สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โทรศัพท์ หมายเลข 02-141-4073, 02 –141- 4314, 02-141-4360, 02-141-4362, 02-141-4363

โทรสาร หมายเลข 02 -143 -9738 เว็บไซด์ http://emco.nhso.go.th/

- **การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่มีเหตุสมควร**
- **นิยาม**

กรณีที่มีเหตุสมควร หมายถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานบริการอื่น ด้วยสาเหตุการเกินศักยภาพที่หน่วยบริการในระบบจะให้บริการได้ เช่น ขาดอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ช่วยเหลือผู้ป่วย ขาดแพทย์เฉพาะทาง หรืออื่น ๆ ทั้งนี้ต้องเกิดจากความเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการประจำและผู้ป่วย

- **หลักเกณฑ์**

1. เป็นการส่งต่อผู้มีสิทธิจากหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นไปรับบริการที่สถานบริการอื่น เนื่องจากเกินศักยภาพของตนด้วยเหตุผลทางการแพทย์ โดยที่หน่วยบริการประจำและผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกัน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 67 9/14/17 9:03 AM

2. สถานบริการอื่นที่รับรักษาผู้มีสิทธิ ให้เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการประจำต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้กับสถานบริการอื่นตามจำนวนที่จ่ายจริง หรือตามอัตราที่สถานบริการอื่นตกลงกับหน่วยบริการประจำ สำหรับกรณีการส่งต่อจากหน่วยบริการอื่นที่ไม่ได้รับความเห็นชอบจากหน่วยบริการประจำให้เรียกเก็บจากหน่วยบริการที่ส่งต่อนั้น

3. ค่าใช้จ่ายซึ่งหน่วยบริการประจำได้จ่ายให้แก่สถานบริการอื่นตามข้อ 1. ไปแล้ว หน่วยบริการประจำมีสิทธิขอรับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพได้ตามหลักเกณฑ์การขอรับค่าใช้จ่ายซึ่งหน่วยบริการได้ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ตามระบบDrgs เสมือนว่าหน่วยบริการประจำนั้นเป็นผู้ให้บริการเอง

- **แนวทางปฏิบัติของหน่วยบริการ**

1. กรณีหน่วยบริการประจำเป็นผู้ส่งต่อผู้มีสิทธิไปยังสถานบริการอื่น เมื่อหน่วยบริการประจำได้พิจารณาแล้วเห็น**ควรส่งตัวผู้มีสิทธิเข้ารับบริการ ณ สถานบริการอื่น** เนื่องมาจากเหตุผลความจำเป็นทางด้านการแพทย์ ที่จะช่วยชีวิตหรือลดภาวะอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน ให้ปฏิบัติดังนี้

1) ตรวจสอบสิทธิทาง www.nhso.go.th พร้อมพิมพ์สำเนา

2) เขียนหนังสือส่งตัว (ใบ refer)

3) ส่งเอกสารตามข้อ 1-2 ไปยังสถานบริการอื่นพร้อมกับผู้มีสิทธิ

4) เมื่อสถานบริการอื่น ได้ให้บริการสิ้นสุดแล้ว จะส่งหลักฐานการขอรับการชดเชยเงินมายังหน่วยบริการประจำ โดยหน่วยบริการประจำจะจ่ายเงินชดเชยให้แก่สถานบริการอื่นตามอัตราค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง แต่ทั้งนี้ไม่เกินอัตราที่สถานบริการประกาศกำหนด ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือตามอัตราที่สถานบริการนั้นได้ตกลงกับหน่วยบริการประจำ

5) เมื่อหน่วยบริการประจำได้จ่ายเงินให้แก่สถานบริการอื่นเรียบร้อยแล้ว ให้ดำเนินการส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบปกติ

2. กรณีหน่วยบริการที่มิใช่หน่วยบริการประจำเป็นผู้ส่งต่อผู้มีสิทธิไปยังสถานบริการอื่น

2.1 ข้อปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการประจำ เมื่อหน่วยบริการประจำได้รับแจ้งจากหน่วยบริการอื่น ให้หน่วยบริการประจำปฏิบัติ ดังนี้

1) ตรวจสอบสิทธิของผู้มีสิทธิทาง www.nhso.go.th

2) พิจารณาให้ความเห็นชอบโดยตอบกลับไปยังหน่วยบริการอื่นเพื่อ โดยใช้แบบฟอร์ม FM-06-025 แบบแจ้งหน่วยบริการประจำเพื่อขอส่งตัวผู้มีสิทธิเข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น กรณีที่มีเหตุสมควร (มาตรา 7) และเก็บหลักฐานการตอบกลับจากหน่วยบริการประจำ เพื่อใช้ประกอบหลักฐานการเบิกจ่ายหรือในกรณีมีข้อโต้แย้ง

2.2 ข้อปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการอื่น

กรณีหน่วยบริการอื่นเป็นผู้ส่งต่อผู้มีสิทธิไปยังสถานบริการอื่น ให้ปฏิบัติดังนี้

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 68 9/14/17 9:03 AM

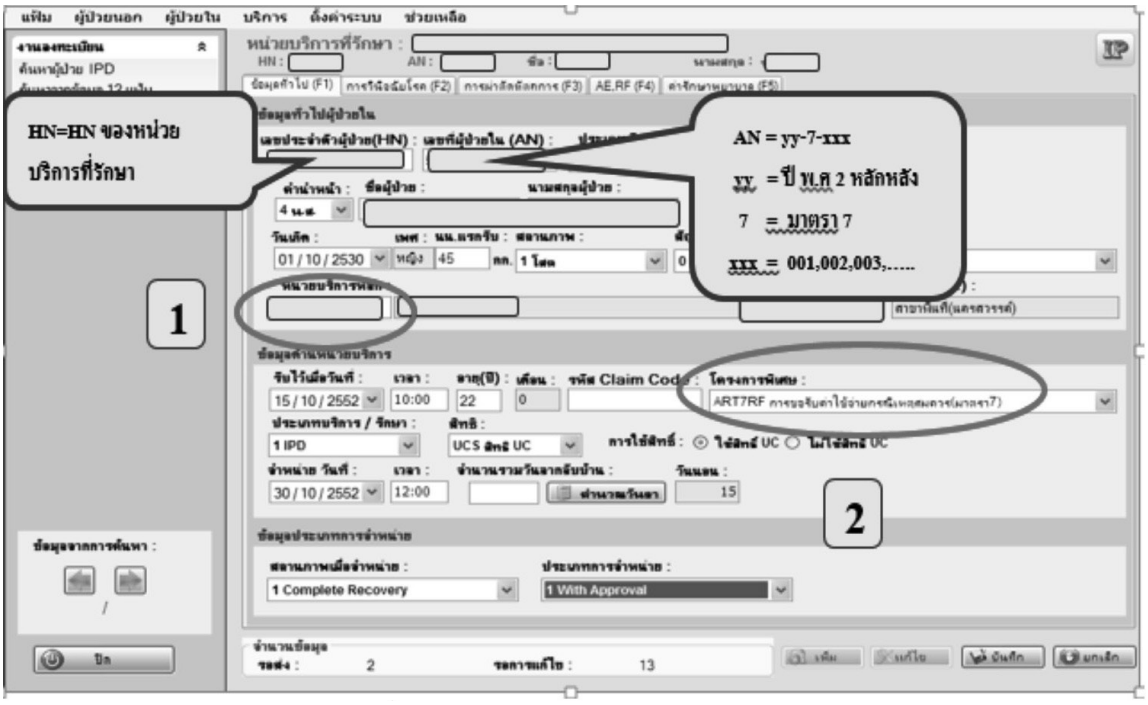
1) ตรวจสอบสิทธิของผู้มีสิทธิทาง www.nhso.go.th พร้อมพิมพ์สำเนา

2) แจ้งหน่วยบริการประจำเพื่อให้ความเห็นชอบ โดยใช้แบบฟอร์ม FM-06-025 แบบขอส่งตัวผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่น กรณีที่มีเหตุสมควร (มาตรา 7) และเก็บหลักฐานการตอบกลับจากหน่วยบริการประจำเพื่อใช้ประกอบหลักฐานการเบิกจ่ายหรือในกรณีมีข้อโต้แย้ง

3) หากการส่งต่อนั้นไม่ได้รับความเห็นชอบจากหน่วยบริการประจำ หรือมีข้อตกลงกับหน่วยบริการประจำให้ทำหน้าที่ในการส่งต่อและเบิกจ่าย ให้ปฏิบัติเสมือนว่าหน่วยบริการประจำเป็นผู้ส่งต่อ โดยหน่วยบริการอื่นต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น และสามารถขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบปกติได้เช่นเดียวกัน

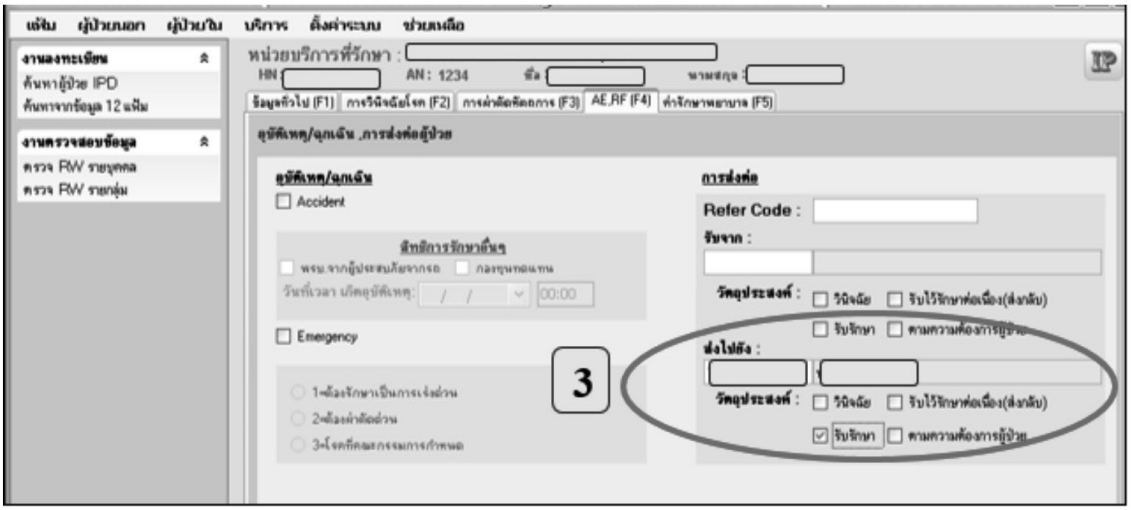
วิธีการบันทึกข้อมูลกรณีเหตุสมควรมาตรา 7 *(เฉพาะผู้ป่วยใน)*

1. สิทธิ UC เลือกหน่วยบริการหลัก สิทธิว่างไม่ต้องเลือกหน่วยบริการหลัก
2. เลือกรหัสโครงการพิเศษ ART7RF (เหตุสมควรมาตรา 7)
3. ในหน้า AE,RF ให้ระบุว่าส่งต่อไปรักษายังสถานบริการใด พร้อมเหตุผลในการส่งต่อ
4. บันทึกรายละเอียดอื่นๆให้ครบถ้วน



ภาพที่ 37 แสดงการบันทึกข้อมูลเหตุสมควร

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 69 9/14/17 9:03 AM



ภาพที่ 38 แสดงการบันทึกข้อมูลกรณีเหตุสมควร

7. การเข้ารับบริการในระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ (กรณีสำรองเตียง)

ขอบเขตบริการ

สถานบริการอื่นที่ตกลงทำสัญญาเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไขการบริการ**

การรับส่งต่อจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเงื่อนไขบริการที่ตกลงร่วมกันระหว่าง สปสช. และสถานบริการอื่น

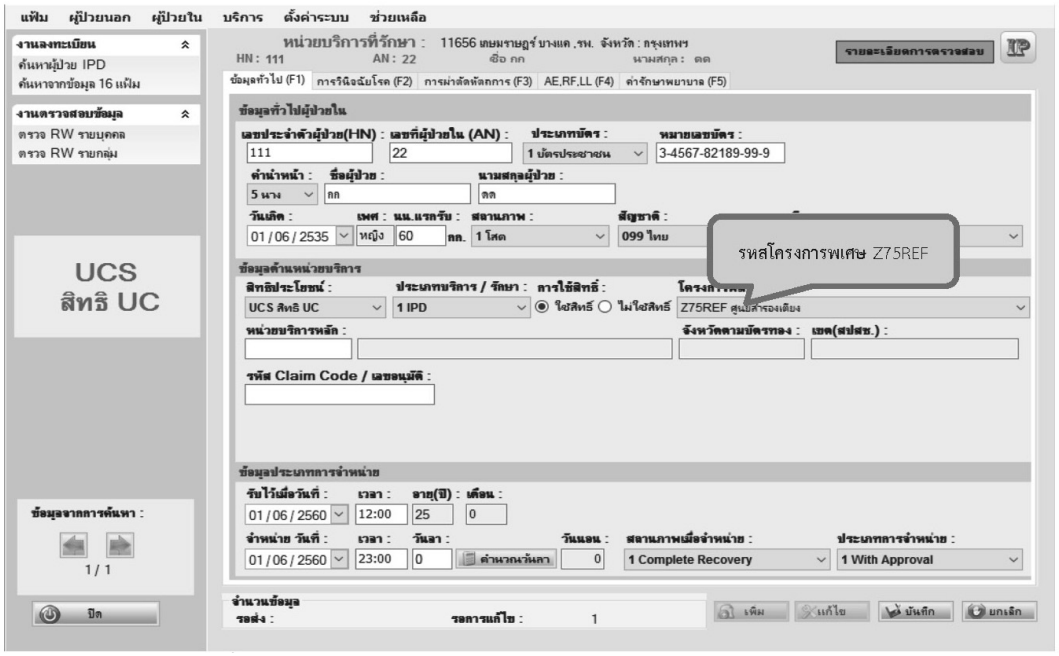
- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช.เขตแต่ละเขต โดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน 15,000 บาทต่อ Adj.RW

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

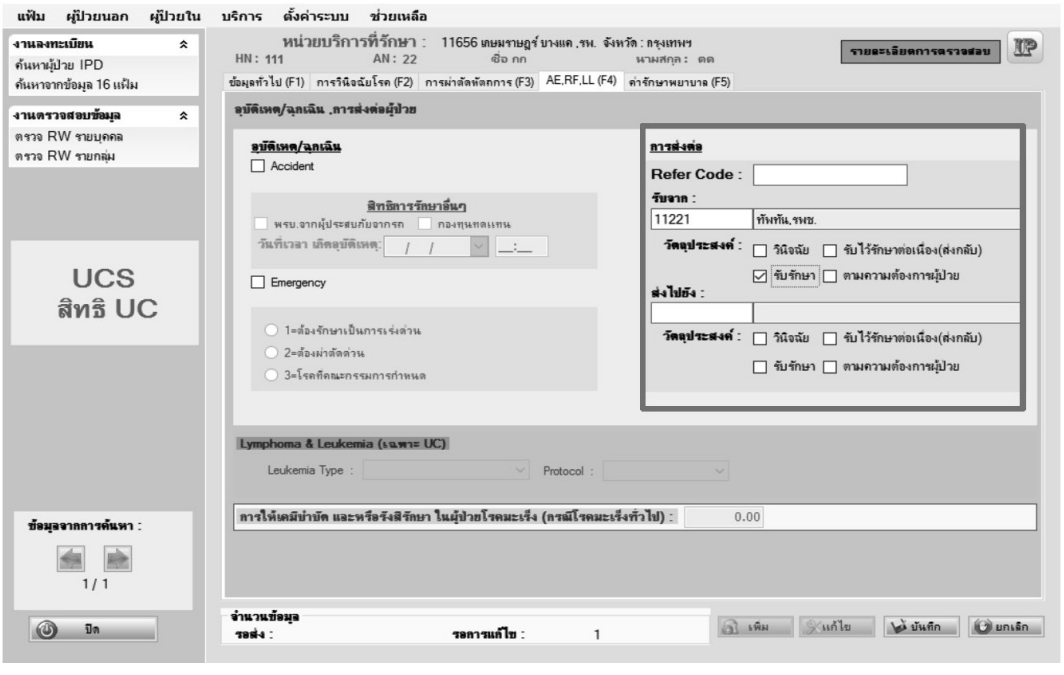
1. บันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z75REF ศูนย์สำรองเตียง หน้า F1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยใน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 70 9/14/17 9:03 AM



ภาพที่ 39 แสดงการบันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z75REF ศูนย์สำรองเตียง

2. บันทึกข้อมูลการรับส่งต่อ หน้า F4 AE/RF/LL



ภาพที่ 40 แสดงการบันทึกข้อมูลการรับส่งต่อ

3. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 71 9/14/17 9:03 AM

8. กรณีบริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะ

8.1 การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด

ขอบเขตบริการ

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

เงื่อนไข และอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

กำหนดอัตราการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการฯ ดังนี้

1. **ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำภายในเขต** หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้ อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ในแต่ละเดือนเท่ากับวงเงินระดับเขตหลังหัก Fix cost หารด้วยผลรวมของ Adj.RW ในเขต

หมายเหตุ 1. สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(สปสธ.) จะคำนวณจ่ายหลังปรับค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ตามหน่วยบริการแต่ละกลุ่ม

2. สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2. **ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยข้ามเขต** ได้รับค่าใช้จ่ายในอัตราคงที่ 9,600 บาทต่อ Adj.RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

8.2 การรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy - ESWL)

ขอบเขตบริการ

การรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะ ด้วยเครื่องสลายนิ่ว (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy - ESWL)

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

1. หน่วยบริการภาครัฐจ่ายแบบเหมาจ่ายครั้งละไม่เกิน 6,500 บาท จ่ายไม่เกิน ข้างละ 4 ครั้งต่อไต 1 ข้างต่อคนต่อปี

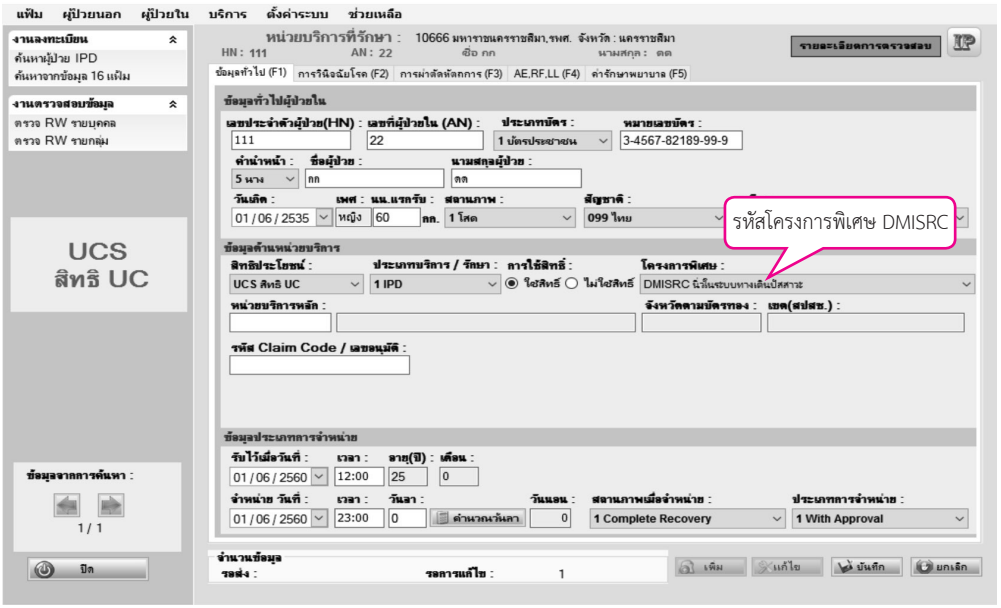
2. หน่วยบริการหรือสถานบริการภาคเอกชน จะได้รับค่าใช้จ่ายเมื่อบริการสลายนิ่วสำเร็จโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (Episode) ในอัตราเหมาจ่าย 16,000 บาทต่อการสลายนิ่วในไตหนึ่งข้างต่อคนต่อปี ทั้งนี้หน่วยบริการจะต้องส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการสลายนิ่วสำเร็จเท่านั้น กรณีสลายนิ่วไม่สำเร็จต้องมีการให้บริการ(ESWL) มากกว่า 3 ครั้ง และมีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาจึงจะขอรับค่าใช้จ่ายได้ โดยมี

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 72 9/14/17 9:03 AM

การตรวจประเมินและติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยสลายนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ของคณะทำงานตรวจประเมินและติดตามผลการรักษาผู้ป่วยสลายนิ่ว ที่สำนักงาน หรือสำนักงานเขต แต่งตั้ง/มอบหมาย

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

1. บันทึกรหัสโครงการพิเศษ DMISRC นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ ในหน้า F1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยในแล้วแต่ประเภทการเข้ารับบริการ



ภาพที่ 41 แสดงการบันทึกรหัสโครงการพิเศษ DMISRC นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ

2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน

9. กรณีเด็กแรกเกิด

ขอบเขตบริการ

- **คำนิยาม**

  เด็กแรกเกิด หมายถึง เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ณ วันที่เข้ารับบริการ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 73 9/14/17 9:03 AM

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไขการบริการ**

การให้บริการเด็กแรกเกิด กรณี ดังนี้

1) การให้บริการแก่เด็กแรกเกิด ทั้งเด็กแรกเกิดที่ป่วยและไม่ป่วย

2) ตรวจสอบสิทธิ พบว่าอายุไม่เกิน 28 วัน และยังไม่มีการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบอายุเด็กแรกเกิดดังกล่าว โดยหน่วยบริการต้องบันทึกวันเดือนปีเกิดเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายทุกครั้ง

3) หน่วยบริการต้องมีและบันทึกหมายเลข Claim Code เพื่อลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำทุกครั้ง

4) การส่งต่อผู้ป่วยเด็กแรกเกิดไปรับบริการยังหน่วยบริการแห่งที่ 2 สามารถเบิกค่าพาหนะในการส่งต่อได้ รายละเอียดตามบทที่ 3

- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

1) กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย จ่ายในอัตรา 9,000 บาท ต่อ adj.RW

2) กรณีเด็กแรกเกิดกรณีนอกเหนือจากข้อ 1 จ่ายในอัตราภายในเขตของแต่ละเขตที่ให้บริการ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วย ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget

หมายเหตุ 1. กรณีที่มีการบันทึกน้ำหนักเด็กแรกเกิดมากกว่า 6 กิโลกรัม เมื่อส่งข้อมูลจะถูกปฏิเสธ Deny G24
2. เด็กแรกเกิดที่ป่วย หมายถึง กรณีเด็กแรกเกิดที่ป่วยและมีค่า RW มากกว่า 3 ขึ้นไป

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

1. บันทึกข้อมูลทุกเมนู (F1-F5) ให้ครบถ้วน ตามข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วย
2. บันทึกน้ำหนักเด็กแรกเกิดในหน้า **F1 บันทึกเป็นกิโลกรัม** เท่านั้น **เช่น เด็กแรกเกิดน้ำหนัก 2,950 กรัม ต้องบันทึกเป็น 2.95 ก.ก.**

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 74 9/14/17 9:03 AM

บทที่ 3 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี บริการกรณีเฉพาะ

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะภายใต้หลักการ “เป็นบริการที่การจ่ายค่าใช้จ่ายในระบบปกติจะทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อผู้รับบริการ (ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ) และผู้ให้บริการ (ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง) รวมทั้งความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” โดยมีหลักเกณฑ์ 4 ข้อ ได้แก่

1. การรวมความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพโดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และหรือมีผู้ป่วยไม่มาก
2. ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining and/or central procurement)
3. ประกันการได้รับบริการบางรายการที่มีความจำเป็น เช่น บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่ายบริการที่เป็นนโยบายสำคัญ
4. การคำนึงถึงความแตกต่างของปัญหาระดับพื้นที่

บริการกรณีเฉพาะในปีงบประมาณ 2561 มีจำนวน 5 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

กลุ่มที่ 2 กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

กลุ่มที่ 3 กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

กลุ่มที่ 4 กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

กลุ่มที่ 5 กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

กลุ่มที่ 1 กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

1. กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OPAE) กับหน่วยบริการประจำ
2. การใช้บริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 75 9/14/17 9:03 AM

3. การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกส่งต่อภายในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 เฉพาะ กรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด

4. ค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย

5. การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

6. การบริการกรณีเฉพาะอื่นๆ ได้แก่ ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนมาใช้บริการคลอด หรือ ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือนมาใช้บริการทางการแพทย์ หรือผู้มารับบริการที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน

7. การลงทะเบียนตามมติบอร์ด

รายละเอียดแต่ละกรณี มีดังนี้

- **ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแล้ว**

  ขอบเขตบริการ

  ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแล้ว ประกอบด้วย

  1) ผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ รวมถึงกำลังพลสำรอง ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารบก และอาสาสมัครทหารพราน

  2) ทหารผ่านศึก/คนพิการ ที่ใช้บริการข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ

  3) การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ เข้ารับบริการในหน่วยบริการที่ไม่ใช่สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ

1. ผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ รวมถึง กำลังพลสำรอง ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารบก และอาสาสมัครทหารพราน

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน" หมายถึง การได้รับอุบัติเหตุหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการเจ็บป่วยนั้น ทั้งนี้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินได้มีหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังนี้

"ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต" ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 76 9/14/17 9:03 AM

"ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน" ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมาก หรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิต หรือพิการในระยะต่อมาได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

"ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง" ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไขการบริการ**

1. เป็นการเข้ารับบริการด้วยกรณีผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ
2. เป็นการเข้ารับบริการกรณีผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง
3. กรณีทหารผ่านศึก/คนพิการ และสิทธิว่าง สามารถเข้ารับการรักษาได้ตามความจำเป็น
4. เป็นกรณีที่ไม่นับรวมการตรวจรักษาที่มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า

หมายเหตุ:

1) การรักษาเพื่อป้องกันพิษสุนัขบ้าและวัคซีนบาดทะยัก หน่วยบริการสามารถขอรับค่าใช้จ่าย ได้ตามจริง และต้องมีหลักฐานแสดงว่าผู้มีสิทธิได้รับวัคซีน กรณีที่ไม่พบหลักฐานการรับวัคซีนตามจำนวนที่มีการเบิกชดเชยดังกล่าว จะพิจารณาจ่ายให้เฉพาะครั้งที่มีหลักฐานการฉีดวัคซีนแก่ผู้มีสิทธิเฉพาะในหน่วยบริการเท่านั้น

2) การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินในครั้งนั้น กรณีที่ยังไม่สามารถกลับไปรับการรักษาที่หน่วยบริการประจำได้ สามารถเบิกค่าชดเชยบริการสำหรับการให้การรักษาต่อเนื่องได้ไม่เกิน 15 วัน (นับจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (กรณีผู้ป่วยใน) หรือนับจากการเข้ารับบริการในครั้งนั้น)

3) กรณีผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน หากมีความจำเป็นที่จะต้องไปรับยาอย่างต่อเนื่องจากหน่วยบริการเดิมเป็นผู้ป่วยนอก ให้หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยนอกเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเช่นเดียวกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยนอก โดยหน่วยบริการประจำ หรือตามข้อตกลงภายในแต่ละจังหวัด ส่วนหน่วยบริการที่รักษาเป็นผู้ป่วยในให้รับค่าใช้จ่ายในกรณีผู้ป่วยใน

4) กรณีผู้มีสิทธิที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อนทำให้มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หน่วยบริการสามารถเบิกค่าชดเชยบริการสำหรับการรักษาที่เป็นภาวะฉุกเฉินเท่านั้น และหากจำเป็นต้องให้การรักษาโดยรับยาสำหรับโรคเรื้อรังหรือดูแลอาการเจ็บป่วยต่อเนื่อง ให้หน่วยบริการดูแลให้ผู้มีสิทธิได้รับยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรังหรืออาการเจ็บป่วยต่อเนื่องตามความจำเป็นได้ไม่เกิน 15 วัน

5) การเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ที่เข้ารับบริการมากกว่าหนึ่งแผนกในครั้งนั้น เช่น แผนกอายุรกรรม แผนกทันตกรรม ในการเรียกเก็บเงิน ให้บันทึกข้อมูลรหัสโรค รหัสหัตถการ และค่ารักษารวมของทุกแผนกเป็นครั้งเดียวกัน หากบันทึกแยกตามแผนกที่เข้ารักษาแล้วโรคหลักไม่เข้าเกณฑ์อุบัติเหตุ-เจ็บป่วยฉุกเฉิน จะถูกปฏิเสธการจ่ายชดเชย (ปฏิเสธการจ่ายรหัส A14)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 77 9/14/17 9:03 AM

6) กรณีผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษากรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ณ หน่วยบริการ แต่ถูกส่งต่อมารับการตรวจวินิจฉัย (Investigation) และกลับไปรับการรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการเดิม หน่วยบริการที่ให้การตรวจวินิจฉัยไม่สามารถนำค่าใช้จ่ายกรณีการตรวจวินิจฉัยมาเบิกกรณี OPAE (ต้องเรียกเก็บค่าตรวจวินิจฉัยจากหน่วยบริการที่ส่งตรวจ)

7) กรณีผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษากรณี OPAE และมีความจำเป็นต้องส่งต่อการรักษา เนื่องจากอาการเจ็บป่วยดังกล่าวเกินศักยภาพของหน่วยบริการที่รักษาครั้งแรก กรณีนี้หน่วยบริการทั้ง 2 แห่ง สามารถขอรับค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการให้บริการ กรณี OPAE

8) กรณีอุบัติเหตุจราจรให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าชดเชยบริการจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 ภายในวงเงินที่กำหนดก่อน

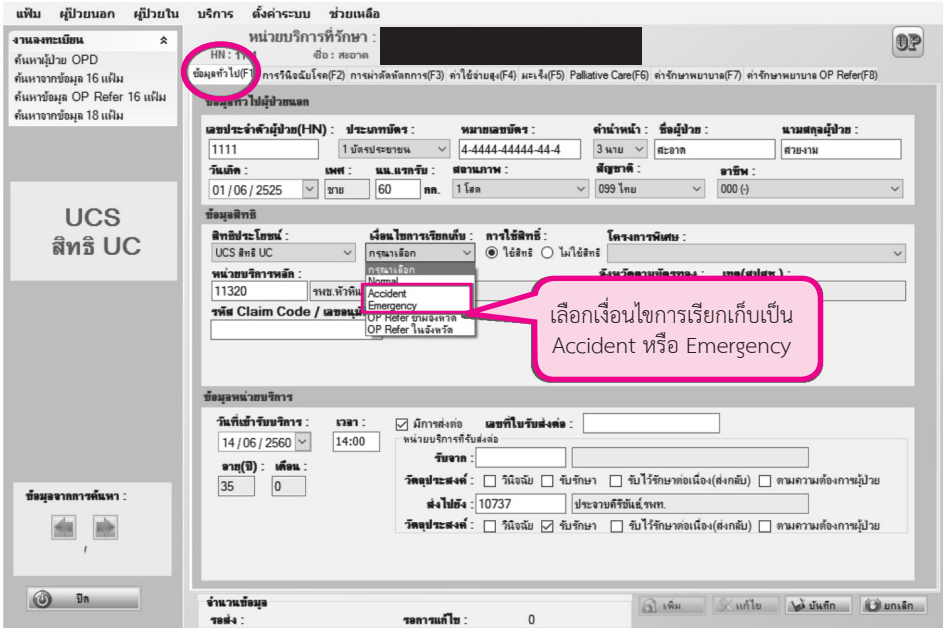
9) กรณีสิทธิว่างจะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากหน่วยบริการในสังกัดของรัฐ ตามความจำเป็นทางการแพทย์จนกว่าจะเกิดสิทธิ (ปรากฏหน่วยบริการประจำ)

- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

สปสช. จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ โดยจ่ายรายเดือนในอัตรา Point ละ 0.90 บาท

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

1. ข้อมูลทั่วไป (F1) เลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บเป็น Accident หรือ Emergency ดังภาพที่ 42
2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน ในทุกหน้าเมนู



ภาพที่ 42 แสดงบันทึกข้อมูลกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 78 9/14/17 9:03 AM

ทหารผ่านศึก/คนพิการ ที่ใช้บริการข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ

- **นิยาม**

ทหารผ่านศึก หมายถึง บุคคลที่มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข ตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และได้รับสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาล จากโรงพยาบาลของรัฐบาล โดยไม่คิดมูลค่า โดยมีรหัสสิทธิย่อยที่ สปสช. ตรวจสอบได้เป็นรหัส 66 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน), รหัส 67 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน), รหัส 75 (ทหารผ่านศึกชั้น 1-3 ที่มีบัตรทหารผ่านศึก รวมถึงผู้ได้รับพระราชทาน) และ รหัส 80 (บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกชั้น 1-3 รวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญสมรภูมิ) รหัส 97 (บุคคลในครอบครัวทหารของกรมสวัสดิการ 3 เหล่าทัพ), รหัส 98 (บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกนอกประจำการ บัตรขั้นที่ 1)

คนพิการ หมายถึง คนพิการตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และคนพิการตามประกาศ สปสช. โดยมีรหัสสิทธิย่อยที่ สปสช. ตรวจสอบได้เป็นรหัส 74 โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบความเป็นผู้มีสิทธิของทหารผ่านศึกและคนพิการได้จาก www.nhso.go.th

กำลังพลสำรอง หมายถึง ผู้ที่มีสภาพเป็น นายทหารสัญญาบัตรกองหนุน นายทหารสัญญาบัตรนอกราชการ นายทหารสัญญาบัตรนอกกอง นายทหารประทวนกองหนุน ทหารกองหนุนประเภทที่ 1 ทหารกองหนุนประเภทที่ 2 และทหารกองเกิน ซึ่งกระทรวงกลาโหมทำการเรียกเข้ารับราชการทหารได้ โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติรับราชการทหาร พ.ศ.2497 และข้อบังคับทหารว่าด้วยการแบ่งประเภทนายทหารสัญญาบัตร ที่ 11/16536 ลง 14 พ.ย.2482

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไขการบริการ**

1. ทหารผ่านศึก คนพิการ ที่มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากหน่วยบริการในสังกัดของรัฐได้ โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง ตามความจำเป็นทางการแพทย์

2. เป็นการเข้ารับบริการข้ามจังหวัด ประเภทผู้ป่วยนอก ที่ไม่ใช่การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ และไม่รวมถึงกรณีการรักษาที่มาตามนัดของแพทย์

3. กำลังพลสำรอง ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารบก และอาสาสมัครทหารพราน ที่มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะได้รับการรักษาพยาบาลจากหน่วยบริการในสังกัดของรัฐได้โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง กรณีฉุกเฉินเร่งด่วน และกรณีฉุกเฉินวิกฤต

หมายเหตุ:

1. ทหารผ่านศึก คนพิการ กำลังพลสำรอง ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารบก และอาสาสมัครทหารพราน ที่เข้ารับบริการกรณีผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการภายในจังหวัดเดียวกันกับหน่วยบริการประจำ ให้ดำเนินการเรียกเก็บตามข้อตกลงภายในจังหวัด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 79 9/14/17 9:03 AM

2. ทหารผ่านศึกและคนพิการ ที่เข้ารับบริการโดยผ่านระบบส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ จะเข้าหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการส่งต่อผู้มีสิทธิ ทั้งนี้หน่วยบริการที่รักษาจะได้รับค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำ

3. กรณีที่คนพิการยังไม่ได้ลงทะเบียนเป็นคนพิการ ให้หน่วยบริการดำเนินการเพื่อให้มีสิทธิย่อยคนพิการ เป็น ท 74 ทั้งนี้จะยึดผลการตรวจสอบสิทธิรายเดือนในการพิจารณาจ่ายชดเชย หากยังไม่ปรากฏสิทธิย่อยเป็นคนพิการ หน่วยบริการที่ให้การรักษาจะได้รับการจ่ายชดเชยตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขของผู้มีสิทธิ UC ทั่วไป

4. กรณีคนพิการที่มีความจำเป็นที่จะต้องไปรับยาอย่างต่อเนื่องจากหน่วยบริการเดิมเป็นผู้ป่วยนอก ในขณะที่มีการรับรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในกรณีนี้ให้หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยนอกเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเช่นเดียวกับระบบการส่งต่อโดยหน่วยบริการประจำ หรือตามข้อตกลงภายในแต่ละจังหวัด (ส่วนหน่วยบริการที่รักษาเป็นผู้ป่วยในให้รับค่าใช้จ่ายในกรณีผู้ป่วยใน)

5. ทหารผ่านศึก คนพิการ ที่มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลทุกกรณีจากหน่วยบริการในสังกัดของรัฐ โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง ตามความจำเป็นทางการแพทย์ ทั้งนี้ ต้องมิใช่การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ (ถ้าเป็นการส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ ให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำ)

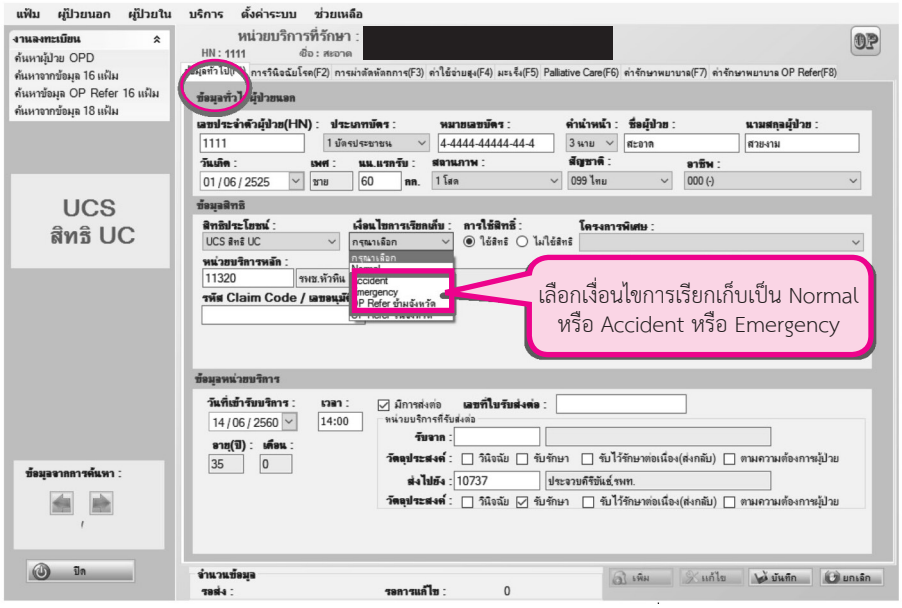
- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

สปสช. จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ โดยจ่ายรายเดือนในอัตรา Point ละ 0.90 บาท

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

1. ข้อมูลทั่วไป (F1) เลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บเป็น Normal หรือ Accident หรือ Emergency ตามอาการของผู้ป่วย ตามภาพที่ 43

2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน ในทุกหน้าเมนู



ภาพที่ 43 แสดงการบันทึกข้อมูลกรณีทหารผ่านศึก/คนพิการ/กำลังพลสำรอง ที่ใช้บริการข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ

M100.indd 80 9/14/17 9:03 AM

3. การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือหรือกรมแพทย์ทหารอากาศ

ขอบเขตบริการ

ในกรณีที่ผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือหรือกรมแพทย์ทหารอากาศ**เข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการ นอกสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือหรือกรมแพทย์ทหารอากาศ** (หน่วยบริการตรวจสอบสิทธิพบ SN001 หรือ SP001 หน่วยบริการที่ให้บริการ สามารถขอรับค่าใช้จ่ายจากวงเงินอุบัติเหตุฉุกเฉินกลาง (Central Reimbursement) เช่นเดียวกับการให้บริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยนอก (OPAE))

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไขการบริการ**

1. ตรวจสอบสิทธิพบว่าเป็นทหารเกณฑ์ สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือหรือกรมแพทย์ทหารอากาศ
2. เป็นการให้บริการต่างสังกัด (ต่างสังกัด หมายถึงหน่วยบริการทั่วไป รักษาผู้ป่วยสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือหรือกรมแพทย์ทหารอากาศ) ถึงแม้หน่วยบริการนั้นจะอยู่ในพื้นที่จังหวัดเดียวกันก็ตาม
3. อาการแรกรับให้พิจารณาบริการตามความจำเป็น

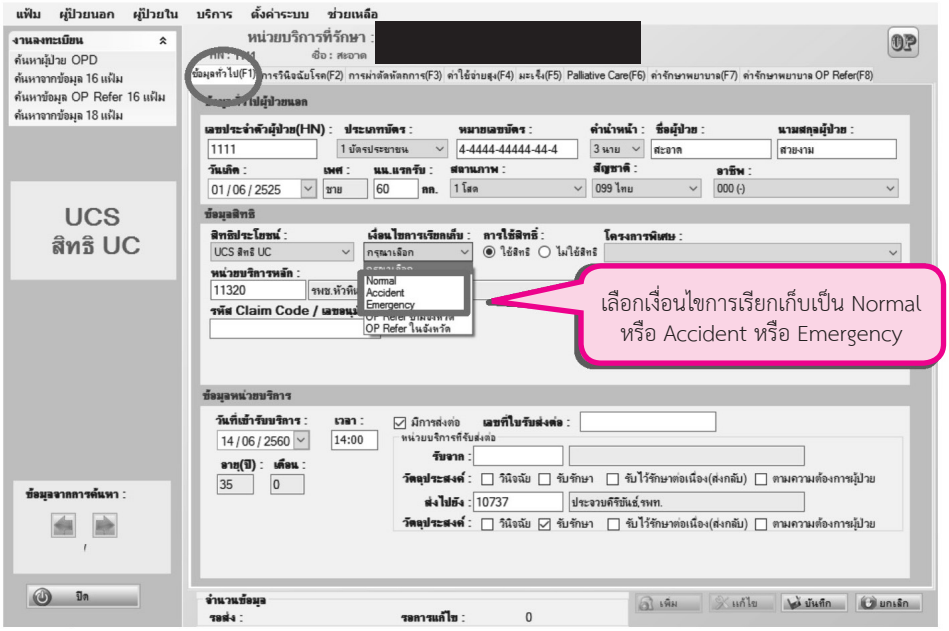
- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

สปสช. จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ โดยจ่ายรายเดือนในอัตรา Point ละ 0.90 บาท

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

1. ข้อมูลทั่วไป (F1) เลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บเป็น Normal Accident หรือ Emergency ตามอาการของผู้ป่วย (ดังภาพที่ 44)
2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน ในทุกหน้าเมนู

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 81 9/14/17 9:03 AM



ภาพที่ 44 แสดงการบันทึกข้อมูลการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือหรือกรมแพทย์ทหารอากาศ

2. การใช้บริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น

ตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หมวด 1 ว่าด้วยสิทธิการรับบริการสาธารณสุข มาตรา 7 ระบุไว้ว่า “ **บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด**” ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

- **แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP)**

ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 28 มีนาคม 2560 เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับการบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” Universal

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 82 9/14/17 9:03 AM

Coverage for Emergency Patients (UCEP) และอ้างอิงจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ กำหนดให้ สปสช. มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้อง สรุปค่าใช้จ่าย และแจ้งให้กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ ทราบภายในสามสิบวัน นับตั้งแต่เวลาที่ได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว และให้กองทุนของผู้มีสิทธิ จ่ายค่าใช้จ่ายในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขนี้ให้แก่สถานพยาบาลภายในสิบห้าวัน นับจากวันที่ สปสช. แจ้งกองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ และให้มีผลในทางปฏิบัตินับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้มีสิทธิ

หมายถึง ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ รวมถึงข้าราชการส่วนท้องถิ่น เช่น ข้าราชการสังกัดกรุงเทพมหานคร (กทม.) ข้าราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรัฐวิสาหกิจ นอกจากนี้ในกรณีสิทธิประกันสังคมยังรวมถึงคนต่างชาติ /คนต่างด้าว ที่มีการส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมด้วย

2. สถานพยาบาล

“สถานพยาบาล” หมายถึง สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยต้องเป็นสถานพยาบาลที่ไม่ใช่คู่สัญญาของสำนักงานประกันสังคมและไม่ใช่สถานพยาบาลเครือข่ายในระบบประกันสังคม หรือสถานพยาบาลที่ไม่ใช่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสถานพยาบาลที่ไม่มีสิทธิเบิกตามข้อตกลงขององค์การเภสัชกรรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ และองค์กรอิสระอื่น ๆ โดยหน้าที่ของสถานพยาบาลจะต้องให้บริการตามกฎหมาย พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2559

3. วันให้บริการ

เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป

4. ขอบเขตการให้บริการสาธารณสุข

4.1 เป็นการเข้ารับบริการในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตเท่านั้น

4.2 เป็นการบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบแล้วเป็นไปตามแนบ**ท้ายประกาศ**

4.3 กรณีผู้ประสบภัยจากรถ ให้เบิกค่าเสียหายเบื้องต้นจากกองทุนผู้ประสบภัยจากรถ 30,000 บาทก่อน แล้วจึงส่งเบิกมายัง สปสช. เพื่อเรียกเก็บจากต้นสังกัด ต่อไป

4.4 กรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 83 9/14/17 9:03 AM

5. นิยาม “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต”

“การเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต” หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

6. อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

ตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต โดยบัญชีรายการแบ่งออกเป็น 12 หมวด (หากกำหนดลำดับที่ของหมวดให้สอดคล้องกับอัตราค่าบริการที่ ประกาศโดยกรมบัญชีกลาง) ซึ่งได้แก่

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

การเบิกค่าใช้จ่ายตามหมวดดังกล่าว ให้เบิกได้ตามรายการ อัตรา และหลักเกณฑ์ที่กำหนด เท่านั้น มิให้สถานพยาบาลเรียกเก็บเพิ่มในทุกกรณี

สำหรับค่าบริการรายการใดที่ไม่อยู่ในรายการที่กำหนด จะไม่สามารถเบิกได้ อย่างไรก็ตาม หากสถานพยาบาลมีความเห็นที่จะเสนอรายการเพื่อเบิกจ่ายเพิ่มเติม สามารถเสนอเพิ่มเติมผ่านสภาวิชาชีพ หรือสมาคมวิชาชีพ เพื่อขอความเห็นชอบ และส่งต่อให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติพิจารณาเพิ่มเติมอีกครั้ง โดยจะมีรอบในการพิจารณาทุก 6 เดือน

7. เงื่อนไขและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

7.1 **72 ชั่วโมง แรก**

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

7.1.2 บันทึกข้อมูลเพื่อขอรับการพิจารณาคัดแยกภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นในระบบ Pre Authorize ของ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรณีที่มีปัญหาการวินิจฉัยในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 84 9/14/17 9:03 AM

ให้ปรึกษาศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ตลอดเวลา ยี่สิบสี่ชั่วโมง เพื่อดำเนินการวินิจฉัย โดยคำวินิจฉัยของศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติให้ถือเป็นที่สุด

7.1.3 หลังให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ให้สถานพยาบาลที่ให้บริการผู้มีสิทธิกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ แจ้งการเข้ารับบริการครั้งนั้นต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่หมายเลข 1330 (Call Center) หรือกองทุนของผู้มีสิทธิ รับทราบโดยเร็ว เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น ให้พิจารณารับย้ายผู้มีสิทธิและให้สถานบริการอื่นอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้มีสิทธิหลังจากแพทย์พิจารณาสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้

7.1.4 เงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบาย“เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (UCEP) ในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมง ให้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตาม“ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต”

7.1.5 สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายในเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมงไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทาง Web site online ตามแนวทางการเรียกเก็บที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

7.1.6 ส่งข้อมูลการให้บริการและค่าใช้จ่ายที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจสอบความถูกต้อง

7.1.7 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสรุปค่าใช้จ่าย และแจ้งข้อมูลให้กองทุนของผู้มีสิทธิ ทราบภายในสามสิบวันนับตั้งแต่เวลาที่ได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

7.1.8 กองทุนของผู้มีสิทธิ จ่ายค่าใช้จ่ายให้สถานพยาบาลภายในสิบห้าวัน นับจากวันที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแจ้งกองทุนของผู้มีสิทธิ

7.2 **หลัง 72 ชั่วโมง**

7.2.1 กรณีหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นไม่สามารถมารับผู้ป่วยได้ภายใน 72 ชั่วโมง หรือแพทย์พิจารณาเห็นควรว่าไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้สถานบริการอื่นเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ มาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีอัตราการจ่ายชดเชย จ่ายตามอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บจริง (Fee For Service) สำหรับสิทธิอื่น ให้ดำเนินการตามข้อตกลงระหว่างสถานพยาบาลกับกองทุนของผู้มีสิทธิ

8. ขั้นตอนการส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

8.1 จัดทำข้อมูล Drug Catalogue ของสถานพยาบาล

8.2 จัดทำฐานข้อมูล fee Schedule Catalogue ของสถานพยาบาล

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 85 9/14/17 9:03 AM

8.3 บันทึกข้อมูลเบิกค่าใช้จ่ายรายบุคคลตามรูปแบบที่ สปสช. กำหนด ทาง Web Site http://emco.nhso.go.th/nhso/index.php โดยมีรายละเอียดในการบันทึกข้อมูล 5 ขั้นตอน คือ

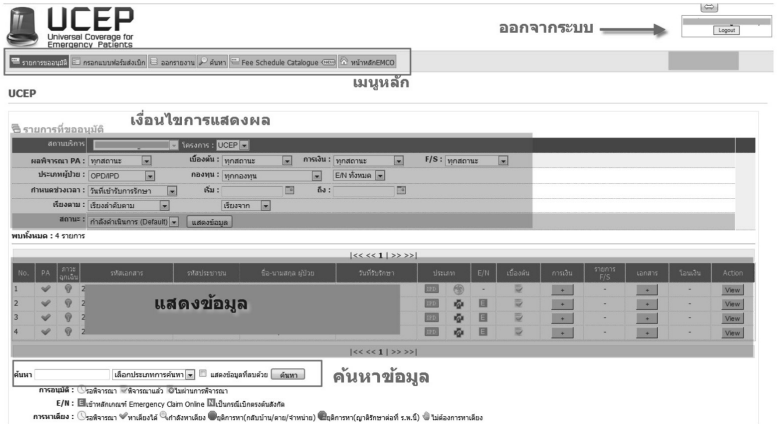
ขั้นตอนที่ 1 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเบื้องต้น และบันทึกผลการประเมินภาวะฉุกเฉิน

1. Login เข้า Website: http://emco.nhso.go.th/nhso/index.php พิมพ์ Username /Password ที่ สปสช.กำหนดให้

2. ภายหลังใส่ Username และ Password จะปรากฏ 

ขวามือของหน้าจอ ให้ Click หน้าจอจะปรากฏ 

ด้านล่างโปรแกรม หลังจากนั้นให้ Click อีกครั้งเพื่อเข้าสู่ระบบ จะพบหน้าหลัก โปรแกรม UCEP/EMCO ดังภาพที่ 45



ภาพที่ 45 แสดงหน้าหลักโปรแกรม UCEP

3. หลังจาก Login เข้ามา แล้วจะพบหน้าจอหลัก โปรแกรม UCEP/EMCO คลิกที่เมนูกรอกแบบฟอร์มส่งเบิก ตามภาพที่ 46



ภาพที่ 46 แสดงเมนูกรอกแบบฟอร์มส่งเบิก

4. บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ดังภาพที่ 47 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ใส่รหัสประชาชน 13 หลัก

4.2 ใส่วันที่และเวลาที่รับรักษา โดยกดที่ รูปปฏิทินด้านหลังช่อง

4.3 ใส่ PA Code (สพฉ) คือเลขที่ประเมิน ภาวะฉุกเฉินจาก สพฉ. สำหรับกรณีรับรักษาตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป หากยังไม่มี กรุณาติดต่อ สพฉ. เพื่อทำ Pre-Authorize ภาวะฉุกเฉิน โทร 02-872-1669 *https://ws.niems.go.th/emcopa*

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 86 9/14/17 9:03 AM

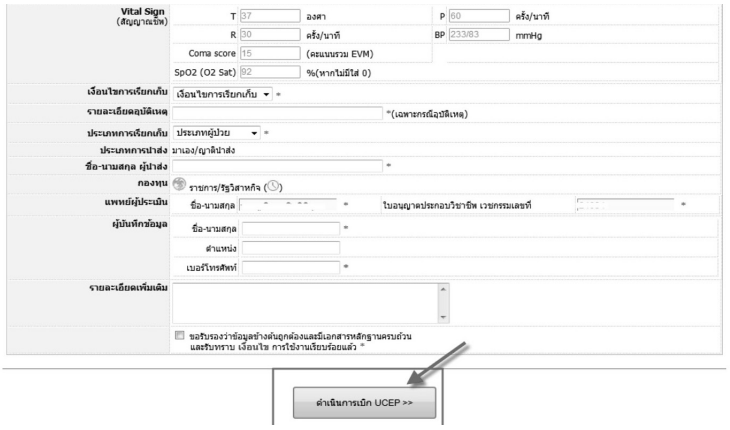


ภาพที่ 47 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

5. ระบบจะนำข้อมูลจาก สพฉ. มาแสดงให้ตรวจสอบ (หากข้อมูลไม่ถูกต้องให้ติดต่อ สพฉ. เพื่อแก้ไข) ถ้าข้อมูลถูกต้องแล้ว ให้บันทึกข้อมูลอื่นๆเพิ่มเติม โดยช่องที่มีเครื่องหมาย “ * ” ดอกจันสีแดง จำเป็นที่จะต้องกรอกข้อมูล ห้ามเว้นว่าง ดังภาพที่ 48



ภาพที่ 48 แสดงหน้าจอแสดงแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลเบื้องต้น

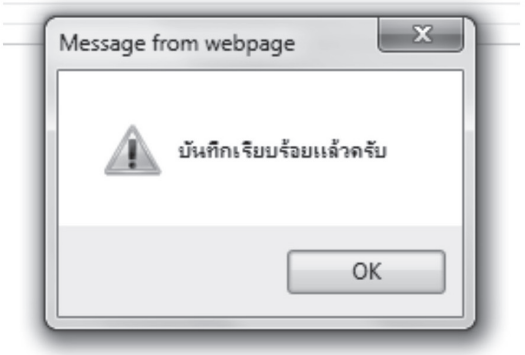


ภาพที่ 49 แสดงหน้าจอแสดงแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลเบื้องต้น

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 87 9/14/17 9:03 AM

เมื่อตรวจสอบและกรอกข้อมูลที่จำเป็นเรียบร้อยแล้ว ให้กดปุ่ม “ **ดำเนินการเบิก UCEP** ” ใน ภาพที่ 49

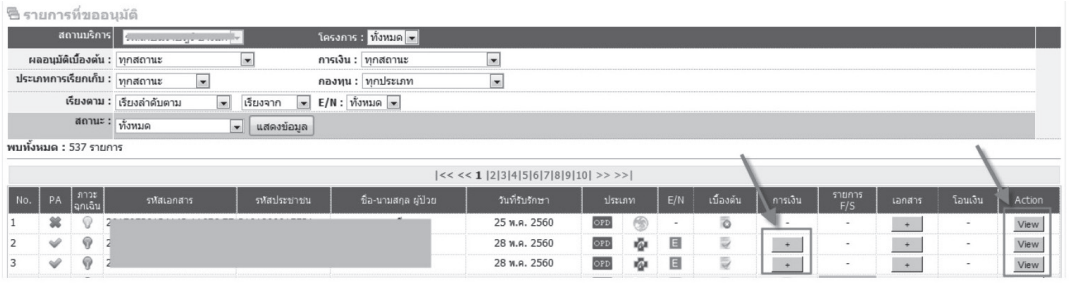
6. เมื่อข้อมูลเสร็จเรียบร้อย จะขึ้น Popup ดังภาพที่ 50



ภาพที่ 50 แสดงหน้าจอแสดงการบันทึกข้อมูลเรียบร้อย

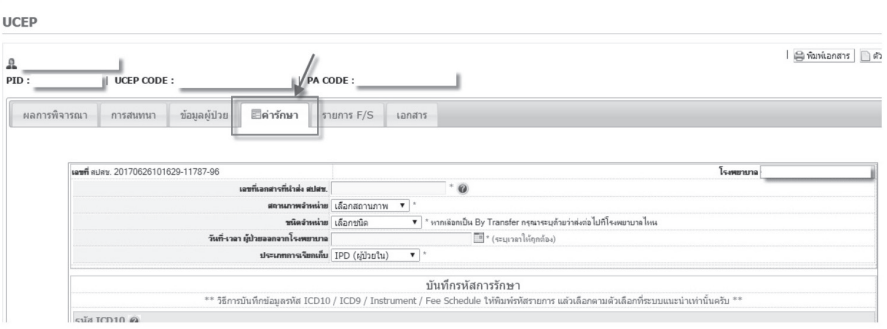
ขั้นตอนที่ 2 การบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่าย

1. การบันทึกการเงิน โดยการกดปุ่ม + ตรงช่อง การเงิน หรือ กดปุ่ม View ใน รายการของบุคคลนั้นๆ ดังภาพที่ 51



ภาพที่ 51 แสดงหน้าจอแสดงการเข้าบันทึกข้อมูลการเงิน

2. เลือก Tab “ค่ารักษา” ดังภาพที่ 52

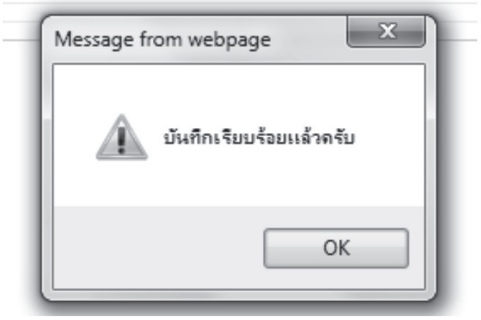


ภาพที่ 52 แสดงหน้าจอแสดง TAB ค่ารักษา

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 88 9/14/17 9:03 AM



3. บันทึกข้อมูลรายละเอียดค่ารักษาให้ครบถ้วน จากนั้นกดปุ่ม *“ **ส่งข้อมูลการเงิน** ”* เพื่อส่งข้อมูลการเงิน ให้ผู้พิจารณา จะแสดง POP UP แจ้งว่าบันทึกเรียบร้อยแล้ว ดังภาพที่ 53



ภาพที่ 53 แสดง POP UP แจ้งว่าบันทึกเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนที่ 3 การส่งข้อมูล รายการ Fee Schedule รายบุคคล (Upload .CSV ไฟล์)

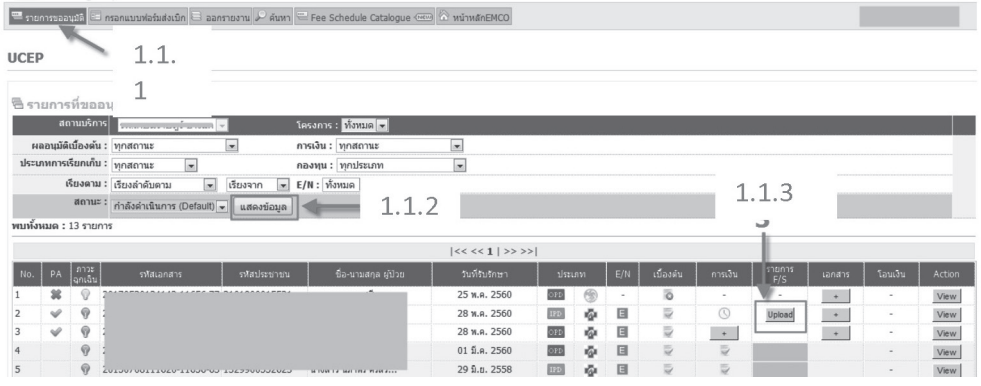
1. สถานพยาบาล Upload รายการ Fee Schedule รายบุคคลได้ 2 ช่องทาง ดังนี้

1.1 การ Upload รายการ Fee Schedule รายบุคคล ในหน้ารายการขออนุมัติรวม ดังภาพที่ 12

1.1.1 เลือกเมนู รายการขออนุมัติ

1.1.2 กดปุ่มแสดงข้อมูล

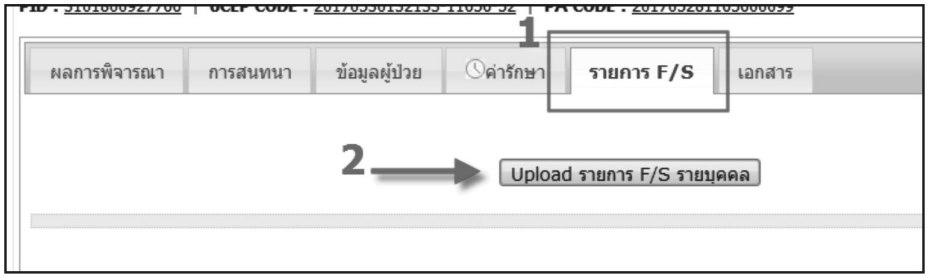
1.1.3 กดปุ่ม [Upload] ในช่อง “รายการ F/S”



ภาพที่ 54 แสดงหน้าจอแสดงการ Upload รายการ F/S รายบุคคล ในหน้ารายการขออนุมัติรวม

1.2 การ Upload รายการ Fee Schedule รายบุคคล โดยเข้าไปในข้อมูลผู้ป่วยแล้วกดไปที่ Tab “รายการ F/S” และกดปุ่ม “Upload รายการ F/S รายบุคคล” ดังภาพที่ 55

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 89 9/14/17 9:03 AM



ภาพที่ 55 แสดงหน้าจอแสดงการ Upload รายการ F/S รายบุคคล ในหน้ารายบุคคล

2. ดำเนินการ Upload .CSV ไฟล์ รายบุคคล และกดส่งข้อมูล ดังภาพที่ 56

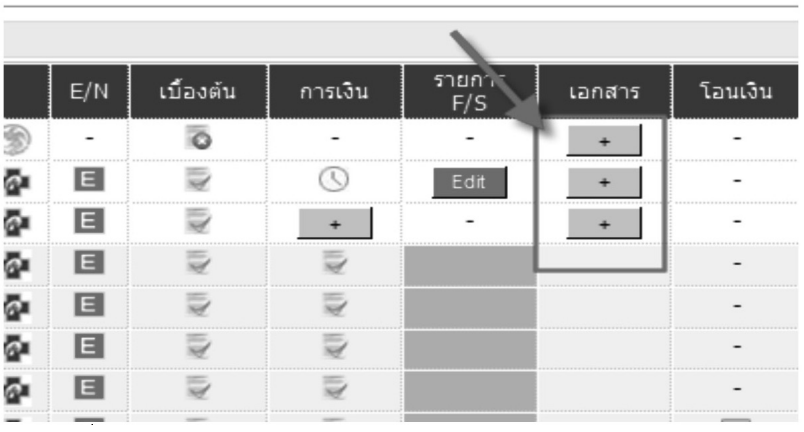


ภาพที่ 56 แสดงหน้าจอแสดงการส่งข้อมูล .CSV ไฟล์ รายบุคคล

ขั้นตอนที่ 4 การส่งเอกสารแนบ (File Upload)

1. สถานพยาบาล Upload เอกสารค่าใช้จ่ายรายวันเพื่อให้ผู้พิจารณาได้ตรวจสอบข้อมูลทุกรายการ โดยสามารถ Upload ได้ 2 ช่องทาง ดังนี้

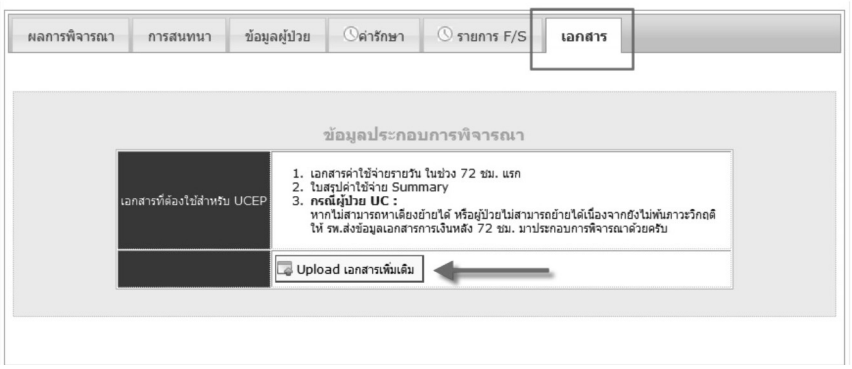
1.1 จากหน้ารายการที่ส่งเบิก จะขึ้นปุ่ม [+] ใน คอลัมน์เอกสาร สถานพยาบาลสามารถกดปุ่มจากตรงนี้ได้เลยดัง ภาพที่ 57



ภาพที่ 57 แสดงหน้าจอแสดงการ upload เอกสารจากหน้ารายการรวม

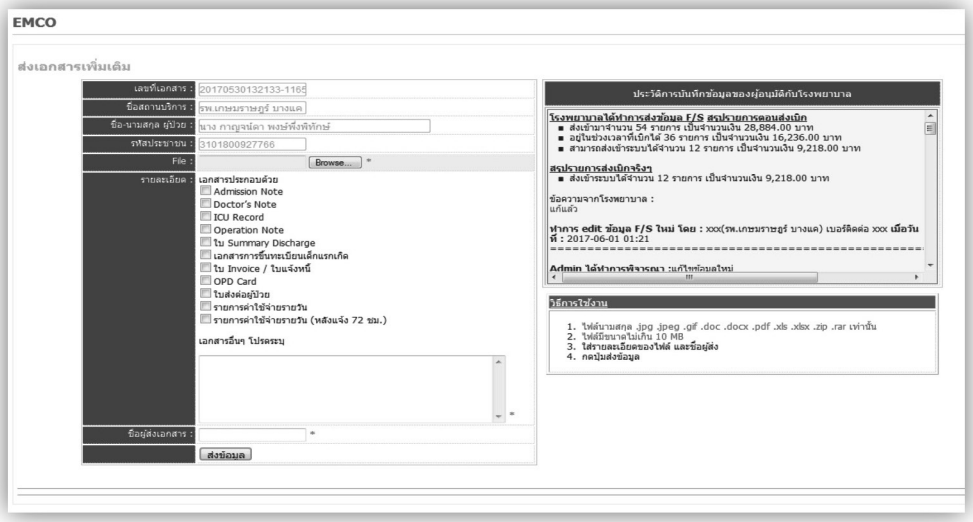
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 90 9/14/17 9:03 AM

1.2 Upload จากข้างในหน้าข้อมูลผู้ป่วย ในแท็บ “เอกสาร” ซึ่งจะพบปุ่มให้กด Upload เอกสารได้ และหากมีข้อมูลที่เคย upload มาแล้ว ก็จะปรากฏในส่วนนี้เช่นกัน ดังภาพที่ 58



ภาพที่ 58 แสดงหน้าจอแสดงการ upload เอกสารในหน้ารายบุคคล

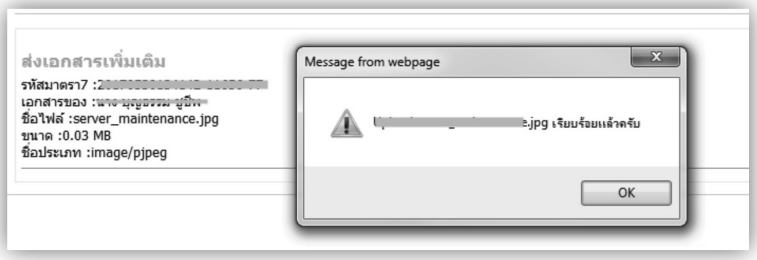
2. เมื่อคลิกที่ปุ่ม “Upload เอกสารเพิ่มเติม” จะพบแบบฟอร์ม Upload ดังภาพที่ 59 ให้เลือกไฟล์ที่ต้องการจะ Upload เข้าระบบ



ภาพที่ 59 แสดงหน้าจอแสดงแบบฟอร์ม Upload

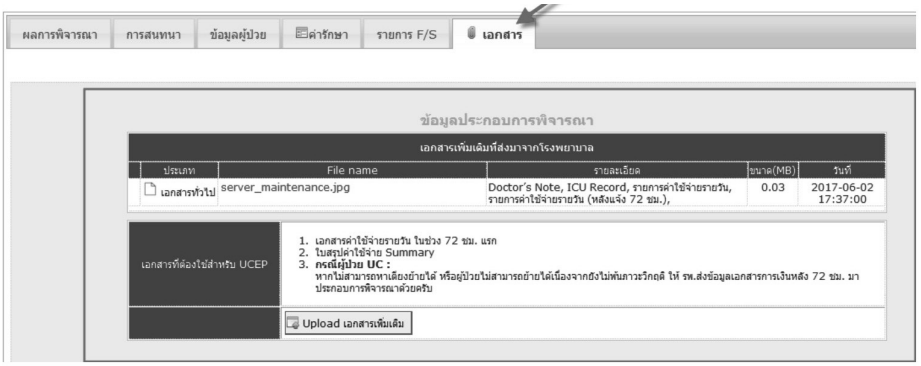
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 91 9/14/17 9:03 AM

3. เมื่อ Upload ไฟล์เอกสารแล้วจะปรากฏข้อมูลการแจ้งเตือน ดังภาพที่ 60



ภาพที่ 60 แสดงหน้าจอแสดงการแจ้งเตือนการ Upload

4. เมื่อสถานพยาบาล upload เอกสารเรียบร้อย แทบ “เอกสาร” ซึ่งจะมีสัญลักษณ์ ปรากฏ ดังภาพที่ 61



ภาพที่ 61 แสดงหน้าจอแสดงรายการเอกสาร Upload

5. เมื่อ สถานพยาบาลดำเนินการทำครบทุกขั้นตอนแล้ว ให้รอผู้พิจารณา ตรวจสอบข้อมูลตามลำดับ

9. การจ่ายเงิน

กำหนดให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลการให้บริการภายใน 30 วันหลังให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกหรือ 30 วันหลังจำหน่าย ซึ่ง สปสช. จะทำการตัดข้อมูลที่สถานบริการส่งมาทุกวันที่ 15 และวันสุดท้ายของเดือน พร้อมทั้งทำการตรวจสอบความถูกต้อง สรุปค่าใช้จ่าย และแจ้งให้กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ ทราบแล้ว และให้กองทุนของผู้มีสิทธิ จ่ายค่าใช้จ่ายให้สถานพยาบาลภายในสิบห้าวัน นับจากวันที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแจ้งกองทุนของผู้มีสิทธิ

หมายเหตุ: *กรณีวันตัดข้อมูลตรงกับวันหยุด จะเลื่อนวันตัดข้อมูลเป็นวันทำการถัดไป*

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 92 9/14/17 9:03 AM

10. การตรวจสอบเวชระเบียนหลังการจ่ายเงิน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม จะทำการขอเวชระเบียนมาเพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกและจ่ายเงินค่าบริการอีกครั้ง ทั้งนี้สถานบริการจะต้องจัดเตรียมเวชระเบียนให้พร้อม

11. การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย

ในกรณีที่มีการขอรับค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วนและไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย สถานบริการสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายได้ภายใน 365 นับจากวันรับแจ้งการโอนเงิน ทั้งนี้ผลการพิจารณาของคณะกรรมการถือเป็นที่สิ้นสุด

12. การติดต่อประสานงาน

สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โทรศัพท์ หมายเลข 02-141-4073, 02 –141- 4314, 02-141-4360, 02-141-4362, 02-141-4363

โทรสาร หมายเลข 02 -143 -9738

เว็บไซต์ http://emco.nhso.go.th/

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

โทรศัพท์ หมายเลข 02 -872-1669

กรมบัญชีกลาง

โทรศัพท์ หมายเลข 02 -127-7000-8 , 02-127-7396-8

โทรสาร หมายเลข 02 – 127-7157

สำนักงานประกันสังคม

โทรศัพท์ หมายเลข 02 -956-2289 , 02- 956-2500-6

- **แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และ กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 พ.ศ. 2560**

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการแก้ไขข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่น กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2560 และเพื่อให้การปฏิบัติตามข้อบังคับดังกล่าวเกิดความชัดเจนมีแนวปฏิบัติเป็นไปในทางเดียวกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง มีสาระสำคัญดังนี้

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 93 9/14/17 9:03 AM

- **คำนิยาม**

1. ผู้มีสิทธิ

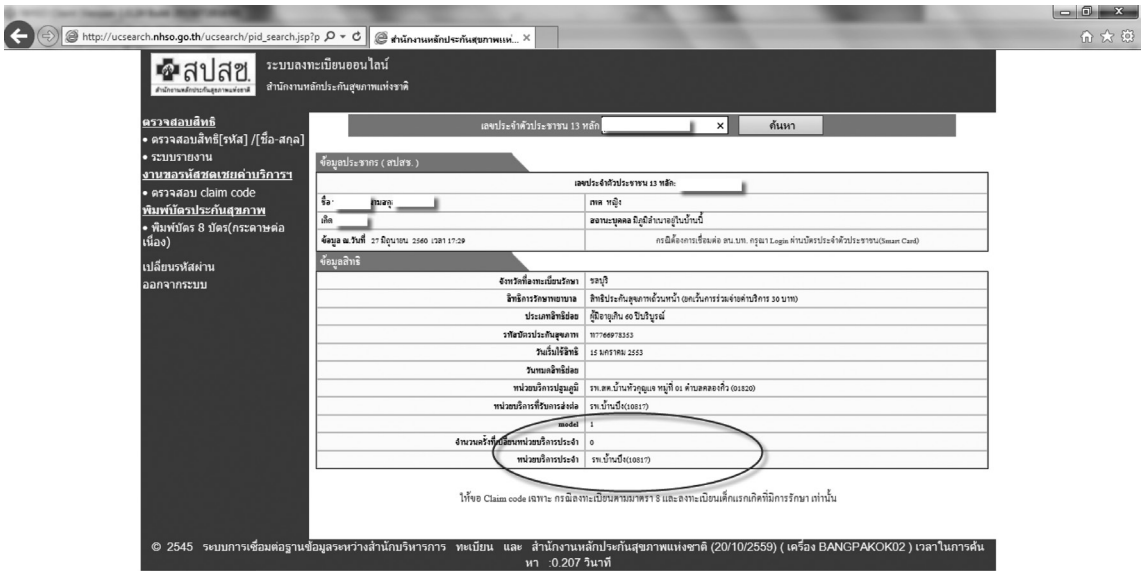
หมายถึง ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้ลงทะเบียนเพื่อเลือกหน่วยบริการประจำแล้ว ทั้งนี้ไม่รวมถึง ผู้มีสิทธิแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (สิทธิว่าง)

2. สถานบริการอื่น

หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

3. หน่วยบริการประจำ

หมายถึง หน่วยบริการประจำที่ผู้รับบริการได้เลือกลงทะเบียนตามมาตรา 6 ซึ่งแสดงข้อมูลในหน้า website ตรวจสอบสิทธิของ สปสช. ณ วันแรกที่รับการรักษาตามที่ปรากฏอยู่ในช่อง หน่วยบริการประจำ ดังภาพที่ 62



ภาพที่ 62 แสดงข้อมูลในหน้า website ตรวจสอบสิทธิของ สปสช. ณ วันแรกที่รับการรักษา

4. วันให้บริการ

เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป

5. ขอบเขตการให้บริการสาธารณสุข

5.1 เป็นการเข้ารับบริการในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง และเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนเท่านั้น

5.2 เป็นการบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 พ.ศ. 2560 เท่านั้น

5.3 เป็นกรณีที่ไม่นับรวมการตรวจรักษาที่มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 94 9/14/17 9:03 AM

6. นิยาม “เจ็บป่วยฉุกเฉิน”

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน” หมายถึง การได้รับอุบัติเหตุหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการเจ็บป่วยนั้น ทั้งนี้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินได้มีหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังนี้

“ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต” ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

“ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน” ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมาก หรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิต หรือพิการในระยะต่อมาได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

“ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง” ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

ทั้งนี้นิยามและหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการฉุกเฉินใช้อ้างอิงตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554

7. การผ่าตัดใหญ่ มีแนวทางพิจารณาตามคำจำกัดความของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ ดังนี้

1.1 การผ่าตัดที่ต้องดมยาสลบหรือการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional block)

1.2 การผ่าตัดที่ใช้เวลาการผ่าตัดนานเกิน 1 ชั่วโมงในห้องผ่าตัด

1.3 การผ่าตัดที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต

ซึ่งคำจำกัดความดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมแต่สามารถใช้เป็นเกณฑ์การผ่าตัดโดยทั่วไปได้ ถ้ามีกรณีที่มีข้อสงสัยจะพิจารณาเป็นรายๆ ไป

การนับเวลาการผ่าตัดใหญ่ ให้เริ่มนับตั้งแต่มีการเริ่มลงมีดหรือเริ่มลงหัตถการ (ที่ไม่ใช้มีด) จนกระทั่งการเย็บปิดแผลเรียบร้อย หรือการสิ้นสุดหัตถการที่ไม่มีการเย็นแผล

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 95 9/14/17 9:03 AM

8. อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

สถานบริการอื่นที่ให้บริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง แก่ผู้มีสิทธิ สามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข โดยมีเงื่อนไขและอัตราการจ่ายเงินชดเชย ดังนี้

ก่อนแจ้ง 24 ชั่วโมง

1. จะต้องเป็นการเข้ารับบริการที่เข้าเกณฑ์กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง โดยพิจารณาจากอาการแรกรับ ทั้งนี้ไม่รวมถึงกรณีที่ไม่ใช่กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน แล้วต่อมาผู้ป่วยมีอาการอยู่ในภาวะฉุกเฉิน กรณีนี้ไม่อาจใช้สิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นตามข้อบังคับฯ ได้ เช่น การมาตรวจรักษาตามแพทย์นัด และมีภาวะวิกฤตขณะที่รับการรักษาในครั้งนั้น

2. การเข้ารับบริการ กรณีที่ไม่มีหน่วยบริการใกล้สถานที่เกิดเหตุ ให้เข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นที่ใกล้ที่สุดเป็นอันดับแรก

3. เมื่อสถานบริการอื่นที่ให้บริการผู้มีสิทธิกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง แจ้งการเข้ารับบริการครั้งนั้นต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่หมายเลข 1330 (Call Center) ทันทีหรือโดยเร็วภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น พิจารณารับย้ายผู้มีสิทธิและให้สถานบริการอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้มีสิทธิด้วย

4. สถานบริการอื่นที่ให้บริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง แก่ผู้มีสิทธิ สามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทาง Web site http://emco.nhso.go.th/nhso/index.php ตามแนวทางการเรียกเก็บที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

5. อัตราการจ่ายเงินชดเชย

- **ผู้ป่วยนอก** มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่รวมแล้วไม่เกิน 700 บาท/ครั้ง
- **ผู้ป่วยใน** มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

- ค่ารักษาพยาบาล ค่าห้องและอาหาร ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ 4,500 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง หรือ

- กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่ และใช้เวลาในการผ่าตัดไม่เกิน 2 ชั่วโมง ให้ได้รับตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ 8,000 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

- กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่ และใช้เวลาในการผ่าตัดเกิน 2 ชั่วโมง หรือกรณีต้องมีการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit : ICU) ให้ได้รับตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ 14,000 บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 96 9/14/17 9:03 AM

หลังแจ้ง 24 ชั่วโมง

1. เมื่อผู้มีสิทธิพ้นภาวะวิกฤติ และ/หรือ ญาติประสงค์ขอย้ายไปยังหน่วยบริการประจำ สถานบริการอื่นที่รักษาจะต้องอำนวยความสะดวกในการนำส่ง โดยติดต่อเข้ามาที่ หมายเลข 1330 (Call Center) เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นในการรับย้าย กรณีหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นไม่สามารถมารับผู้ป่วยได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังสถานบริการอื่นโทรแจ้ง (โดยการนับเวลาจะนับเริ่มต้นจากเวลาที่สถานบริการอื่นและ/หรือ ผู้มีสิทธิหรือญาติประสงค์ โทรแจ้ง 1330 เพื่อประสานงานรับย้าย) หน่วยบริการประจำหรือสำนักงานต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการแจ้งขอย้ายครบ 24 ชั่วโมง เป็นต้นไป เว้นแต่ผู้มีสิทธิมีความประสงค์ไม่ขอย้าย ผู้มีสิทธิต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าวเอง

2. สถานบริการอื่นที่ให้บริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง แก่ผู้มีสิทธิ สามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทาง Web site http://emco.nhso.go.th/nhso/index.php ตามแนวทางการเรียกเก็บที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3. อัตราการจ่ายเงินชดเชย

- จ่ายชดเชยตามจำนวนที่จ่ายจริง เฉพาะรายการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์เท่านั้น

หมายเหตุ ค่ารถพยาบาลหรือเรือพยาบาลนำส่งผู้มีสิทธิที่ประสงค์จะย้ายไปรับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการของตน หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย หรือหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการเห็นชอบ จะจ่ายในอัตราตามประกาศว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณนั้น กรณีอุบัติเหตุจากการจราจรและอยู่ในความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ให้สถานบริการอื่นที่รักษาเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิที่ผู้ป่วยได้รับตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถให้ครบถ้วนก่อน

9. การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย

ในกรณีที่มีการขอรับค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วนและไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย

สถานบริการสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่าย โดยทำหนังสือแจ้งต่อเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีคำวินิจฉัย ทั้งนี้ ภายใน 90 วัน นับแต่วันที่ทราบข้อขัดข้องดังกล่าว แต่ไม่เกินหนึ่งปีนับจากวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานบริการ ทั้งนี้คำวินิจฉัยของเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ถือเป็นที่สุด

10.การติดต่อประสานงาน

สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โทรศัพท์ หมายเลข 02-141-4073, 02 –141- 4314, 02-141-4360, 02-141-4362, 02-141-4363

โทรสาร หมายเลข 02 -143 -9738

เว็บไซต์ http://emco.nhso.go.th/

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 97 9/14/17 9:03 AM

3. การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด OP Refer และบริการผู้ป่วยนอกส่งต่อภายในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่สปสช.เขต 1-12 เฉพาะ กรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด

ตามประกาศการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดำเนินการบริหารจัดการงบกรณีรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OP Refer) เป็นภาพรวมระดับประเทศ จากงบเหมาจ่ายรายหัวประเภทบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการโรคเฉพาะ/ยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง เพื่อบริหารจัดการระบบรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด ได้พัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OP Refer) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความสมดุลย์ระหว่างหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อ และการตามจ่ายค่าบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมโดยมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1) คุ้มครองผู้ป่วยเมื่อเกินขีดความสามารถของจังหวัด เมื่อถูกส่งต่อให้หน่วยบริการรับส่งต่อมั่นใจว่ามีการตามจ่ายที่เหมาะสม

2) คุ้มครองหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อ โดยการทำ Risk sharing เมื่อมีการเรียกเก็บจากหน่วยบริการรับส่งต่อในราคาที่สูงมาก รวมทั้งตรวจสอบการเรียกเก็บไม่ให้ซ้ำซ้อนกับรายการที่ส่วนกลางจ่าย

3) พัฒนาระบบจัดการให้มีประสิทธิภาพ ลดภาระการทำงานด้านเอกสารทั้งการเรียกเก็บ และการตามจ่ายทั่วประเทศ และทำให้มีข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบ และการบริหารจัดการ

1) **กรอบการบริหารงบประมาณ**

1.1) เป็นงบประมาณที่กันมาจากเงินเพื่อบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว บริหารแบบกองทุนกลาง (Central Reimbursement)

1.2) สปสช. จะจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการรับส่งต่อ ตามผลงานการให้บริการ หลังจากมีการให้บริการและส่งข้อมูลเข้าในระบบ และได้รับการพิจารณาอนุมัติจากหน่วยบริการประจำแล้ว

1.3) สปสช.เป็นผู้หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

2) **หลักเกณฑ์ เงื่อนไข**

การบริการกรณีรับส่งต่อ หมายถึง การที่หน่วยบริการให้บริการสาธารณสุขประเภทผู้ป่วยนอกแก่ผู้มีสิทธิที่หน่วยบริการประจำส่งต่อ หรือเห็นชอบให้หน่วยบริการอื่นส่งต่อ โดยมีหลักเกณฑ์เงื่อนไขดังนี้

2.1) เป็นการส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดจากหน่วยบริการประจำ หรือส่งต่อจากหน่วยบริการที่รับส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ (ส่งต่อแบบต่อเนื่อง)

2.2) จังหวัดในภูมิภาคที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ตั้งอยู่ในจังหวัด กรณีที่จำเป็นต้องส่งต่อจาก รพท./รพศ. ในจังหวัด ไปยังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ในจังหวัด *รายละเอียดตามตารางที่ 2* ถือเป็นการส่งต่อข้ามจังหวัดได้ ***ยกเว้นกรณี*** ส่งต่อในเขตพื้นที่รอยต่อที่มีพรมแดนติดกัน ให้ใช้เกณฑ์การส่งต่อภายในจังหวัด ภายใต้เงื่อนไขที่หน่วยบริการ ตกลงกันเอง โดยไม่ถือเป็นการส่งต่อข้ามจังหวัด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 98 9/14/17 9:03 AM

ตารางที่ 2 รายชื่อโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด และรายชื่อหน่วยบริการที่สามารถส่งต่อไปโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในจังหวัด

จังหวัด	หน่วยบริการส่งต่อ (รพท./รพศ.)	หน่วยบริการรับส่งต่อ (UHOSNET)
ขอนแก่น	โรงพยาบาลขอนแก่น (10670)	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (13777)
	โรงพยาบาลสิรินธร (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) (12275)	
	โรงพยาบาลชุมแพ (10998)	
ปทุมธานี	โรงพยาบาลปทุมธานี (10687)	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (13778)
สงขลา	โรงพยาบาลหาดใหญ่ (10682)	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (13779)
	โรงพยาบาลสงขลา (10745)	
เชียงใหม่	โรงพยาบาลนครพิงค์ (10713)	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (13780)
นครนายก	โรงพยาบาลนครนายก (10698)	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ (14904)
พิษณุโลก	โรงพยาบาลพุทธชินราช (10676)	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร (14972)

2.3) การส่งตัวผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจพิเศษต่างๆ ถือเป็นการซื้อบริการของหน่วยบริการรับส่งต่อ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ให้ถือเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการของหน่วยบริการรับส่งต่อในครั้งนั้นด้วย เว้นแต่จะมีการตกลงเป็นอย่างอื่น

3) วิธีการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธรณสุข

3.1) หน่วยบริการรับส่งต่อส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามรูปแบบและวิธีการตามที่ สปสช. กำหนด ผ่านโปรแกรม e-Claim

3.2) หน่วยบริการประจำตรวจสอบและพิจารณาอนุมัติข้อมูลการส่งต่อ (Approve) ในระบบโปรแกรม e-Claim หลังจากหน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกและส่งข้อมูลผ่าน (A) แล้ว หรือภายใน 14 วัน หลังวันตัดยอดข้อมูลแต่ละเดือน หากเกินกำหนดระยะเวลาดังกล่าว ระบบจะทำการอนุมัติข้อมูลให้เป็น “ยอมรับการเรียกเก็บ” ทุกราย (Auto approve)

4) ระยะเวลาการส่งข้อมูล

ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ภายในระยะเวลา 30 วันนับจากวันที่ให้บริการ โดย สปสช. จะกำหนดวันตัดยอดข้อมูลเป็นรายเดือน ระยะเวลาสิ้นสุดการเรียกเก็บ (แจ้งหนี้) ภายใน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการผู้ป่วย เช่น ข้อมูลบริการเดือนกันยายน 2559 ปิดรับการแจ้งหนี้วันที่ 30 กันยายน 2560 **<u>สำหรับข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด จะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ขอรับค่าใช้จ่าย</u>**

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 99 9/14/17 9:03 AM

5) ระยะเวลาการตัดยอดข้อมูล ออกรายงานพึงรับ-พึงจ่ายรายเดือน (Statement)

(รายละเอียดตามภาคผนวก 11) หากมีการเปลี่ยนแปลงจะมีหนังสือแจ้งเวียนให้ทราบต่อไป

6) การคำนวณจ่ายชดเชย

6.1) ค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นรายการที่กำหนดราคากลาง (171 รายการ) ชดเชยตามที่เรียกเก็บไม่เกินราคากลางตามที่กำหนดของแต่ละรายการ (รายละเอียดตามภาคผนวก 13)

6.2) ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ จ่ายชดเชยตามที่เรียกเก็บ ยกเว้นมีหนังสือหรือข้อตกลงร่วมกันให้จ่ายในอัตราที่กำหนดหรือตามที่ได้ตกลงกัน

7) การจ่ายชดเชย และการเป็น clearing house

สปสช. ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ การจ่ายชดเชยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

7.1) ใช้เงินเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก (OP cap) ที่จัดสรรให้กับ CUP ตามจ่ายค่ารักษาจำนวนไม่เกิน 1,600 บาทต่อครั้งบริการ

7.2) ใช้เงินจากกองทุน Central Reimbursement รายการ OP Refer ตามจ่ายค่ารักษาในส่วนเกิน 1,600 บาทต่อครั้งบริการ

ทั้งนี้ สปสช.มีการกำหนดราคากลาง ในการจ่ายชดเชยค่าบริการ (171 รายการ) และ สปสช.ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ เพื่อจ่ายชดเชยค่าบริการรับส่งต่อผู้ป่วยให้หน่วยบริการที่รับส่งต่อทั้งหมด

ทั้งนี้ หากหน่วยบริการใดมีข้อตกลงพิเศษร่วมกัน โดยการกำหนดอัตราการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลร่วมกันระหว่างหน่วยบริการประจำกับหน่วยบริการรับส่งต่อ ให้หน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายตามราคาที่ตกลงร่วมกัน โดย สปสช.จะคำนวณเงินจ่ายชดเชยตามราคาที่หน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกเรียกเก็บ ยกเว้น ในกรณีที่หน่วยบริการมีหนังสือแจ้งข้อตกลงการกำหนดอัตราการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลร่วมกันระหว่างหน่วยบริการให้ สปสช. รับทราบ สปสช.จะคำนวณเงินจ่ายชดเชยตามราคาที่หน่วยบริการแจ้ง

8) การหักหนี้ค่าใช้จ่ายในส่วนที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่าย

8.1) กรณีจังหวัดที่กันเงิน Virtual account จะหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการ โดยหักค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่าย จากเงินกัน Virtual account

8.2) กรณีจังหวัดที่ไม่กันเงิน Virtual account สปสช.จะดำเนินการหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการ โดยเรียกเก็บค่าบริการในส่วนที่ไม่เกินเพดานที่กำหนด (1,600 บาทต่อครั้งบริการ) ไปยังหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อ โดย สปสช.จะหักค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการต้องร่วมจ่ายจากเงินรายรับบริการผู้ป่วยนอก (OP cap) ของหน่วยบริการ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 100 9/14/17 9:03 AM

8.3) หากเงินกัน Virtual account คงเหลือไม่พอต่อการหักชำระบัญชี สปสช.จะหักชำระบัญชีไปยังหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อ โดยจะหักจากเงินรายรับบริการผู้ป่วยนอก (OP cap) และ หากเงินรายรับบริการผู้ป่วยนอก (OP cap) คงเหลือไม่พอต่อการหักชำระบัญชี สปสช. จะหักชำระบัญชีจากรายรับรายการอื่นๆของหน่วยบริการต่อไป

9) ข้อปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการส่งต่อ และหน่วยบริการรับส่งต่อ

9.1) ข้อปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการส่งต่อ

9.1.1) หน่วยบริการส่งต่อผู้ป่วย “ตรวจสอบสิทธิของผู้ป่วยทุกครั้ง” ก่อนทำหนังสือส่งตัวผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการอื่น และเก็บหลักฐานการตรวจสอบสิทธิไว้ที่หน่วยบริการ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดข้อขัดแย้งระหว่างหน่วยบริการกรณีผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงสิทธิหรือหน่วยบริการประจำ

9.1.2) หากหน่วยบริการส่งต่อไม่ใช่หน่วยบริการประจำ ให้หน่วยบริการส่งต่อแจ้งหน่วย บริการประจำตามบัตรและหน่วยบริการรับส่งต่อทราบทุกครั้ง ก่อนทำการส่งตัว

9.2) ข้อปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการรับ-ส่งต่อ

9.2.1) หน่วยบริการรับส่งต่อ“ตรวจสอบสิทธิของผู้ป่วยทุกครั้ง”และเก็บหลักฐานการตรวจสอบสิทธิไว้ที่หน่วยบริการ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดข้อขัดแย้งระหว่างหน่วยบริการ กรณีผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงสิทธิหรือหน่วยบริการประจำ

9.2.2) หากพบว่าหน่วยบริการประจำของผู้ป่วยไม่ตรงกับที่ระบุในหนังสือส่งตัว หน่วยบริการที่รักษาต้องแนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการประจำตามสิทธิที่ตรวจสอบได้ หรือขอหนังสือส่งตัวจากหน่วยบริการประจำตามสิทธิที่ตรวจสอบได้

10) ขั้นตอนการ Clearing house

10.1) หน่วยบริการรับส่งต่อ บันทึกข้อมูลการบริการผ่านโปรแกรม e-Claim หรือหากเป็นการนำเข้า ข้อมูล จะต้องครบถ้วนตามโครงสร้างที่กำหนด ส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

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

10.3) หน่วยบริการรับส่งต่อ ตรวจสอบรายงานการส่งข้อมูลรายวัน (REP) หน้า website และทำการ download REP กลับเข้าโปรแกรม e-Claim offline เพื่อปรับฐานข้อมูลให้ถูกต้อง กรณี ข้อมูลไม่ผ่าน (ติด C) หน่วยบริการต้องแก้ไขให้ถูกต้องแล้วส่งให้ สปสช. อีกครั้ง และในการแก้ไข หรืออุทธรณ์ข้อมูลผ่าน (A) หน่วยบริการจะต้องแก้ไขเป็นเอกสารตามที่สปสช.กำหนด

10.4) สปสช. ส่งข้อมูลรายวันที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น ให้หน่วยบริการประจำตรวจสอบผ่านโปรแกรม e-Claim ตามระยะเวลาที่กำหนดเพื่อพิจารณา “ยอมรับการเรียกเก็บ หรือ ไม่ยอมรับการเรียกเก็บ” (กรณีไม่ยอมรับต้องเลือกเหตุผลการปฏิเสธจากรายการที่กำหนดให้) ทั้งนี้ หากครบกำหนดวัน Approve ข้อมูลตามปฏิทินการออก Statement ประจำปีงบประมาณ หรือตามเวลาที่ สปสช. ประกาศผ่านทางหน้า website ระบบจะพิจารณาข้อมูลเป็น “ยอมรับการเรียกเก็บ” ทุกราย (Auto Approve)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 101 9/14/17 9:03 AM

10.5) เมื่อครบกำหนดวันตัดยอดข้อมูลตามเวลาที่กำหนด สปสช. จะดำเนินการรวบรวมข้อมูลภายในวันที่กำหนดตัดยอดข้อมูลเพื่อประมวลผลออกรายงานการจ่ายชดเชย (รายงานพึงรับ -พึงจ่าย)

10.6) สปสช. ตรวจสอบรายละเอียดการบริการ ค่าใช้จ่าย โดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข กรณี ไม่สามารถตัดสินชี้ขาดได้ จะนำเรื่องเสนอต่อคณะทำงานฯ เพื่อพิจารณาและกำหนดเป็นหลักเกณฑ์ในภาพรวมต่อไป

11) เอกสาร หลักฐานในการเรียกเก็บและจ่ายชดเชย

สปสช. ยกเลิกการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุขโดยวิธีการส่งเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการให้บริการเป็นเอกสาร ยกเว้นเอกสารหลักฐานทางการเงิน โดยการเรียกเก็บและการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการดำเนินการดังนี้

11.1) หน่วยบริการประจำสามารถตรวจสอบข้อมูลการจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการรับส่งต่อจาก Statement พึงจ่ายรายเดือน ซึ่งประกอบด้วย รายงานรายบุคคล รายงานแบบสรุป และรายงานแบบสรุปรายหน่วยบริการ

11.2) หน่วยบริการรับส่งต่อสามารถตรวจสอบรายละเอียดการได้รับเงินชดเชยจาก Statement พึงรับรายเดือน ซึ่งประกอบด้วย รายงานรายบุคคล รายงานแบบสรุป รายงานแบบสรุปรายหน่วยบริการและรายงานปฏิเสธการจ่าย

ทั้งนี้ หน่วยบริการรับส่งต่อต้องมีการจัดทำเอกสาร / หลักฐานที่เกี่ยวข้องเก็บไว้ที่หน่วยบริการ เพื่อการตรวจสอบหรือร้องขอเอกสารเพิ่มเติม กรณีไม่พบเอกสาร / หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษา จะถือว่าไม่มีการให้บริการในส่วนนั้น และจะถูกเรียกคืนค่าใช้จ่าย

12) รายละเอียดการจ่ายชดเชยค่าบริการ

หมายถึง ข้อมูลรายละเอียดการจ่ายชดเชย และการได้รับชดเชยค่าบริการสาธารณสุข เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อได้รับแจ้งการโอนเงินกรณีรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัดจาก สปสช. หน่วยบริการรับส่งต่อสามารถเข้าดูรายละเอียดเงินโอน ทั้งรายบุคคล รายสรุป และรายหน่วยบริการ ได้จากรายงาน พึงรับ (Statement พึงรับ) และหน่วยบริการประจำสามารถตรวจสอบรายละเอียดค่าใช้จ่ายในการตามจ่ายจากรายงานพึงจ่าย (Statement พึงจ่าย) ได้ที่ http://eclaim.nhso.go.th --> รับส่งต่อผู้ป่วยนอก OP Refer --> รายงานพึงรับ – พึงจ่าย

13) การแก้ไข และการอุทธรณ์ข้อมูล

หมายถึง การแก้ไขข้อมูล OP Refer ที่ส่งในระบบโปรแกรม e-claim และได้รับผลการตอบกลับผ่าน (A) เรียบร้อยแล้ว แนวทางการขอแก้ไข/อุทธรณ์ข้อมูล OP Refer ให้ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจาก หัวข้อการอุทธรณ์ข้อมูลในภาคผนวก 9

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 102 9/14/17 9:03 AM

รหัสการปฏิเสธจ่าย OP Refer ประกอบด้วย

ลำดับ	deny code	ความหมาย	รายละเอียดเพิ่มเติม
1	OPF01	ไม่มีประวัติการส่งตัวจากหน่วยบริการประจำ	หน่วยบริการประจำไม่ได้ส่งตัวไปรักษาต่อ และไม่มีประวัติการส่งตัว/การรักษาของผู้ป่วยในรายนั้นๆ
2	OPF02	ไม่มีเลขที่ใบส่งตัว	หน่วยบริการที่รักษาไม่ระบุเลขที่ใบส่งตัวในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขผ่านระบบโปรแกรม OP Refer
3	OPF03	การส่งต่อภายในเขตพื้นที่รอยต่อ	การส่งต่อระหว่างเขตรอยต่อ ซึ่งมีข้อตกลงเฉพาะในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
4	OPF04	รับบริการก่อน/หลังวันที่ที่ระบุในใบส่งตัว	วันที่ผู้ป่วยมารับบริการเกิดขึ้นก่อน/หลังวันที่ที่ระบุไว้ในใบส่งตัว
5	OPF05	รายละเอียดค่าใช้จ่ายไม่ชัดเจน	เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่อยู่ในกลุ่มรหัส ...999 หรือค่าใช้จ่ายที่มีราคาสูงโดยไม่มีการแนบไฟล์ประกอบ
6	OPF06	ไม่เข้าเงื่อนไข op refer	ไม่เข้าเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด
7	OPF08	ข้อมูลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง	หน่วยบริการที่รักษาระบุข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขผ่านระบบโปรแกรม OP Refer ไม่ถูกต้อง
8	OPF09	เป็นการรักษาเกินความจำเป็น	หน่วยบริการประจำพิจารณาจากข้อมูลการรักษาว่าเป็น over investigation/over treatment
9	OPF10	file ภาพไม่สมบูรณ์	ไฟล์ที่หน่วยบริการที่รักษาสแกนแนบไม่ชัดเจน/ไม่ครบถ้วน
10	OPF11	นอกเหนือชุดสิทธิประโยชน์	เรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่ไม่อยู่ในความคุ้มครองตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
11	OPF13	เรียกเก็บเกินราคาที่ตกลงกัน	เรียกเก็บค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตามเงื่อนไขหรือข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการ

ข้อมูลที่มีสถานะไม่ยอมรับการเรียกเก็บ(ปฏิเสธ) ในแต่ละงวด STM สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะนำมาพิจารณาอีกครั้ง หากพบว่าเข้าตามเงื่อนไขที่สามารถปรับสถานะเป็นอนุมัติได้

4. กรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย

ขอบเขตบริการ

เป็นการเบิกค่าใช้จ่ายค่าพาหนะของหน่วยบริการในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย อันประกอบด้วย พาหนะที่ใช้ทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ หรือพาหนะอื่นใดที่ได้รับการออกแบบสร้างหรือดัดแปลง ประกอบพร้อมด้วยยาเวชภัณฑ์ และบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อการลำเลียงและดูแลรักษาผู้ป่วย ระหว่างการเคลื่อนย้ายหรือเดินทาง

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไขการให้บริการ**

1. เป็นการส่งต่อผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินต่างจังหวัด หรือ กรณีเป็นผู้ป่วยนอกสิทธิว่าง

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 103 9/14/17 9:03 AM

2. เป็นการส่งต่อผู้ป่วยในและผู้ป่วยในสิทธิว่างจากหน่วยบริการต้นทางจนถึงปลายทางซึ่งหมายความรวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า รวมถึงการรับผู้ป่วยมานอนรักษาต่อเนื่องที่หน่วยบริการที่มีศักยภาพต่ำกว่าด้วย ทั้งนี้หน่วยบริการที่ขอเบิกค่าใช้จ่าย ต้องเป็นการให้บริการผู้ป่วยในเท่านั้น

3. เป็นการส่งต่อที่ไม่นับรวมการส่งไปตรวจพิเศษระหว่างการนอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

4. ในกรณีที่ไปรับผู้ป่วยจากสถานบริการเอกชนตามระบบเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน เมื่อพ้นภาวะวิกฤตเจ็บป่วยฉุกเฉินและหน่วยบริการในระบบไปรับผู้ป่วยมานอนพักรักษาต่อ สามารถเบิกค่าพาหนะได้

5. อัตราการจ่ายชดเชยขึ้นอยู่กับระยะทางไป-กลับ 2 ส่วน คือ ระยะทางน้อยกว่า 50 กิโลเมตร กับ ระยะทางมากกว่า 50 กิโลเมตรขึ้นไป

- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

1. <u>กรณีรถยนต์ ตามระยะทางกรมทางหลวง ไป-กลับ ในการคำนวณดังนี้</u>

- ระยะทางไม่เกิน 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน 500 บาท

- ระยะทางมากกว่า 50 กิโลเมตร จ่ายชดเชยเริ่มต้น 500 บาท และชดเชยเพิ่มกิโลเมตรละ 4 บาท โดยจ่ายชดเชยตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกินที่เรียกเก็บ

2. <u>กรณีค่าเรือ อัตราการจ่าย ดังนี้</u>

ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียด กรณีเรือ/แพขนานยนต์ มีอัตราการจ่ายชดเชยดังนี้

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

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 104 9/14/17 9:03 AM

3. กรณีอากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์)

หน่วยบริการต้องประสานเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยาน พ.ศ. 2557 ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.) และต้องได้รับการอนุมัติจาก สพฉ.เท่านั้น โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีอัตราจ่ายตามชนิดเครื่องยนต์และระยะเวลาในการบิน ดังนี้

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

- **เงื่อนไขเพิ่มเติม กรณีเฮลิคอปเตอร์**

1. เป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติและเร่งด่วน จากหน่วยบริการไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพที่เหมาะสม

2. กรณีที่เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติ ในขณะที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าอาการของผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ ไม่เข้าหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกจ่าย

3. ในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน และพิจารณาแล้ว จำเป็นต้องใช้เฮลิคอปเตอร์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทั้งนี้ในการประสานงานขอใช้เฮลิคอปเตอร์ในการเคลื่อนย้ายดังกล่าว ขอให้หน่วยบริการประสานงานไปยังศูนย์สั่งการ 1669 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ)

การเบิกจ่ายชดเชยค่าเฮลิคอปเตอร์เป็นระบบเอกสาร เท่านั้น โดยต้องมีเอกสารหลักฐานประกอบการจ่ายชดเชย ดังนี้

1. ใบ refer ของแพทย์
2. เอกสารการอนุมัติจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (หน่วยที่ทำการบินนั้นต้องมีการทำสัญญาหรือข้อตกลง กับ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และ สปสช.)

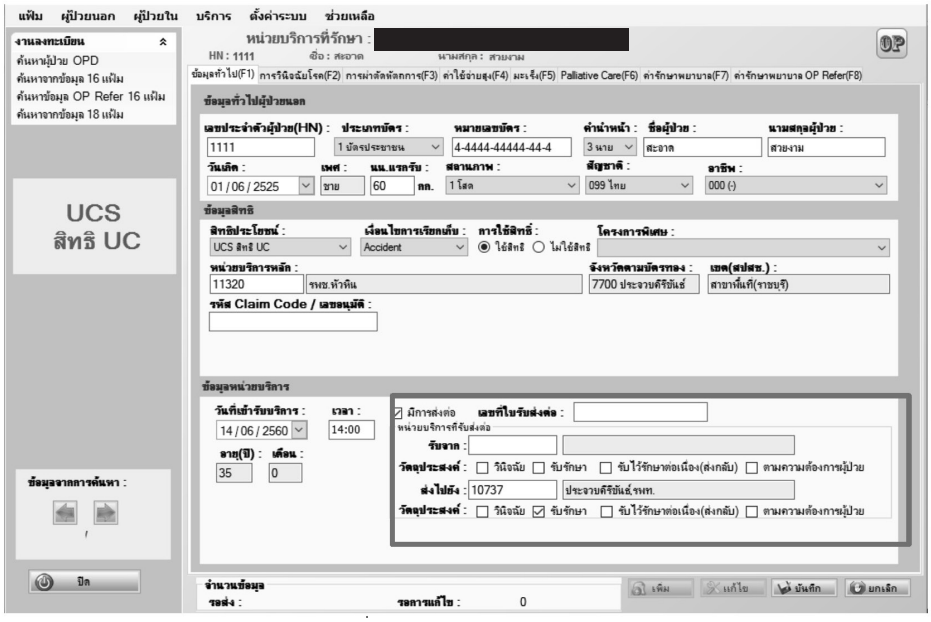
วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

1. บันทึกข้อมูลการรับส่งต่อ ดังนี้

ผู้ป่วยนอก บันทึกในหน้า F1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยนอก บันทึกข้อมูลการรับส่งต่อให้ครบถ้วน ดังนี้

1) คลิกในสี่เหลี่ยม “มีการส่งต่อ”
2) บันทึกหน่วยบริการที่ส่งต่อมา (รับจาก) หรือ หน่วยบริการที่ส่งต่อ (ส่งไปยัง)
3) ระบุวัตถุประสงค์ในการส่งต่อ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 105 9/14/17 9:03 AM



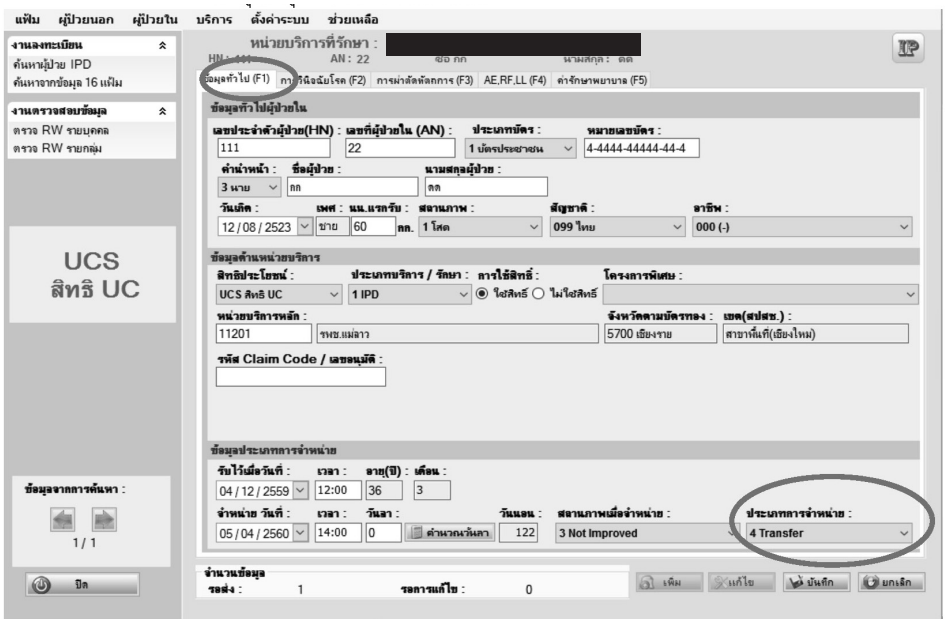
ภาพที่ 63 แสดงการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ

ผู้ป่วยใน - บันทึกข้อมูลการรับส่งต่อในหน้า F1 และ F4 AE/RF/LL ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป F1 ระบุประเภทการจำหน่ายเป็น Transfer

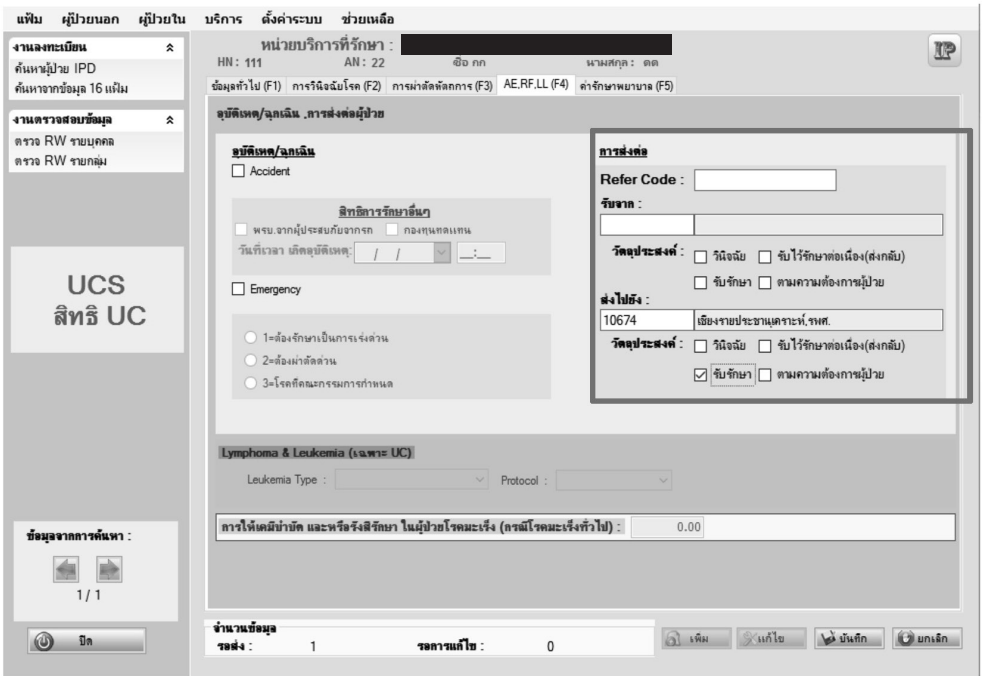
2) ข้อมูลการรับ-ส่งต่อ หน้า F4 AE/RF/LL

- บันทึกหน่วยบริการที่ส่งต่อมา (รับจาก) หรือ หน่วยบริการที่ส่งต่อ (ส่งไปยัง)
- ระบุวัตถุประสงค์ในการส่งต่อ



ภาพที่ 64 แสดงการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ

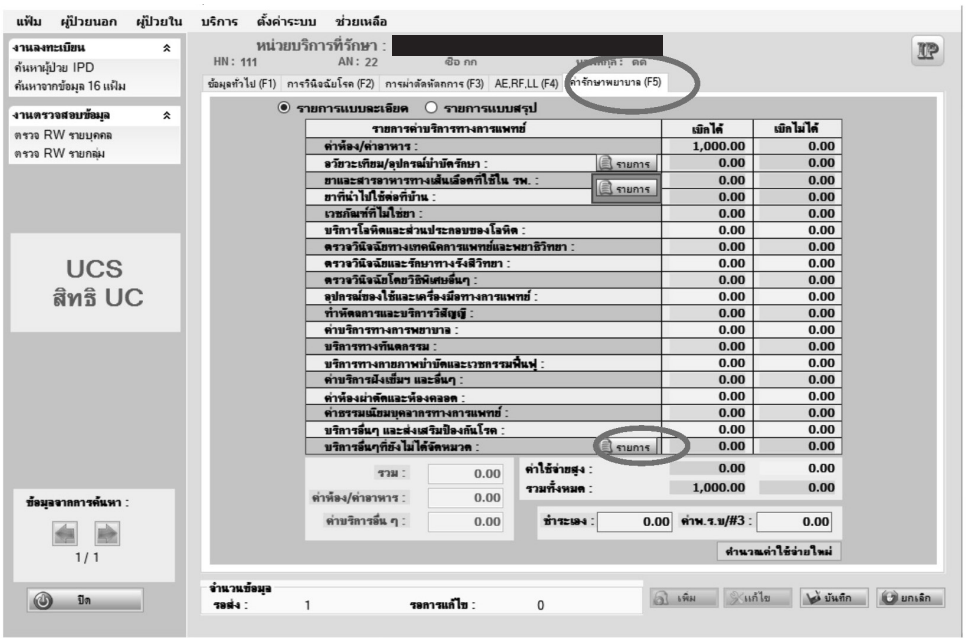
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 106 9/14/17 9:03 AM



ภาพที่ 65 แสดงการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ

2. บันทึกเบิกค่าพาหนะรับส่งต่อ ในหน้าค่ารักษาพยาบาล ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ในช่องบริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

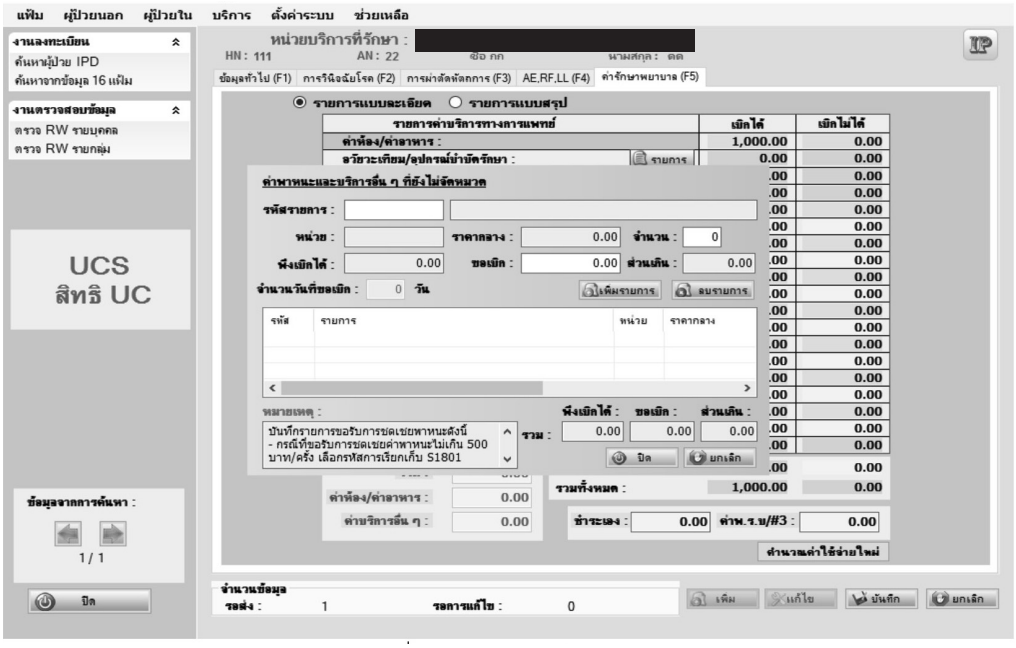
2.1 กดปุ่ม 



ภาพที่ 66 แสดงการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ

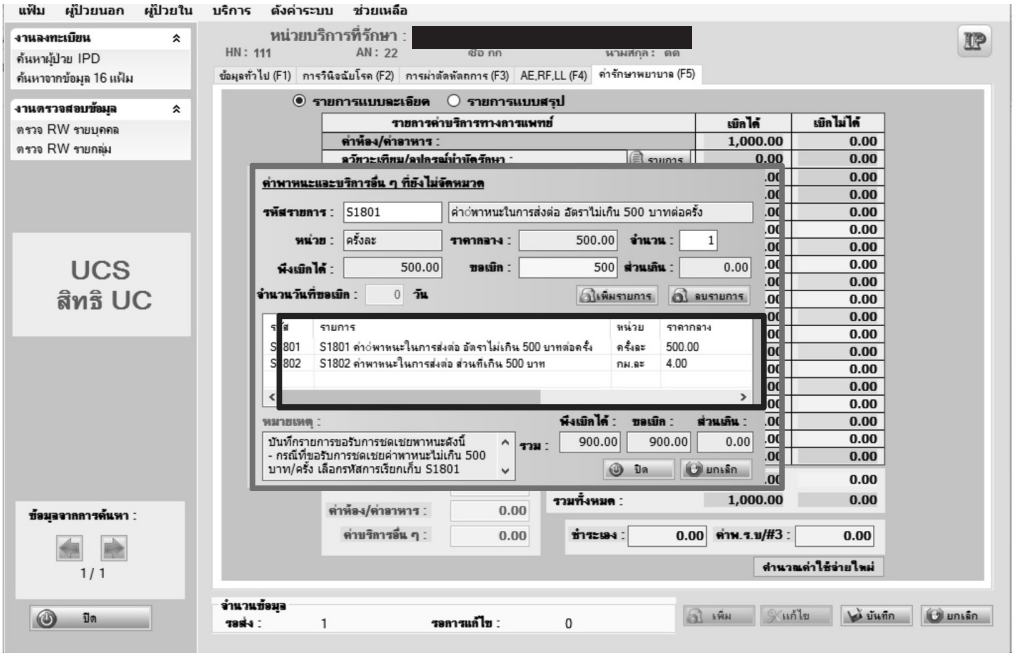
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 107 9/14/17 9:03 AM

2.2 ปรากฏหน้าจอสำหรับบันทึกรหัสเบิก



ภาพที่ 67 แสดงการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ

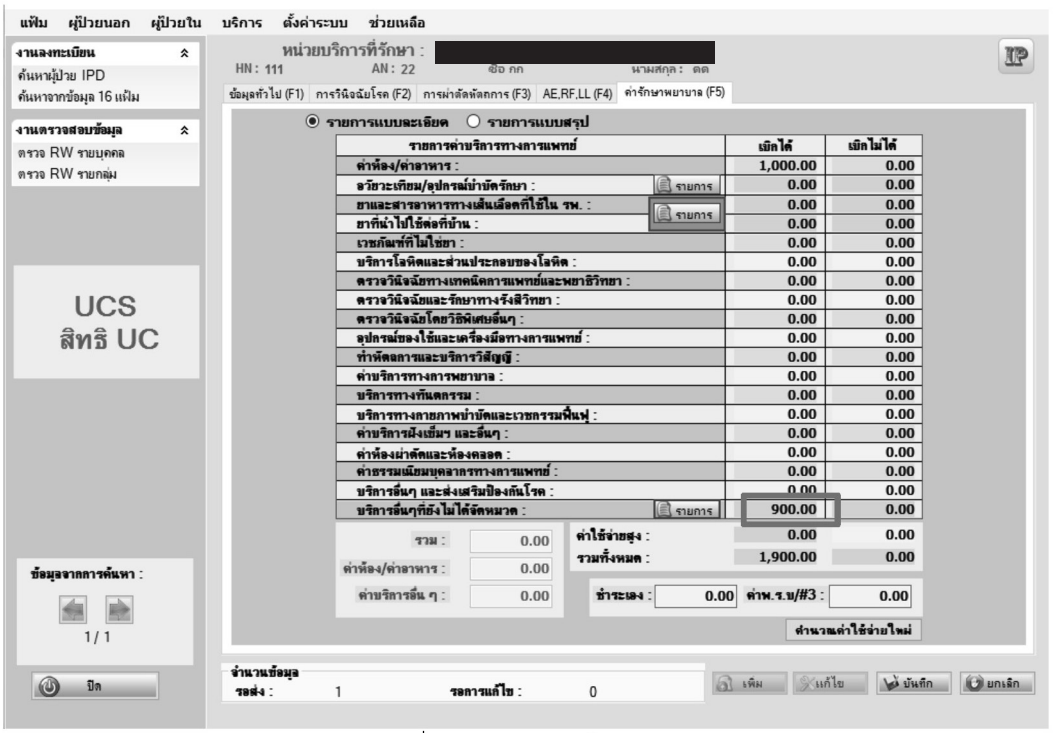
- บันทึกรหัสเบิก S1801 ระยะ 50 กม.แรกไม่เกิน 500 บาท กรณีเกิน 50 กม.ตามด้วยบันทึกรหัส S1802 บันทึกระยะทางตาม กม.ไปกลับ



ภาพที่ 68 แสดงการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 108 9/14/17 9:03 AM

2.3 แสดงยอดการบันทึกเบิกค่าพาหนะรับส่งต่อ



ภาพที่ 69 แสดงการบันทึกค่าพาหนะส่งต่อ

3. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน

5 การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ

(1) กรณีผู้มีสิทธิที่ไม่มีหน่วยบริการประจำ

ขอบเขตบริการ

การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ประกอบด้วย

1) กรณีผู้ป่วยสิทธิว่าง
2) กรณีผู้ป่วยสิทธิว่างเสียชีวิตก่อนลงทะเบียน
3) กรณีเด็กแรกเกิดเสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

1) การให้บริการแก่ผู้ป่วยสิทธิว่าง

- **คำนิยาม**

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

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 109 9/14/17 9:03 AM

- **เงื่อนไขการบริการ**

สปสช. จะจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการ ดังนี้

1. ผู้มีสิทธิว่าง ที่เข้ารับบริการด้วยกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือ อาการแรกรับไม่ใช่การเจ็บป่วยฉุกเฉินก็ได้ ทั้งนี้ผลการตรวจสอบสิทธิจะมีหน่วยบริการประจำเป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. หน่วยบริการต้องมีและบันทึกหมายเลข Claim Code เพื่อลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำในกรณีที่หน่วยบริการได้ดำเนินการลงทะเบียนให้ผู้มีสิทธิแล้ว แต่สิทธิยังไม่ปรากฏบน www.nhso.go.th หากผู้มีสิทธิเข้ารับบริการอีก หน่วยบริการจะยังสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเป็นกรณีสิทธิว่างได้จนกว่าจะปรากฏสิทธิ เฉพาะระยะเวลาไม่เกิน 15 วัน หลังดำเนินการลงทะเบียนแล้ว

3. หากเกินศักยภาพหน่วยบริการแห่งแรก และมีการส่งต่อผู้ป่วยสิทธิว่างไปรับบริการยังหน่วยบริการแห่งที่ 2 ให้ใช้ claim code เดียวกับหน่วยบริการแรกที่ขอไว้สำหรับการบันทึกข้อมูล เนื่องจากหน่วยบริการแห่งที่ 2 จะใช้ข้อมูล claim code ดังกล่าวเบิกค่าใช้จ่าย ถึงแม้ว่าระหว่างการรักษาอยู่ในหน่วยบริการแห่งที่ 2 จะปรากฏว่ามีหน่วยบริการประจำไปแล้วก็ตาม แต่ถ้าวันที่รับส่งต่อในหน่วยบริการแห่งที่ 2 ตรวจสอบสิทธิพบว่ามีหน่วยบริการประจำแล้ว จะได้รับการชดเชยตามอัตรา บริการกรณีผู้ป่วยใน โดยไม่ต้องใช้ claim code

4. การส่งต่อผู้ป่วยสิทธิว่างไปรับบริการยังหน่วยบริการแห่งที่ 2 สามารถเบิกค่าพาหนะในการส่งต่อได้

- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

ประเภทผู้ป่วยนอก

สปสช. จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรืออัตราที่กำหนด โดยมีการกำหนดวงเงินไว้สำหรับการจ่ายชดเชยตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ (Point System with Global Budget) โดยจ่ายรายเดือนในอัตรา Point ละ 0.90 บาท

ประเภทผู้ป่วยใน

สปสช. จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) With Global Budget อัตรา 7,000 บาทต่อAdj. RW (ไม่ปรับลดค่าแรง)

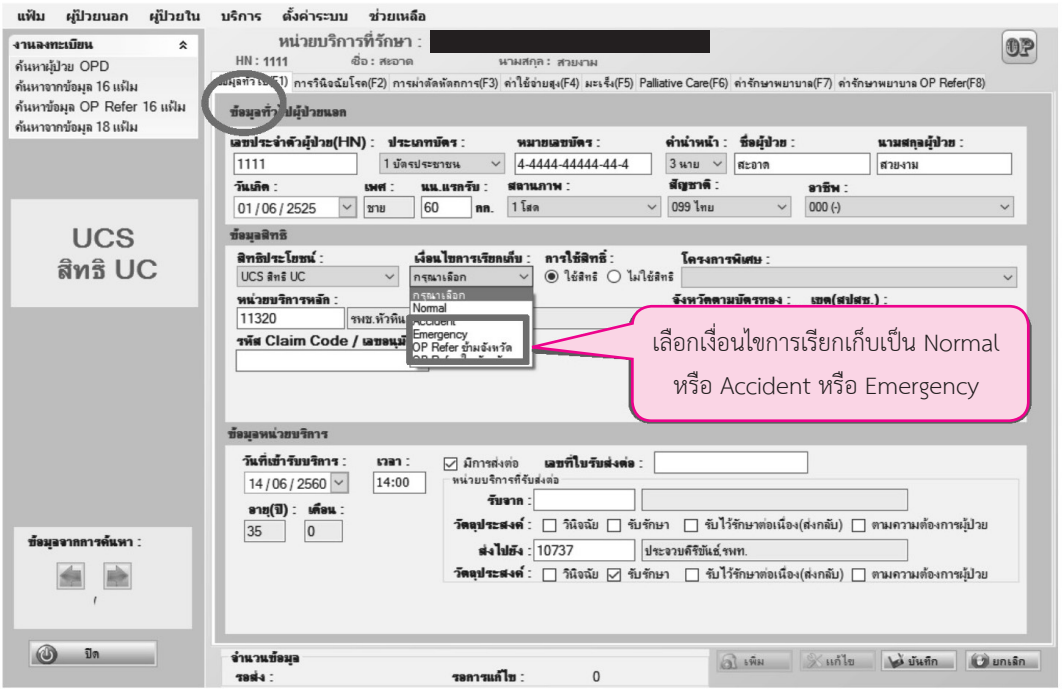
วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

1. ผู้ป่วยนอก ข้อมูลทั่วไป (F1) เลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บเป็น Normal Accident หรือ Emergency ตามอาการของผู้ป่วย ดังภาพที่ 70

2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน ในทุกหน้าเมนู

3. ผู้ป่วยใน บันทึกทุกหน้าเมนูเหมือนกรณีผู้ป่วยในปกติ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 110 9/14/17 9:03 AM



ภาพที่ 70 แสดงการบันทึกข้อมูลกรณี สิทธิว่าง

2) การให้บริการผู้ป่วยสิทธิว่างที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไขการบริการ**

1. เป็นคนไทยที่มีสิทธิตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 แต่ยังไม่ปรากฏสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น

2. กรณีผู้ป่วยในมีชนิดการจำหน่ายเป็นเสียชีวิต (Discharge type 9)

- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

ประเภทผู้ป่วยนอก

สปสช. จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ โดยจ่ายรายเดือนในอัตรา Point ละ 0.90 บาท

ประเภทผู้ป่วยใน

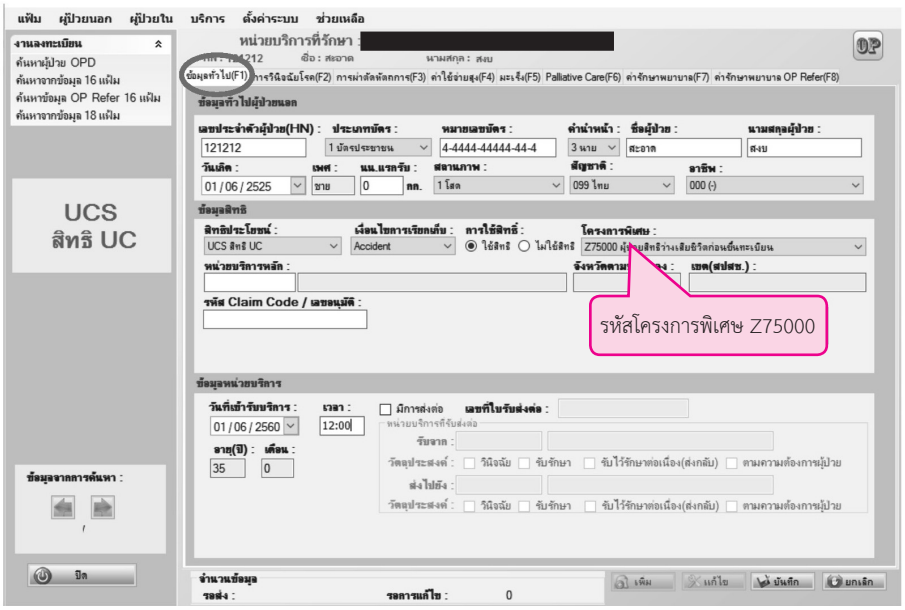
สปสช. จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) With Global Budget อัตรา 7,000 บาทต่อ Adj.RW (ไม่ปรับลดค่าแรง)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 111 9/14/17 9:03 AM

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

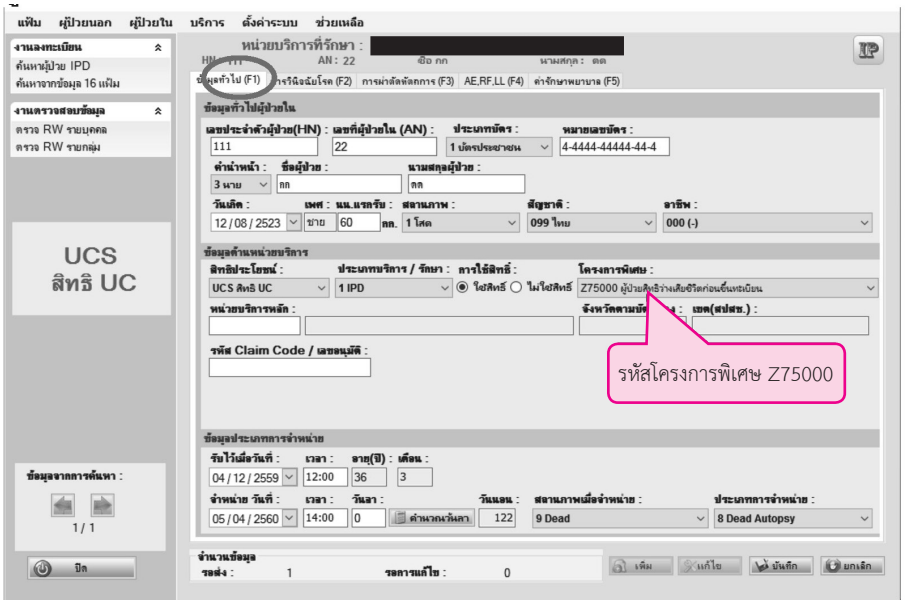
1. บันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z75000 ในหน้า F1 ข้อมูลทั่วไปทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยนอก



ภาพที่ 71 แสดงบันทึกรหัสโครงการพิเศษ

ผู้ป่วยใน



ภาพที่ 72 แสดงการบันทึกรหัสโครงการพิเศษ

2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 112 9/14/17 9:03 AM

3) การให้บริการเด็กแรกเกิดที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไขการบริการ**

1. เป็นเด็กแรกเกิดที่เกิดมามีชีวิต แล้วเสียชีวิตก่อนลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ โดยต้องมีบิดาหรือมารดาเป็นสัญชาติไทย และ ไม่นับรวมเสียชีวิตในครรภ์ (Dead Fetus in Utero, Still Birth)

2. กรณีผู้ป่วยใน ต้องมีชนิดการจำหน่ายเป็นเสียชีวิต (Discharge type 9)

3. ในกรณีเด็กแรกเกิดที่ยังไม่มีเลข 13 หลัก และส่งต่อคนไข้ไปยัง รพ.แห่งที่ 2 และเสียชีวิต รพ. แห่งที่ 1 ให้บันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z39000 และบันทึกส่งต่อไปยัง รพ. (ชื่อรพ.ที่ส่งต่อ) ทั้งนี้ ในกรณีดังกล่าว สปสช. จะทำการตรวจสอบภายหลังอีกครั้ง

- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

ประเภทผู้ป่วยนอก

สปสช. จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ โดยจ่ายรายเดือนในอัตรา Point ละ 0.90 บาท

ประเภทผู้ป่วยใน

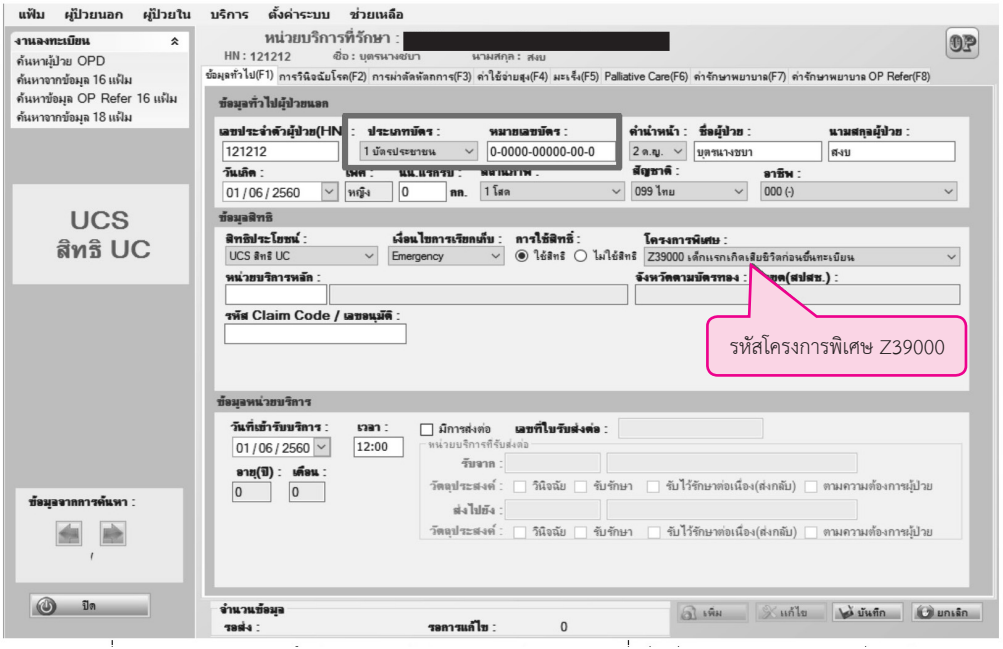
สปสช. จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) With Global Budget อัตรา 7,000 บาทต่อ Adj.rw (ไม่ปรับลดค่าแรง)

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

1. ข้อมูลทั่วไป หน้า F1 ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
   - 1.1 เลือกประเภทบัตรเป็น บัตรประชาชน
   - 1.2 บันทึกเลขบัตรเป็น “0” ทั้ง 13 หลัก
   - 1.3 บันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z39000
   - 1.4 ผู้ป่วยใน ประเภทการจำหน่ายเป็น Transfer หรือ Dead

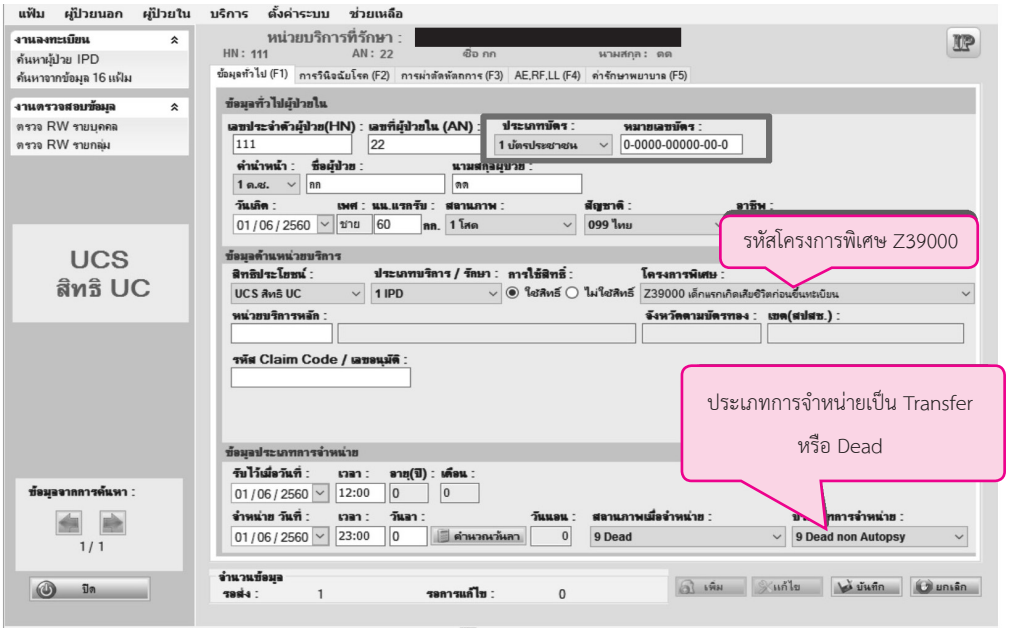
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 113 9/14/17 9:03 AM

ผู้ป่วยนอก



ภาพที่ 73 แสดงการบันทึกข้อมูลการให้บริการเด็กแรกเกิดที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน ผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยใน



ภาพที่ 74 แสดงการบันทึกข้อมูลการให้บริการเด็กแรกเกิดที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน ผู้ป่วยนอก

2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 114 9/14/17 9:03 AM

6. การบริการกรณีเฉพาะอื่นๆ ได้แก่

ขอบเขตบริการ

6.1 ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือนมาใช้บริการทางการแพทย์

6.2 ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนมาใช้บริการคลอด

6.3 ผู้มารับบริการที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน (รายละเอียดตามข้อ 5 การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ข้อ 2) กรณีการให้บริการผู้ป่วยสิทธิว่างที่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียน)

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

6.1 ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือนมาใช้บริการทางการแพทย์

- **เงื่อนไขการบริการ**

1. เป็นผู้มีสิทธิประกันสังคม ซึ่งมีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคมว่ายังส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน

2. เข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วย ทั้งนี้ไม่นับรวมการตรวจครรภ์ และการวางแผนครอบครัว

- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

กรณีผู้ป่วยนอก : จ่ายตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด ด้วยอัตรา Point ละ 0.9 บาท

กรณีผู้ป่วยใน : จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) With Global Budget อัตรา 7,000 บาท ต่อ Adj.rw (ไม่ปรับลดค่าแรง)

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

1. ข้อมูลทั่วไป F1

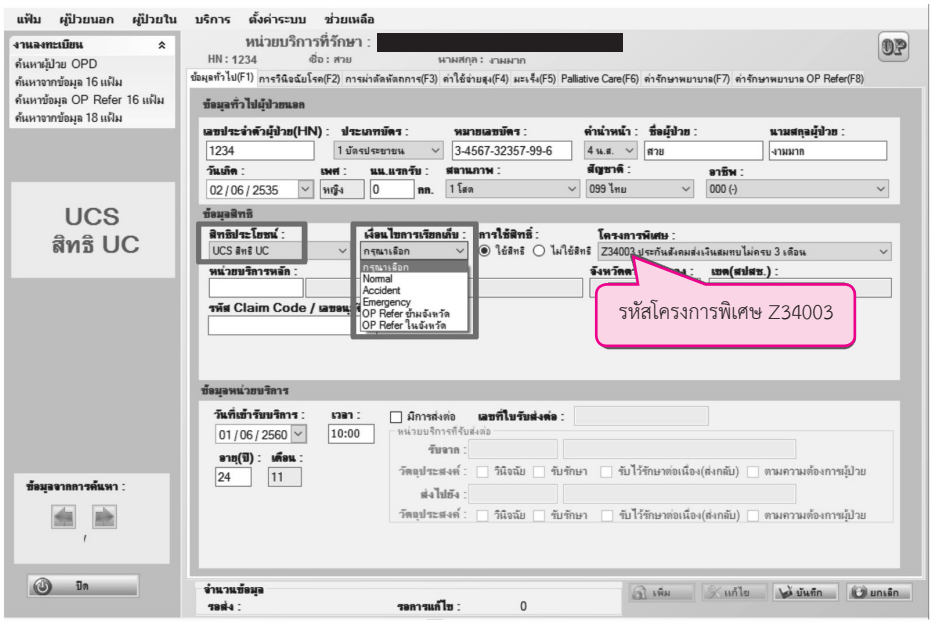
1.1 เลือกสิทธิประโยชน์ UCS สิทธิ UC

1.2 ผู้ป่วยนอก เลือกเงื่อนการเรียกเก็บตามอาการที่เข้ารับบริการ Normal Accident หรือ Emergency

1.3 เลือกรหัสโครงการพิเศษ Z34003 ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

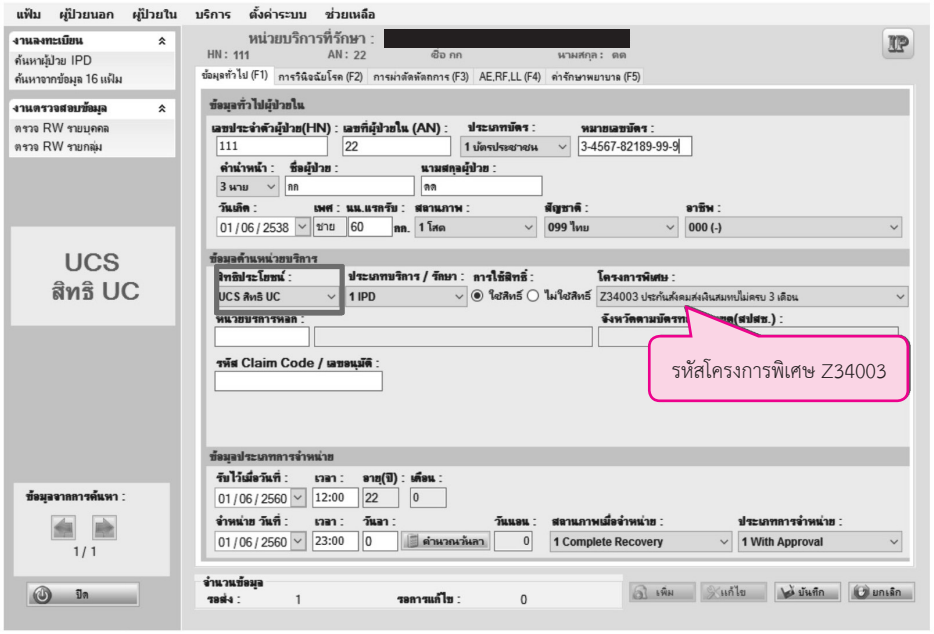
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 115 9/14/17 9:03 AM

ผู้ป่วยนอก



ภาพที่ 75 แสดงการบันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z34003 ผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยใน



ภาพที่ 76 แสดงการบันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z34003 ผู้ป่วยใน

2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 116 9/14/17 9:03 AM

6.2 ผู้มารับบริการสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนมาใช้บริการคลอด

- **เงื่อนไขการบริการ**

1. เป็นผู้มีสิทธิประกันสังคม ซึ่งมีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคมว่ายังส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน

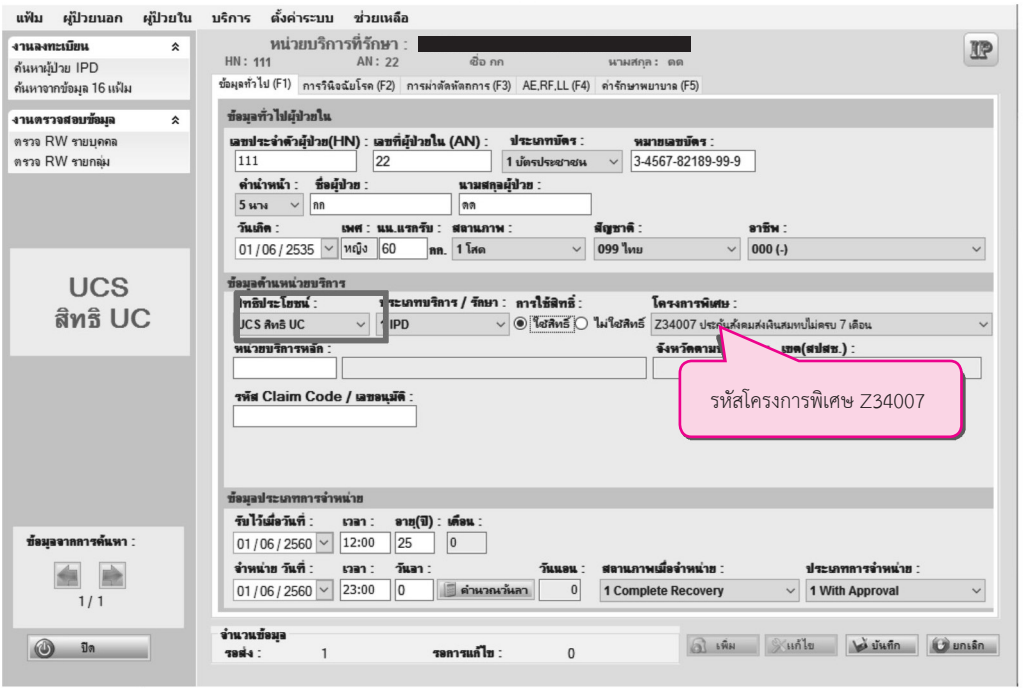
2. เข้ารับบริการเป็นการคลอด โดยมีข้อมูลรหัสโรคของการคลอด เช่น O800 หรือ O821 เป็นต้น

- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) With Global Budget อัตรา 7,000 บาทต่อ Adj.rw (ไม่ปรับลดค่าแรง)

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

1. หน้า F1 ข้อมูลทั่วไป F1
    1. เลือกสิทธิประโยชน์ UCS สิทธิ UC
    2. บันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z34007



ภาพที่ 77 แสดงการบันทึกข้อมูลกรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือน มาใช้บริการคลอด

3. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 117 9/14/17 9:03 AM

7. กรณีลงทะเบียนตามมติบอร์ด

ขอบเขตบริการ

กรณีผู้มีสิทธิที่ สปสช.ได้ดำเนินการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการแทนผู้ที่หมดสิทธิประกันสังคม และหมดสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ที่กลายเป็นสิทธิว่างตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8/2554 ตามหนังสือ สปสช. เลขที่ 17/ว.0877 ลงวันที่ 29 สิงหาคม 2554

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

การเข้ารับบริการและการจ่ายชดเชย ดังนี้

1. เข้ารับบริการตรงกับหน่วยบริการที่ลงทะเบียนแทน ทั้งกรณีผู้มีสิทธิ์เลือกยอมรับและไม่ยอมรับ

1.1 ผู้ป่วยนอก

- ค่าใช้จ่ายอื่นๆอยู่ในเหมาจ่ายรายหัว
- ค่าใช้จ่ายใช้จ่ายสูง/อุปกรณ์อวัยวะเทียมสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจาก สปสช.
- หากมีการส่งต่อข้ามจังหวัดเบิกเป็นกรณีการรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OP Refer)

1.2 ผู้ป่วยใน

- ขอรับค่าใช้จ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต (IPNormal)

2. เข้ารับบริการไม่ตรงกับหน่วยบริการที่ลงทะเบียนแทน

2.1 ผู้ป่วยนอก

กรณียอมรับลงทะเบียนแทน

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

2) การรับบริการครั้งต่อมาใช้สิทธิตามที่ลงทะเบียน

กรณีไม่ยอมรับลงทะเบียนแทน

การเข้ารับบริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเป็นกรณีฉุกเฉิน (A/E) และ ค่าใช้จ่ายใช้จ่ายสูง/อุปกรณ์อวัยวะเทียมสามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจาก สปสช. จนกว่าจะมีการปรับสิทธิตามรอบ

2.2 ผู้ป่วยใน

ขอรับค่าใช้จ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต (IPNormal)

หมายเหตุ: หลังการเข้ารับบริการกรณีลงทะเบียนตามมติบอร์ดแล้ว ให้หน่วยบริการดำเนินการลงทะเบียนให้ผู้ป่วยตามประสงค์นั้นในวันเข้ารับบริการครั้งนั้นทันที

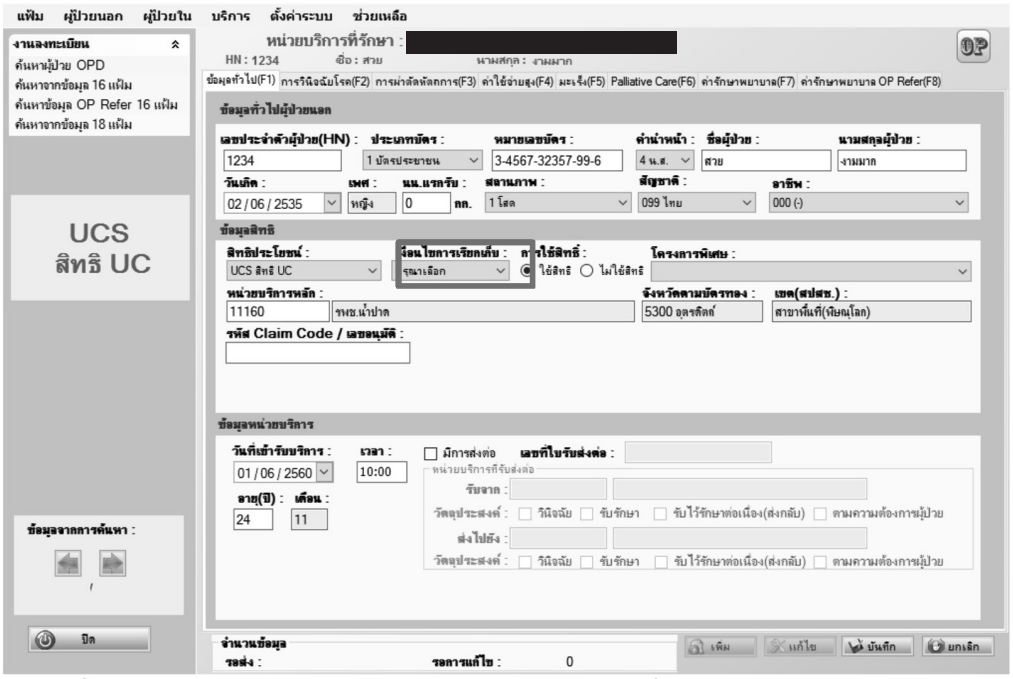
วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

ผู้ป่วยนอก

1. กรณีรับบริการตรงหน่วยที่ลงทะเบียน เบิกได้เฉพาะค่าใช้จ่ายสูง F4, F5 และรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา

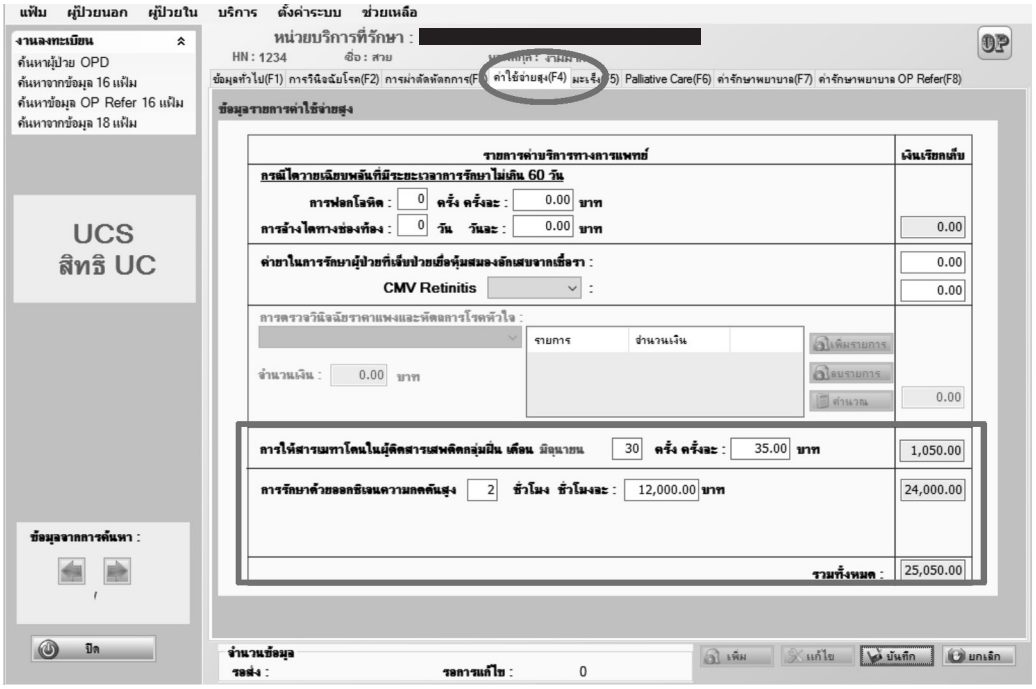
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 118 9/14/17 9:03 AM

ข้อมูลทั่วไป F1 เงื่อนไขการเรียกเก็บไม่เลือก (default ที่กรุณาเลือก)



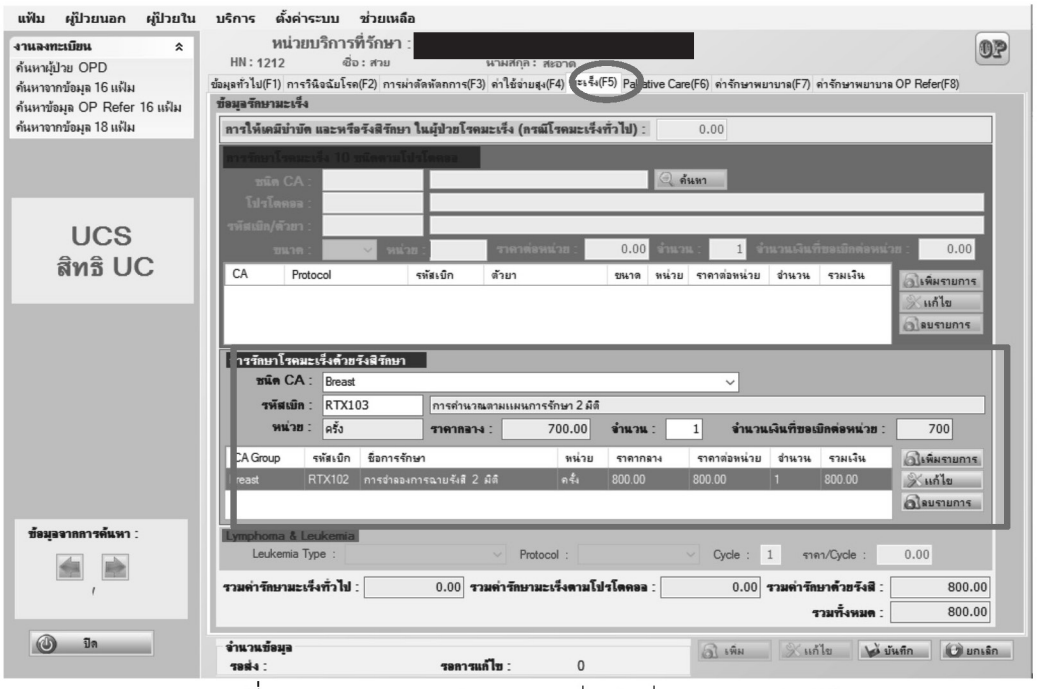
ภาพที่ 78 แสดงการบันทึกข้อมูลกรณีรับบริการตรงหน่วยที่ลงทะเบียน เบิกได้เฉพาะค่าใช้จ่ายสูง

2. บันทึกเบิกตามเงื่อนไขที่กำหนด กรณีค่าใช้จ่ายสูงในหน้า F4 หรือ F5

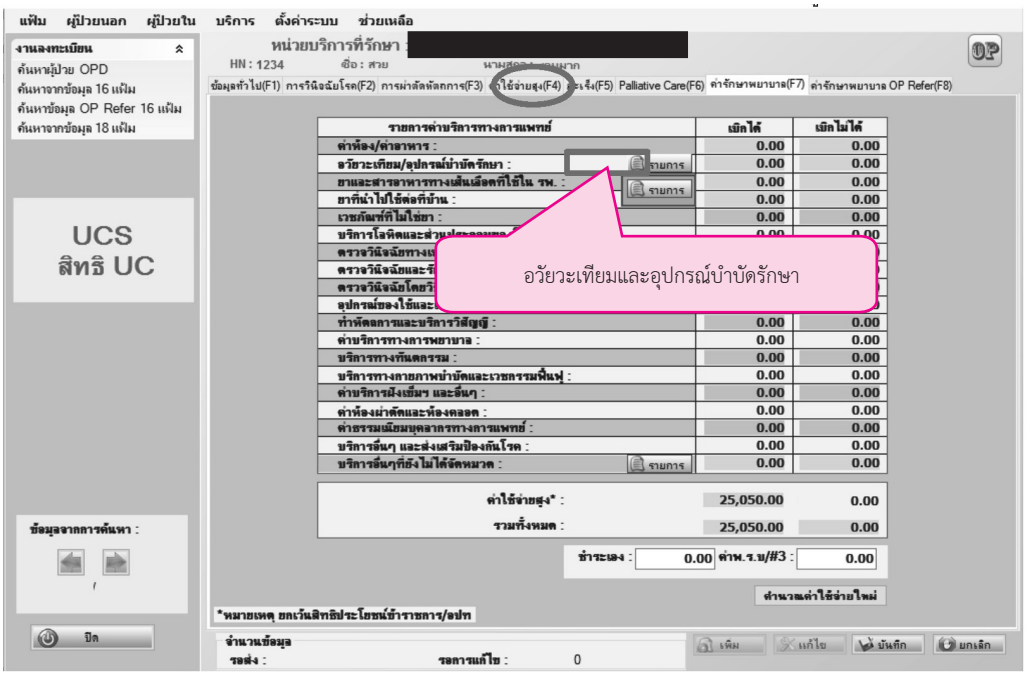


ภาพที่ 79 แสดงการบันทึกเบิกตามเงื่อนไขที่กำหนด กรณีค่าใช้จ่ายสูง

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 119 9/14/17 9:03 AM



ภาพที่ 80 แสดงการบันทึกเบิกตามเงื่อนไขที่กำหนด กรณีค่าใช้จ่ายสูง

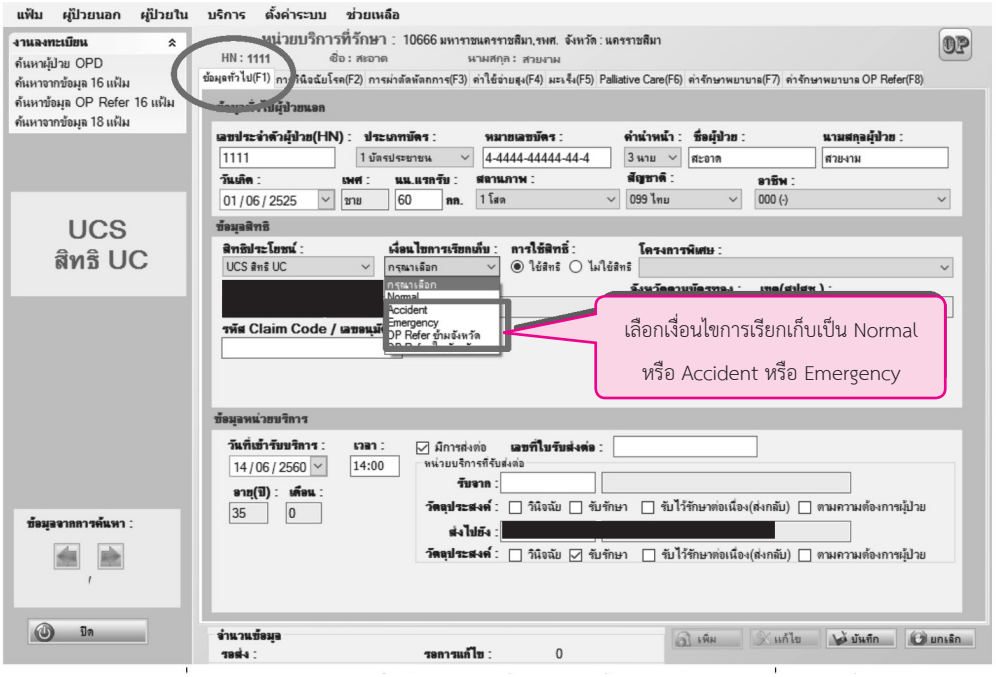


ภาพที่ 81 แสดงการบันทึกเบิกตามเงื่อนไขที่กำหนด กรณีค่าใช้จ่ายสูง

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 120 9/14/17 9:03 AM

3. กรณีรับบริการไม่ตรงกับหน่วยที่ลงทะเบียน

3.1 ข้อมูลทั่วไปหน้า F1 เลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บตามอาการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ



ภาพที่ 82 แสดงการบันทึกข้อมูลกรณีรับบริการไม่ตรงกับหน่วยที่ลงทะเบียน

3.2 บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน

ผู้ป่วยใน บันทึกข้อมูลเหมือนกรณีผู้ป่วยในทั่วไป

กลุ่มที่ 2 กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

1. โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track หรือ STEMI fast track) จัดให้มีการบริหารยาละลายลิ่มเลือด

2. การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

3. การบริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

4. การขอรับค่าใช้จ่ายกรณี ให้บริการดูแล รักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟัน และผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มีรายละเอียด ดังนี้

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 121 9/14/17 9:03 AM

1. โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track หรือ STEMI fast track) จัดให้มีการบริหารยาละลายลิ่มเลือด

1.1 กรณีการให้บริการรักษาเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track)

ขอบเขตบริการ

1. เป็นผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพการให้ยาละลายลิ่มเลือด

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไขการบริการ**

1. จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาเร่งด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA และได้รับการตรวจ CT Brain ก่อนและหลังการฉีดยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือมีการทำกายภาพบำบัดและ/หรือฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด

2. จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่ให้ยาได้

- **อัตราการจ่ายชดเชย**

ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา **เหมาจ่าย**รายละ 49,000 บาท

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

บันทึกข้อมูลกรณีผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยในตามข้อมูลให้บริการ ในหน้าเมนูบันทึกเพื่อเบิกชดเชยค่าบริการให้ครบถ้วน โดยมี**รายละเอียดเฉพาะ** ดังนี้

1. ระบุโรคหลัก (PDx.) หรือโรครอง (SDx.) ของภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน (cerebral infarction) เป็น I630-I639

2. ระบุรหัสหัตถการ (ICD9-CM) ได้แก่

2.1 CT Brain (8703) และ Thrombolytic Agent (9910) และ/หรือ

2.2 Diagnostic Physical Therapy : 9301-9309 (ยกเว้น 9303, 9306, 9307, 9308) กรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการทำกายภาพบำบัดและ/หรือฟื้นฟูสมรรถภาพ ระบุรหัส 9311-9319, 9322-9329, 9331-9339, 9381-9384, 9394-9399 (ยกเว้น 9315, 9326, 9337, 9382, 9383, 9395, 9396, 9397, และ 9398)

3. บันทึกรายการยาละลายลิ่มเลือดตาม Drug Catalogue ของหน่วยบริการ ในหน้าค่ารักษาพยาบาล (ผู้ป่วยใน หน้า F5, ผู้ป่วยนอก หน้า F7)

4. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วนทุกเมนู (ผู้ป่วยใน หน้า F1-F5, ผู้ป่วยนอก หน้า F1-F7)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 122 9/14/17 9:03 AM

1.2 กรณีการให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track)

ขอบเขตบริการ

1. เป็นผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพการให้ยาละลายลิ่มเลือด

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไขการบริการ**

1. จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST - Elevated Myocardial Infarction Fast Track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด

2. จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ที่ให้ยาได้

- **อัตราการจ่ายชดเชย**

1. ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยา เหมาจ่ายรายละ 10,000 บาท
2. ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา เหมาจ่ายรายละ 49,000 บาท

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

บันทึกข้อมูลกรณีผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยในตามข้อมูลให้บริการ ในหน้าเมนูบันทึกเพื่อเบิกชดเชยค่าบริการให้ครบถ้วน โดยมี**รายละเอียดเฉพาะ** ดังนี้

1. ระบุรหัสโรคหลัก (PDx.) หรือ โรครอง (SDx.) เป็น I210-I213, I220, I221, I228, I229
2. ระบุรหัสหัตถการ (ICD9-CM) เป็น Thrombolytic Agent (9910)
3. บันทึกรายการยาละลายลิ่มเลือดตาม Drug Catalogue ของหน่วยบริการ ในหน้าค่ารักษาพยาบาล (ผู้ป่วยใน หน้า F5, ผู้ป่วยนอก หน้า F7)
4. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วนทุกเมนู (ผู้ป่วยใน หน้า F1-F5, ผู้ป่วยนอก หน้า F1-F7)

ทั้งนี้ได้ยกเลิกการบันทึกข้อมูลในระบบ Disease Management Information System (DMIS)

2. การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

ขอบเขตบริการ

1. เป็นผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. มีผลการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็ง ทั้งนี้ต้องมีหลักฐานยืนยันผลการวินิจฉัยที่ชัดเจน และต้องมีรหัสการวินิจฉัยโรคมะเร็ง และหรืออยู่ในกลุ่มโรคมะเร็ง
3. มีการให้เคมีบำบัด/ฮอร์โมน/รังสีรักษา/รังสีวางแผน ซึ่งต้องมีรหัสการรักษาโรคมะเร็ง/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้องกับการให้เคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 123 9/14/17 9:03 AM

4. หน่วยบริการที่รักษาที่สามารถขอรับค่าใช้จ่าย ได้แก่ หน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตามที่ สปสช. กำหนด

5. กรณีที่หน่วยบริการเดียวกันให้การรักษาผู้ป่วย เป็นทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในวันเดียวกัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในกรณีผู้ป่วยในเท่านั้น

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไขการบริการ**

เป็นการรักษาโรคมะเร็ง แบ่งออกเป็น 2 กรณี ดังนี้

1. กรณีที่กำหนดโปรโตคอลในการรักษา หน่วยบริการต้องรักษาตามโปรโตคอลที่ สปสช. กำหนด มี 20 ชนิด ได้แก่

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

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 124 9/14/17 9:03 AM

2. กรณีโรคมะเร็งที่ไม่มีโปรโตคอลในการรักษา ได้แก่ โรคมะเร็งที่นอกเหนือจากข้อ 1

3. การรักษามะเร็งที่กำหนดโปรโตคอลในการรักษานี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีอายุยังไม่ถึง 15 ปี ให้สามารถรักษาแบบมะเร็งทั่วไปได้ ยกเว้น กรณีการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หรือโรคมะเร็งอื่นๆ ที่มีการกำหนดโปรโตคอลการรักษาในผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี

4. รายการยาที่ประกาศใช้ เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

5. ค่า BSA (Body Surface Area) คำนวณตามจริงในผู้ป่วยแต่ละราย ไม่เกิน 2 ตารางเมตร สำหรับยาเคมีบำบัดชนิดรับประทานและฉีดเข้าเส้นเลือด ยกเว้น ยาฮอร์โมน และยาเสริมภูมิคุ้มกันชนิดใส่ภายในกระเพาะปัสสาวะ คือยา BCG และ Mitomycin C

6. หน่วยบริการที่รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่กำหนดโปรโตคอลในการรักษา ต้องบันทึกตามแบบฟอร์มการแบ่งระยะตามชนิดมะเร็ง ตามแบบ FM-06-031 เก็บไว้ในแฟ้มเวชระเบียนเพื่อสำหรับตรวจสอบภายหลังด้วย

7. สูตรยาในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตามโปรโตคอล ที่มีรายการยาเคมีบำบัดอยู่ในกลุ่มยา จ(2) หน่วยบริการที่รักษา จะได้รับการจ่ายชดเชยเป็นยา ตามระบบ VMI ได้แก่ ยา Docetaxel, Dasatinib, Transtuzumab, Imatinib และ Letrozole เป็นต้น และหน่วยบริการจะได้รับค่าผสมยา 160 บาทต่อวัน เฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกเท่านั้น

- **อัตราการจ่ายชดเชย**

1. กรณีมะเร็งที่มีการประกาศกำหนดให้มีการรักษาตามโปรโตคอล 20 ชนิด

เป็นการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด และรังสีวางแผน/ รังสีรักษา จ่ายตามที่กำหนดในโปรโตคอล

1.1 กรณีรักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด

ผู้ป่วยนอก

(1) สปสช.จ่ายชดเชยค่ายาเคมีบำบัด/ ยาฮอร์โมน/ ค่ารังสีรักษา/ รังสีวางแผน เป็นรายครั้งตามค่าใช้จ่ายที่ขอเบิก แต่ไม่เกินอัตราราคาที่ประกาศกำหนด รวมทั้งหน่วยบริการจะได้รับค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน ในระบบ Point System with Ceiling with Global Budget

(2) สปสช.ไม่จ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย, ค่าตรวจ LAB และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ทั้งนี้หน่วยบริการประจำเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

(3) สปสช.ไม่จ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากเพดานการจ่ายชดเชยของ สปสช. ในหมวดค่ายาเคมีบำบัด/ยาฮอร์โมน/ รังสีวางแผน/ รังสีรักษา ทั้งนี้หน่วยบริการที่รักษาไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำหรือผู้ป่วยได้อีก

ผู้ป่วยใน

สปสช. จ่ายชดเชยในระบบ DRGs with Global Budget และจ่ายชดเชยเพิ่มเติม (Add on) สำหรับค่ายาเคมีบำบัด/ ยาฮอร์โมน จากระบบ DRGs โดยการคำนวณการจ่ายตามระบบ DRGs จะคำนวณ adjusted relative weight (Adj.RW) ตามวิธีปกติแล้วนำ Adj.RW คูณด้วย ccuf (cancer chemotherapy

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 125 9/14/17 9:03 AM

unbundling factor) จะได้เป็น Adj.RW จริงที่จะนำไปใช้ในการคำนวณการจ่ายชดเชย สำหรับค่าใช้จ่ายกรณีรังสีวางแผน/ รังสีรักษา หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำได้อีก เนื่องจากจ่ายชดเชยรวมในระบบ DRGs แล้ว

การจ่ายชดเชย กรณีผู้ป่วยใน แบ่งออกเป็น 2 กรณีคือ

1. กรณีในเขต หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วย ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget

หมายเหตุ - สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(สปสธ.) จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ตามหน่วยบริการแต่ละกลุ่ม

- สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2. กรณีนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ด้วยอัตรา 9,600 บาท ต่อ Adj.RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

1.2 กรณีไม่รักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด (รักษาโปรโตคอลอื่น)

ผู้ป่วยนอก

1. สปสช. จ่ายชดเชยค่ายาเคมีบำบัด/ยาฮอร์โมน เป็นรายครั้ง รวมทั้งหน่วยบริการจะได้รับค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน ตามค่าใช้จ่ายที่ขอเบิกแต่เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้วไม่เกินที่เรียกเก็บ และไม่เกิน 2,300 บาท สำหรับค่ารังสีรักษา/รังสีวางแผน สามารถเบิกเพิ่มเติมได้ตามจริงไม่เกินเพดานที่ประกาศกำหนด ทั้งนี้จ่ายในระบบ Point System with Ceiling with Global Budget

2. สปสช.ไม่จ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย, ค่าตรวจ LAB และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ทั้งนี้หน่วยบริการประจำต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

3. สปสช.ไม่จ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากเพดานการจ่ายชดเชยของ สปสช.ในหมวดค่ายาเคมีบำบัด ยาฮอร์โมน/รังสีวางแผน/รังสีรักษา ทั้งนี้หน่วยบริการที่รักษาไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำหรือผู้ป่วยได้อีก

ผู้ป่วยใน

สปสช. จ่ายชดเชยในระบบ DRGs with Global Budget สำหรับค่าใช้จ่ายกรณีรังสีรักษา/รังสีวางแผน หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำได้อีก เนื่องจากจ่ายชดเชยรวมในระบบ DRGs แล้ว การจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยใน แบ่งออกเป็น 2 กรณีคือ

1. กรณีในเขต หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 126 9/14/17 9:03 AM

หมายเหตุ - สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สปสธ.) จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ตามหน่วยบริการแต่ละกลุ่ม

- สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2. กรณีนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ Adj.RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

2. กรณีมะเร็งทั่วไป หมายถึงกรณีรักษาโรคมะเร็งอื่นๆ ที่ยังไม่มีการประกาศโปรโตคอลการรักษา

เป็นการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและได้รับการบำบัดรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด และรังสีวางแผน/รังสีรักษา

ผู้ป่วยนอก

1. สปสช.จ่ายชดเชยค่ายาเคมีบำบัด/ ยาฮอร์โมน/ รังสีวางแผน/ ค่ารังสีรักษา เป็นรายครั้ง ตามค่าใช้จ่ายที่ขอเบิก รวมทั้งหน่วยบริการจะได้รับค่าผสมยาเคมีบำบัด 160 บาทต่อวัน เมื่อรวมค่าใช้จ่ายดังกล่าวทุกรายการแล้ว ไม่เกินเพดานที่กำหนด จ่ายตามที่เรียกเก็บ ไม่เกิน 4,000 บาท ในระบบ Point System with Ceiling with Global Budget

2. สปสช.ไม่จ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย, ค่าตรวจ LAB, และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ทั้งนี้หน่วยบริการประจำต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายนั้น

3. สปสช.ไม่จ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากเพดานการจ่ายชดเชยของ สปสช. ในหมวดค่ายาเคมีบำบัด/ยาฮอร์โมน/รังสีวางแผน/รังสีรักษา ทั้งนี้หน่วยบริการที่รักษาไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำหรือผู้ป่วยได้อีก

ผู้ป่วยใน

สปสช. จ่ายชดเชยในระบบ DRGs with Global Budget สำหรับค่าใช้จ่ายกรณีรังสีวางแผน/ รังสีรักษา หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำได้อีก เนื่องจากจ่ายชดเชยรวมในระบบ DRGs แล้ว การจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยใน แบ่งออกเป็น 2 กรณีคือ

1. กรณีในเขต หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วย ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget

หมายเหตุ - สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(สปสธ.) จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ตามหน่วยบริการแต่ละกลุ่ม

- สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2. กรณีนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ Adj.RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 127 9/14/17 9:03 AM

กรณีผู้ป่วยรักษาเป็นผู้ป่วยในและมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาเคมีบำบัด รังสีวางแผน หรือ รังสีรักษา ยังหน่วยบริการแห่งอื่น ซึ่งรักษาเป็นผู้ป่วยนอก เงื่อนไขการเบิกชดเชยค่าบริการ มีดังนี้

1. หน่วยบริการที่ให้ยาเคมีบำบัด รังสีวางแผน หรือ รังสีรักษา ประเภทผู้ป่วยนอก บันทึกเบิกในระบบโปรแกรม e-Claim ตามประเภทการรักษาโรคมะเร็งนั้น ซึ่ง สปสช.จ่ายชดเชยจากกองทุน Central Reimbursement

2. หน่วยบริการที่ผู้ป่วย Admit บันทึกข้อมูลเบิกกรณีผู้ป่วยในตามปกติ โดยไม่ต้องบันทึกรหัส Z 511 และหรือรหัสหัตถการหรือยาที่เกี่ยวข้องกับให้ยาเคมีบำบัด รังสีวางแผน หรือ รังสีรักษา ถ้าตรวจสอบภายหลังพบว่า มีการบันทึกข้อมูลดังกล่าว สปสช.จะทำการเรียกเงินคืน

3. การส่งต่อตัวผู้ป่วยไปรับยาเคมีบำบัดหรือรังสีวางแผน รังสีรักษา แล้วกลับมา Admit ที่หน่วยบริการเดิมไม่สามารถเบิกค่ารถรับส่งต่อได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขในการเบิกค่าพาหนะรับส่งต่อตามคู่มือนี้

เงื่อนไขการตรวจสอบและการประมวลผลเพื่อการจ่ายชดเชย

สปสช.จะทำการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายจากรหัสโรค รหัสหัตถการ และรหัสยามะเร็งที่หน่วยบริการบันทึกมาในระบบโปรแกรม e-Claim ดังนี้

1. ตรวจรหัสโรคหลัก (Pdx) หรือรหัสโรครอง (Sdx.) โดยหากพบว่ารหัสโรคหลักไม่ใช่รหัสโรคมะเร็ง จะตรวจสอบจากรหัสโรครอง (Sdx.) เฉพาะกรณีที่มีการรักษามะเร็ง

2. ตรวจสอบยาเคมีบำบัดจากรหัสยา TMT ใน Drug Catalog ที่หน่วยบริการส่งมา เทียบกับฐานข้อมูลยามะเร็งของ สปสช.

3. กรณีการบันทึกเบิกรังสีรักษาในผู้ป่วยนอก ตรวจสอบจากการบันทึกรหัสเบิกรังสีรักษาตามที่กำหนด ส่วนกรณีผู้ป่วยในจะไม่มีรหัสเบิกรังสีรักษา เนื่องจากค่าใช้จ่ายรวมอยู่ใน DRG

3.1 มีรหัสเบิก RTX201-RTX215 สำหรับการรักษามะเร็งตามโปรโตคอล โดยตรวจสอบจากรหัสโรค (ICD10)

3.2 มีรหัสเบิก RTX216 สำหรับการรักษามะเร็งทั่วไปรหัสเดียวเท่านั้น โดยตรวจสอบจากรหัสโรค (ICD10)

3.3 หากบันทึกรหัสเบิกรังสีรักษาไม่สัมพันธ์กับกลุ่มโรคมะเร็งตามโปรโตคอล หรือมะเร็งทั่วไป ข้อมูลจะไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C)

3.4 กรณีที่ตรวจสอบพบว่ารหัส ICD10 ที่ รพ.บันทึกมา มีทั้งรหัสที่อยู่ในกลุ่มที่เป็นมะเร็งโปรโตคอลและมะเร็งทั่วไป สปสช.จะจ่ายชดเชยเป็นกรณีมะเร็งโปรโตคอล

4. กรณีหน่วยบริการที่รับผู้ป่วยมาให้ยาเคมีบำบัดโดยเบิกยาเคมีบำบัดมาจากหน่วยบริการอื่น หรือ กรณีที่หน่วยบริการไม่ต้องการเบิกยาเคมีบำบัด มีรายละเอียดดังนี้

4.1 หน่วยบริการไม่ต้องบันทึกยาเคมีบำบัด แต่ต้องบันทึกรหัสโรค (Z511) ของการให้ยาเคมีบำบัด

4.2 บันทึกรหัสโครงการพิเศษ Z51158 หากไม่มีรหัสโครงการพิเศษข้อมูลจะติด C

4.3 การจ่ายชดเชย

- กรณีผู้ป่วยนอก จะได้รับการจ่ายค่าผสมยา 160 บาท ต่อวัน
- กรณีผู้ป่วยใน จะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs (ไม่จ่ายค่าผสมยา)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 128 9/14/17 9:03 AM

เงื่อนไขในการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็ง

ตารางที่ 4 แสดงประเภทบริการและการจ่ายชดเชยโรคมะเร็ง

ประเภทบริการ	ชนิดมะเร็ง	ICD10 (Pdx. หรือ Sdx)	ยามะเร็ง	การจ่ายชดเชย
OP	20 โปรโตคอล	มะเร็งโปรโตคอล	ตรงตามโปรโตคอล**ทุกรายการ**	จ่ายค่ายาไม่เกินราคาที่ประกาศและจ่ายค่าผสมยา 160 บาท/วัน และจ่ายค่ารังสีรักษาไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
		มะเร็งโปรโตคอล	ไม่ตรงโปรโตคอลหรือมียานอกบัญชียาหลัก	จ่ายค่ายาทุกรายการตามเรียกเก็บและจ่ายค่าผสมยา 160 บาท/วัน รวมแล้วไม่เกินเพดานราคา 2,300 บาท และจ่ายค่ารังสีรักษาไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
	มะเร็งทั่วไป	ไม่ใช่มะเร็งโปรโตคอล	ยามะเร็ง	จ่ายค่ายาและค่ารังสีรักษา รวมแล้วไม่เกินเพดาน 4,000 บาท
IP	20 โปรโตคอล	มะเร็งโปรโตคอล	ตรงตามโปรโตคอล**ทุกรายการ**	จ่าย Deducted DRG (CCUF) และจ่ายเพิ่มเติม(Add on) ค่ายามะเร็งตามราคาเรียกเก็บไม่เกินเพดานราคาที่ประกาศ ทั้งนี้ค่ารังสีรักษารวมอยู่ใน DRG
		มะเร็งโปรโตคอล	ไม่ตรงโปรโตคอลหรือมียานอกบัญชียาหลัก	จ่าย DRG ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (add on)
	มะเร็งทั่วไป	ไม่ใช่มะเร็งโปรโตคอล	ยามะเร็ง	จ่าย DRG ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (add on)

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

1. ผู้ป่วยนอก

1.1 ข้อมูลทั่วไป F1

- ให้บริการในจังหวัด ไม่ต้องเลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บ โปรแกรม Default ที่ “กรุณาเลือก”
- ให้บริการข้ามจังหวัด เลือกเงื่อนไขเป็น OP Refer หรือ Emergency (ถ้าเข้าด้วยอาการฉุกเฉิน)

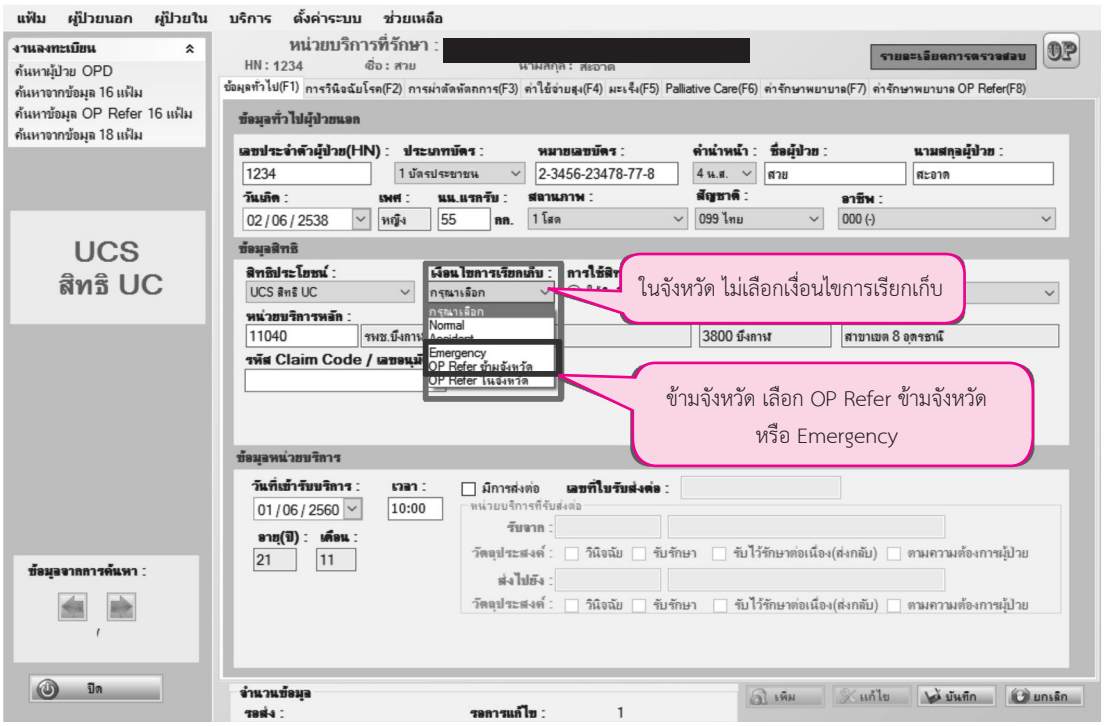
1.2 บันทึกรหัสโรคมะเร็ง หน้า F2 การวินิจฉัยโรค

1.3 กรณีให้ยาเคมีบำบัดชนิดฉีด หรือ รังสีรักษา บันทึกรหัสหัตถการ หน้า F3 การผ่าตัดหัตถการ

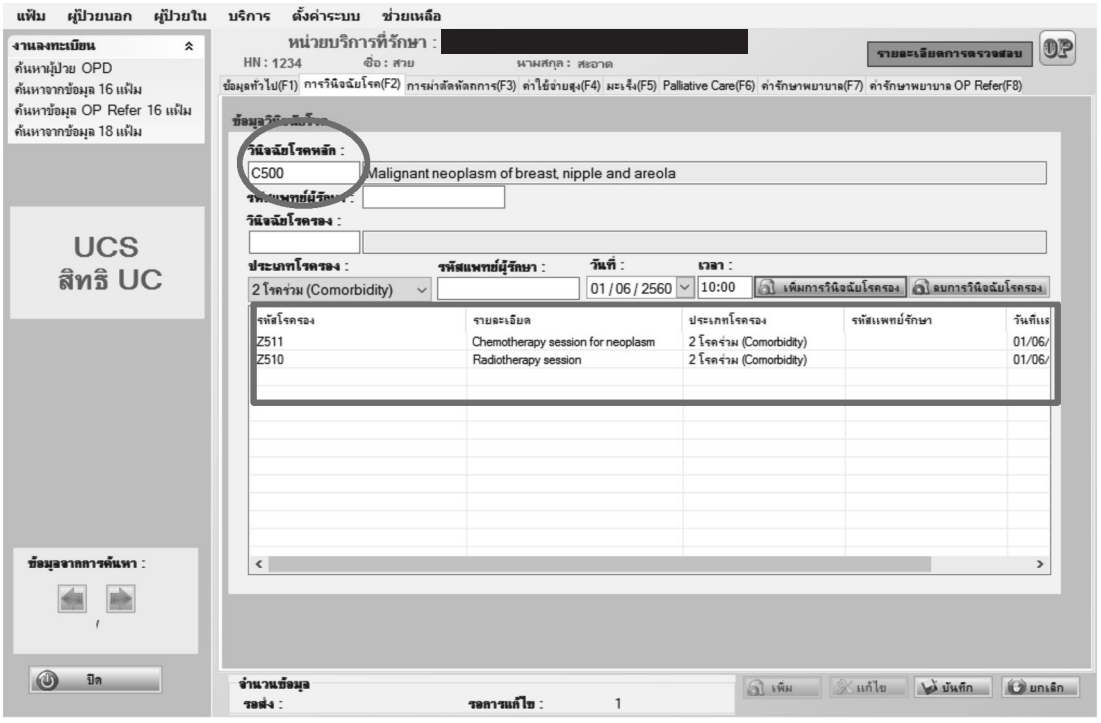
1.4 กรณีรังสีรักษา หรือรังสีวางแผนบันทึกตามรหัสเบิกที่กำหนดในหน้า F5 มะเร็ง

1.5 บันทึกรายการยาเคมีบำบัดในหน้าค่ารักษาพยาบาล F7 หรือ F8 ตามรายการยาใน Drug Catalog ของหน่วยบริการ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 129 9/14/17 9:03 AM

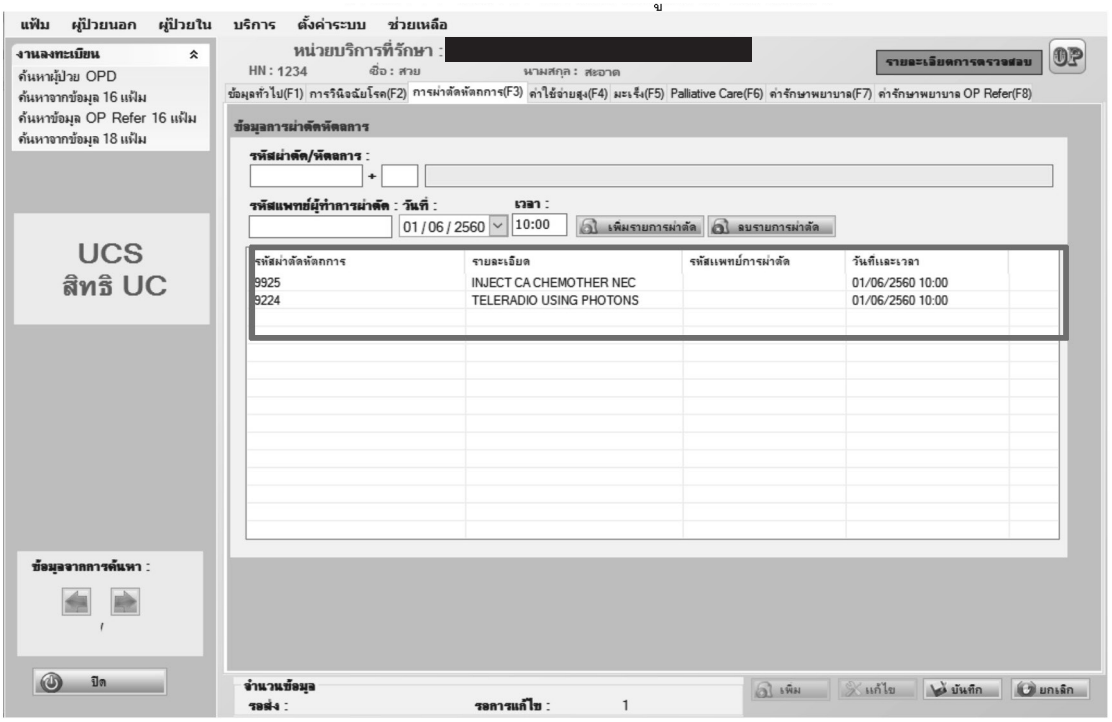


ภาพที่ 83 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง

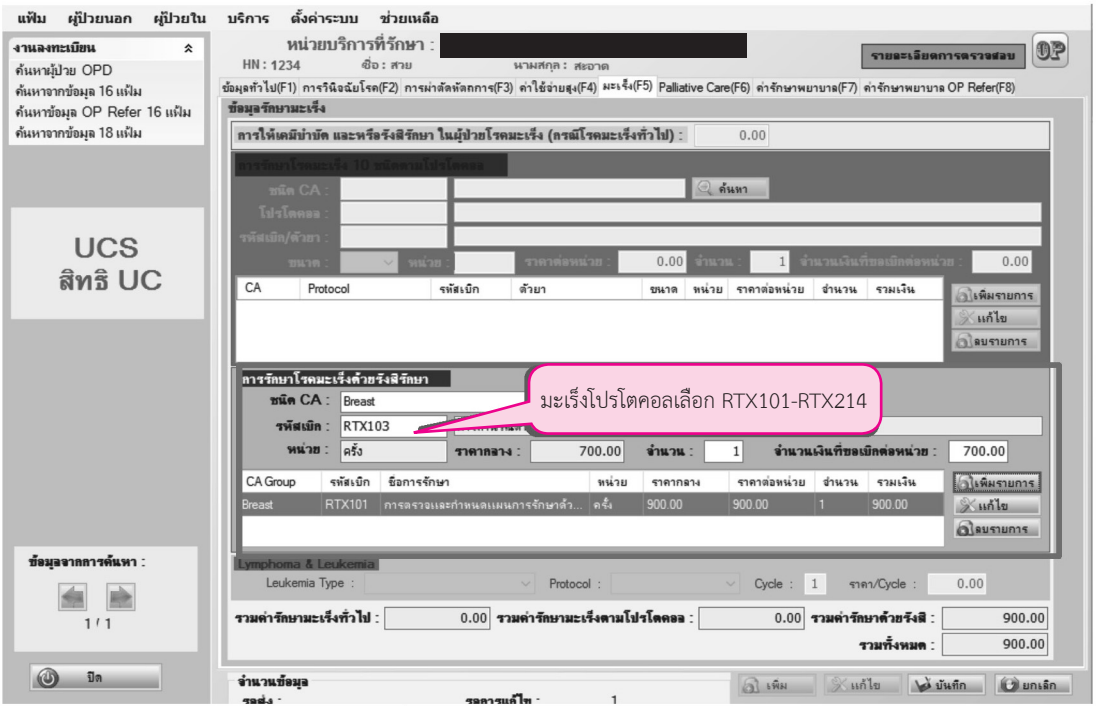


ภาพที่ 84 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง

M100.indd 130 9/14/17 9:03 AM

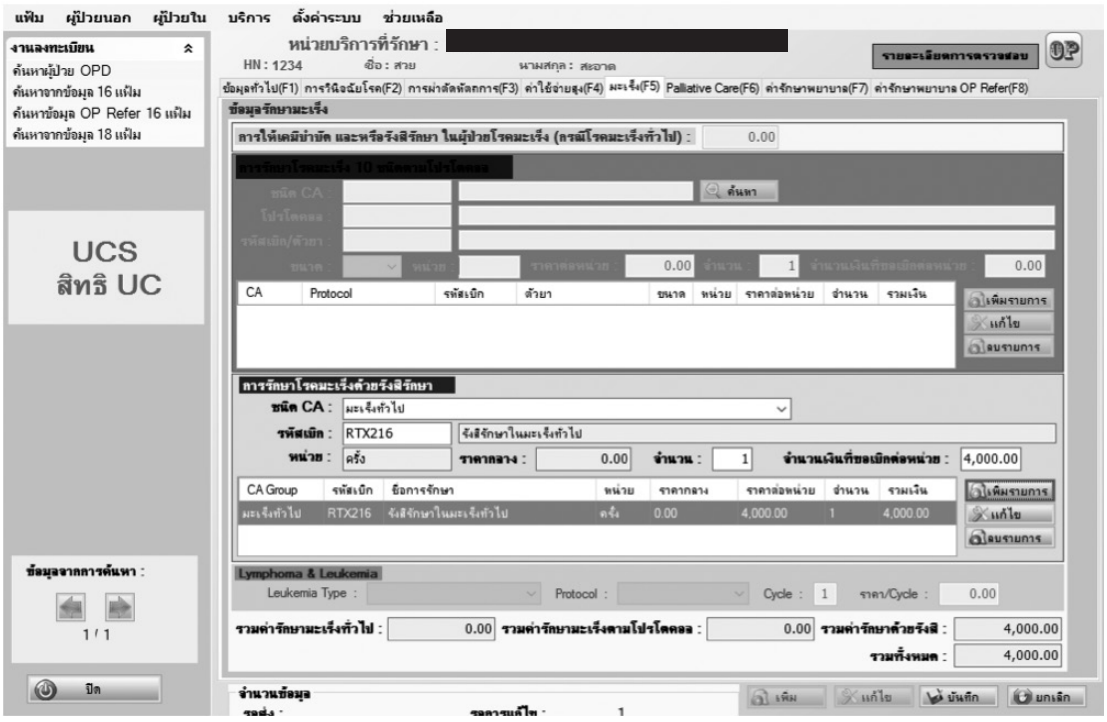


ภาพที่ 85 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง

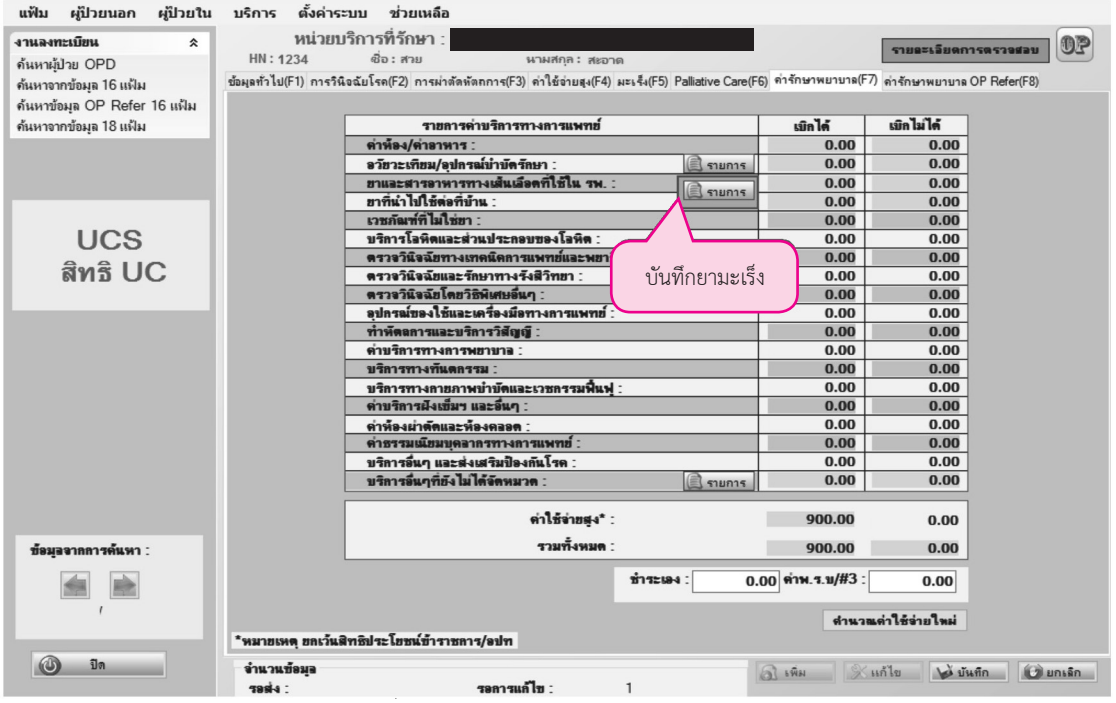


ภาพที่ 86 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง

M100.indd 131 9/14/17 9:03 AM

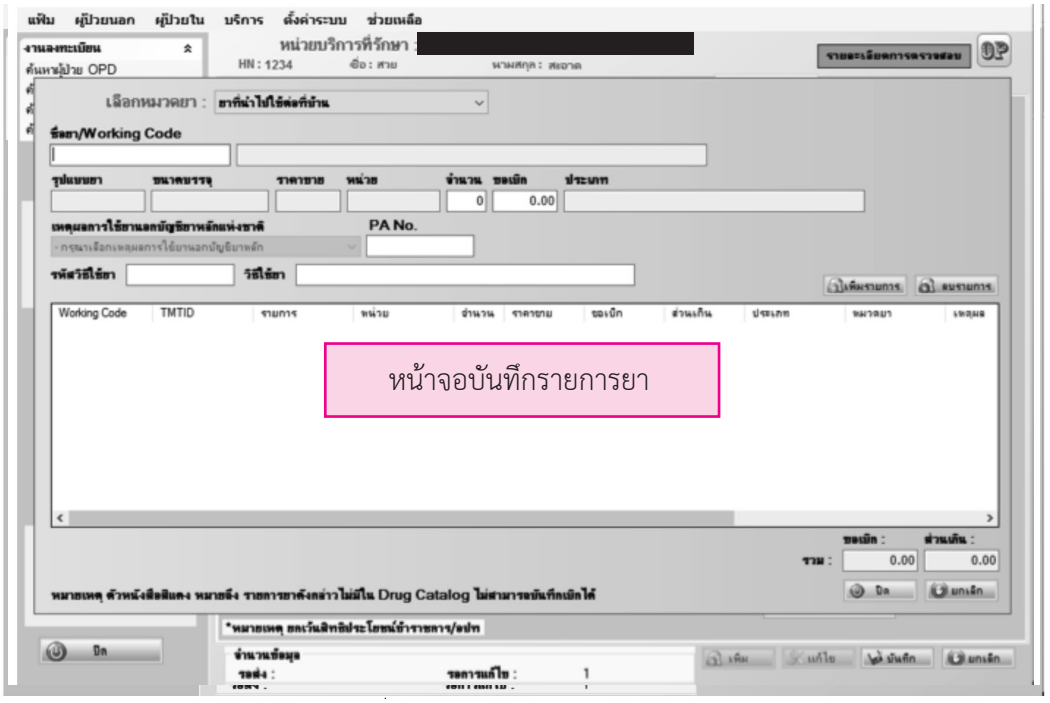


ภาพที่ 87 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง

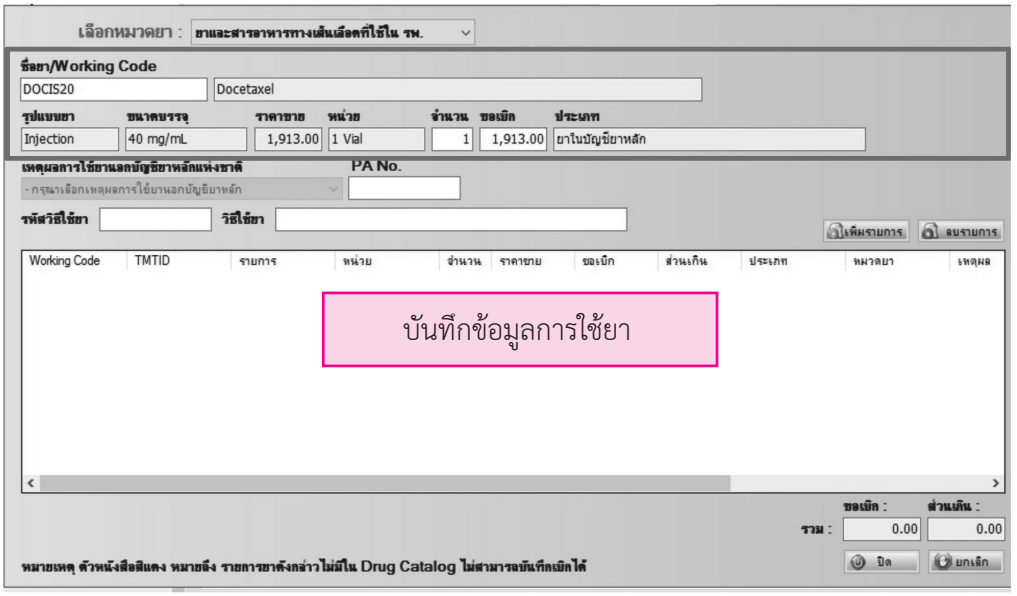


ภาพที่ 88 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 132 9/14/17 9:03 AM

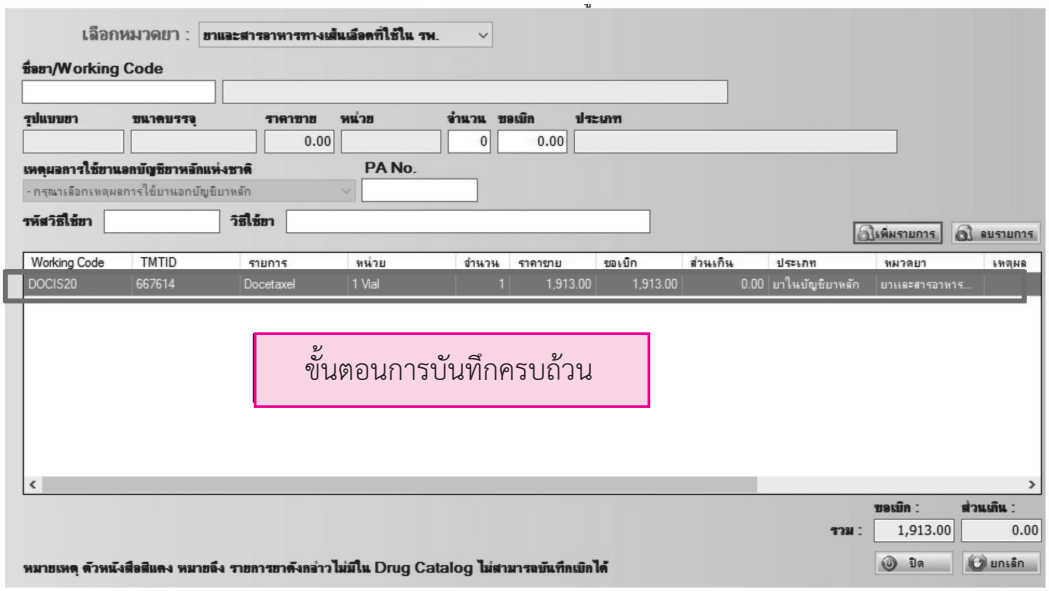


ภาพที่ 89 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง

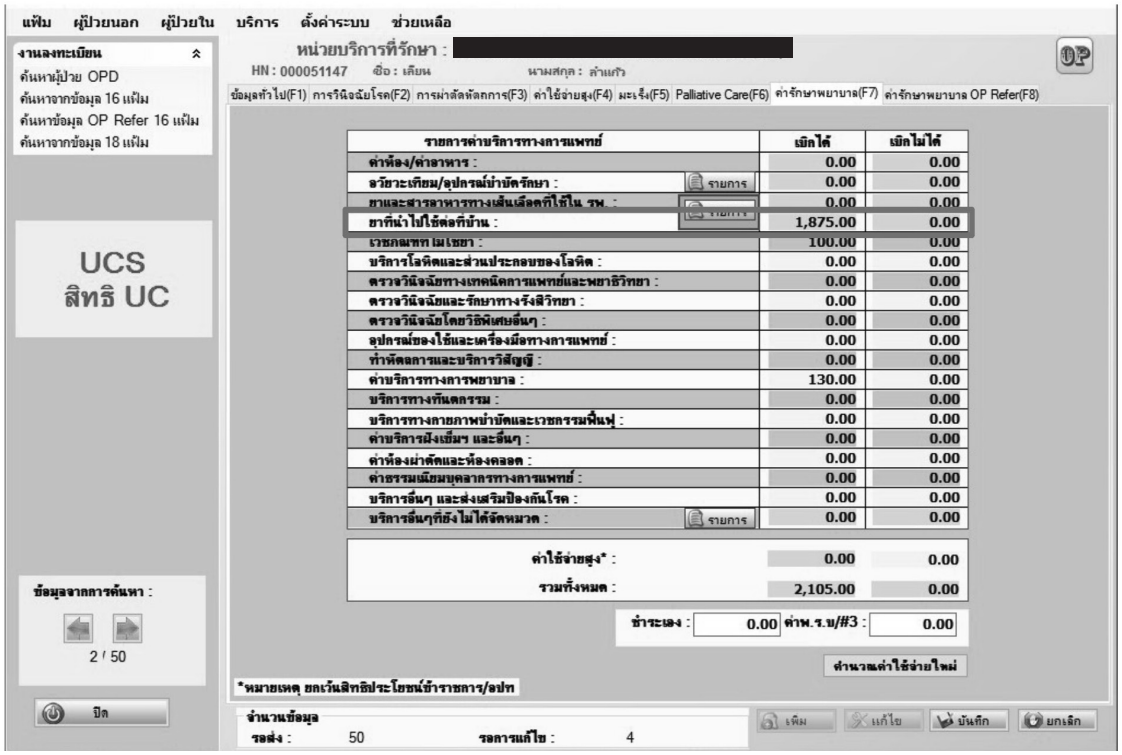


ภาพที่ 90 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 133 9/14/17 9:03 AM



ภาพที่ 91 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง



ภาพที่ 92 แสดงการบันทึกข้อมูลรักษาโรคมะเร็ง

2. ผู้ป่วยใน บันทึกข้อมูลรหัสโรค รหัสหัตถการ และยาเคมีบำบัดเหมือนกรณีผู้ป่วยนอก (ไม่มีรหัสรังสีรักษาให้บันทึกเบิกค่าใช้จ่ายรวมใน DRG ปกติ)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 134 9/14/17 9:03 AM

3. การบริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

- **กลุ่มเป้าหมาย**

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

- **เป้าหมาย**การบริการผ่าตัดต้อกระจก ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 120,000 ดวงตา โดย สปสช. จัดสรรเป้าหมายการผ่าตัดในระดับเขต และ สปสช.เขต ร่วมกับกลไกคณะทำงานระดับเขต พิจารณาจัดสรรเป้าหมายการผ่าตัดที่ได้รับให้แก่หน่วยบริการในพื้นที่

- **หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการ**

1) จ่ายค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดต้อกระจกและค่าเลนส์แก้วตาเทียม ให้กับหน่วยบริการเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกสูงอายุ (Senile cataract) กรณีผู้ป่วยโรคต้อกระจกอื่นๆ หรือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมด้วยสาเหตุอื่น ให้สามารถรับชดเชยค่าบริการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในระบบ DRGs ปกติ สำหรับกรณีเหล่านั้น

2) ค่าชดเชยการบริการครอบคลุมถึงค่าผ่าตัดต้อกระจก, ค่าตรวจประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย, ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่ายาและ, ค่าตรวจชันสูตรที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต้อกระจกโดยตรง, ค่าตอบแทนภาระงาน, ค่า รักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการผ่าตัดต้อกระจก และค่าใช้จ่ายในการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการ ผ่าตัดในช่วงระยะเวลาการติดตามผลการรักษา (1, 7, 30 วัน ในกรณีปกติ และ 90 วัน ในกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน)

- **อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการผ่าตัด**

1) การผ่าตัดต้อกระจกในรายกรณีปกติ ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตามรหัส DRGs และ ICD 9CM, ICD 10 ที่สปสช.กำหนด ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/200 จ่ายชดเชยค่าบริการ ในอัตราข้างละ 7,000 บาท

2) การผ่าตัดต้อกระจกกรณีมีภาวะแทรกซ้อนจากกการผ่าตัด (Complication) ตามรหัส DRGs และ ICD 9CM, ICD 10 ที่สปสช.กำหนด จ่ายชดเชยค่าบริการ ในอัตราข้างละ 9,000 บาท

3) การผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยที่มีระดับสายตา (VA) 20/200 ถึง 20/100 ที่มีความจำเป็นต้องรับการผ่าตัด จ่ายชดเชยค่าบริการ ในอัตราข้างละ 5,000 บาท

ทั้งนี้ ในกลุ่มที่มีระดับสายตา (VA) ดีกว่า 20/100 ให้พิจารณาผ่าตัดตามความจำเป็นที่เกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพของสายตาผู้ป่วย

- **อัตราการจ่ายชดเชยค่าเลนส์แก้วตาเทียม**

ให้หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดจัดซื้อเลนส์แก้วตาเทียมสำหรับใช้กับผู้ป่วย โดย สปสช.จะชดเชยค่าเลนส์ให้กับหน่วยบริการ เฉพาะเลนส์ตามบัญชีที่คณะทำงานพิจารณาและคัดเลือกเลนส์แก้วตาเทียมเห็นชอบ และ สปสช.ประกาศเท่านั้น โดยกำหนดอัตราการจ่ายชดเชยค่าเลนส์ ดังนี้

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 135 9/14/17 9:03 AM

1) กรณีเลนส์แข็งพับไม่ได้ จ่ายชดเชยในอัตรา 700 บาทต่อเลนส์

2) กรณีเลนส์พับได้ จ่ายชดเชยในอัตรา 2,800 บาทต่อเลนส์

ทั้งนี้ จะจ่ายชดเชยเมื่อหน่วยบริการได้ผ่าตัดต้อกระจกเสร็จสิ้น และเก็บหลักฐานข้อมูล Serial number ของเลนส์ไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วยสำหรับการตรวจสอบข้อมูลกับเลนส์ที่สปสช.กำหนด

แนวทางการบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ

กำหนดให้หน่วยบริการผ่าตัดต้อกระจก เป็นผู้บันทึกข้อมูลบริการในระบบ e-Claim และได้รับชดเชยค่าบริการผ่าตัดต้อกระจก และเลนส์แก้วตาเทียม ดังนี้

1) ข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลบริการ และข้อมูลการส่งต่อเข้ารับบริการตามหลักเกณฑ์ การจ่ายชดเชยค่าบริการ

2) ข้อมูลการจำแนกระดับสายตาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยระบุข้อมูลการจำแนกระดับสายตาของผู้ป่วย ตามหลัก ICD 10 กลุ่มรหัส H54 เพื่อประเมินคุณภาพการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยต้อกระจกในภาพรวมของประเทศ

3) ข้อมูลเลนส์แก้วตาเทียม และรหัส Serial Number lens ให้ครบถ้วน โดยเป็นเลนส์แก้วตาเทียมตามรายการที่คณะทำงานกำหนดคุณสมบัติและพิจารณาคัดเลือกเลนส์แก้วตาเทียมสำหรับการจัดบริการผ่าตัดต้อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเห็นชอบ (ตามประกาศแนวทางการให้บริการผ่าตัดต้อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่กำหนด)

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

บันทึกข้อมูลบริการในหน้าผู้ป่วยในเท่านั้น

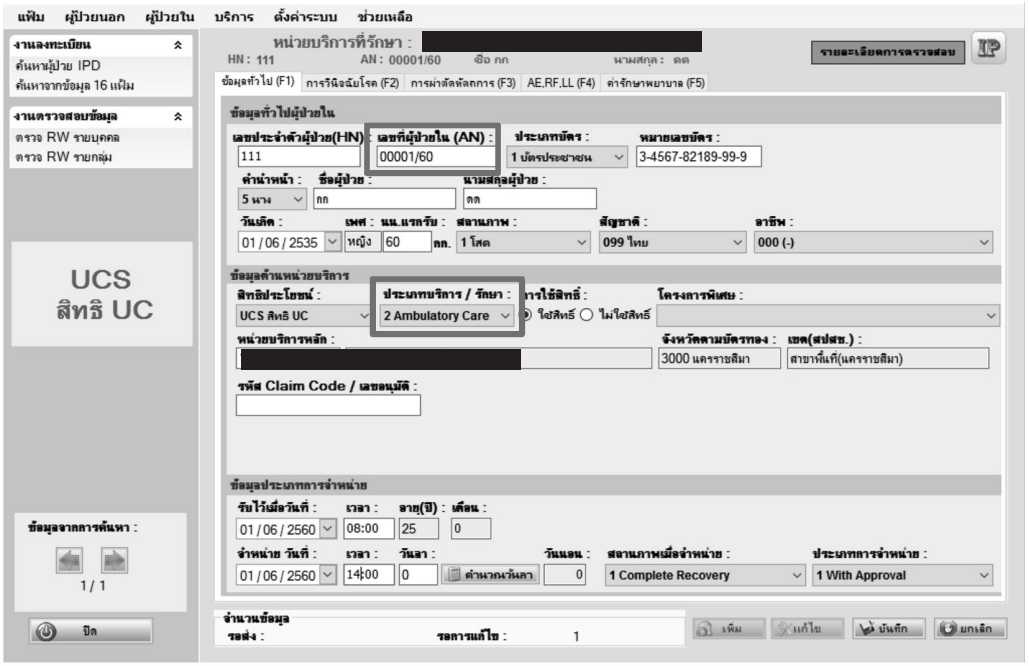
1. กรณีบริการเป็นผู้ป่วยนอก

1.1 บันทึกในหน้าผู้ป่วยใน เลือกประเภทบริการ/รักษา เป็น Ambulatory Care

1.2 ในช่อง AN ให้บันทึกเป็น Running Number ของหน่วยบริการ

1.3 บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 136 9/14/17 9:03 AM



ภาพที่ 93 แสดงการบันทึกข้อมูลบริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

2. **ผู้ป่วยใน** บันทึกข้อมูลเหมือนผู้ป่วยในทั่วไป

4. การขอรับค่าใช้จ่ายกรณี ให้บริการดูแล รักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟัน และผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขอบเขตบริการ

เป็นการจัดบริการแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ซึ่งประกอบด้วย การรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่แล้ว การพัฒนาการดูแลโดยการแก้ไขการพูดและบริการทันตกรรมจัดฟัน โดยทีมงานสหวิชาชีพเป็นผู้ให้การดูแล ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และเป็นไปตามมาตรฐานการบริการ ตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วย การดูแลรักษาในหน่วยบริการและการฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไขและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย**

1. เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิว่าง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะปากแหว่ง หรือ ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ หรือ ภาวะเพดานโหว่

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 137 9/14/17 9:03 AM

3. เป็นการจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการที่แจ้งความประสงค์ให้บริการดูแล รักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟัน และผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate)ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแบบฟอร์มหนังสือแสดงความประสงค์ให้บริการฯ(เอกสารตามภาคผนวก 5.1)

4. หน่วยบริการดังกล่าว ต้องรับลงทะเบียนและให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิว่าง ที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ลงทะเบียนในโปรแกรม DMIS (ยสส.1)*

5. การรักษาทั่วไปและการรักษาภาวะแทรกซ้อนให้ขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบปกติตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561

- **อัตราการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการสาธารณสุข**

การขอรับการจ่ายชดเชยแยกเป็น 2 กรณีดังนี้

1. สปสช. จ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการ ตามระยะของการดูแลรักษาโดยแบ่งเป็น 4 ลักษณะ คือ

1.1 การผ่าตัดผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่

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

1.3 การฟื้นฟูด้านทันตกรรมจัดฟัน

1.4 การแก้ไขการพูดและการได้ยิน

หน่วยบริการที่ให้บริการฯ จะได้รับการชดเชย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 5 แสดงอัตราจ่ายชดเชยการให้บริการโรคภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

รายการ	ข้อบ่งชี้/รายละเอียดกิจกรรม	อัตราจ่าย	รายละเอียดการจ่ายเงิน
1. การผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่	- บันทึกข้อมูลส่งไปยัง สปสช. ภายใน 30 วัน หลังจากให้บริการ	ค่าใช้จ่ายกรณีผ่าตัดที่มีการรักษาเป็นผู้ป่วยในจ่ายชดเชยตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) ที่ได้จากการคำนวณ โดยอัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 138 9/14/17 9:03 AM

รายการ	ข้อบ่งชี้/รายละเอียดกิจกรรม	อัตราจ่าย	รายละเอียดการจ่ายเงิน
2. การใส่อุปกรณ์เพดานเทียมและอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟัน	- บันทึกข้อมูลส่งไปยัง สปสช. ภายใน 30 วัน หลังจากให้บริการ	จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริงที่หน่วยบริการเรียกเก็บแต่ไม่เกินเพดาน ราคาชดเชยที่ สปสช. ประกาศ และนำมาคำนวณอัตราจ่ายตามระบบ pointsystem with global budget โดยส่วนต่างจากเงินเรียกเก็บและเงินจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บจากผู้ป่วยได้	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claimโ ดยบันทึกรหัสอุปกรณ์
2.1 เพดานเทียม (Obturator) (2704)	- ใช้ในผู้ที่มีภาวะเพดานโหว่ (Cleft palate) เพื่อช่วยในการดูดนม	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 800บาท/ชิ้น)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim
2.2 Obturator + Screw (2704A)	- สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก, ยื่นออกโดยใช้สกรู - เพื่อช่วยในการดูดนม	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 1,500 บาท/ชุด)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim
2.3 Obturator +Naso-alveolar Molding (NAM)(2704B)	- สำหรับจัดโครงสร้างจมูกและสันเหงือก - ใช้หลังเย็บริมฝีปากเพื่อช่วยดูดนมและ คงสภาพโครงสร้างจมูก	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 1,800บาท/ชุด)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim
2.4 Obturator + Screw + NAM (2704C)	- สำหรับจัดสันเหงือกที่แหว่งและถ่างออก, ยื่นออก โดยใช้สกรู และสำหรับจัดโครงสร้างจมูก	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 2,500 บาท/ชุด)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim
2.5 Nasal Molding (NAM) เพิ่มเติม(2704D)	- จัดโครงสร้างจมูก - คงสภาพโครงสร้างจมูก	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 700 บาท/ชิ้น)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim
2.6 Maxillary distractor	- ใช้ในผู้ป่วยที่ผ่านการลงทะเบียน Cleft Lip/ Palate	จ่ายอัตราราคากลาง 200,000 บาท/ชุด	จ่ายตามผลงานการให้บริการโดยต้องมีการส่งหนังสือขออนุมัติก่อนการให้บริการและหลังให้บริการ หน่วยบริการส่งหนังสือพร้อมหลักฐานเพื่อขอรับการชดเชย
3. ทันตกรรมจัดฟัน	- ทำประวัติ ตรวจทางรังสีเพื่อรักษาทางทันตกรรม - แก้ไขการสบฟันผิดปกติระยะแรกเพื่อป้องกันและเตรียมการในการจัดฟัน - ดูแลรักษาสุขภาพช่องปากทุก 6เดือน - รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไขการสบฟันผิดปกติ - ใส่ฟันเทียมหรือรักษาทางทันตกรรม อื่นๆ ที่จำเป็น	จ่าย 48,000 บาทต่อราย (ตลอดชีวิต)	จ่ายตามผลงานการให้บริการใน โปรแกรม DMIS ยสส.4

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 139 9/14/17 9:03 AM

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

2. สภากาชาดไทย จ่ายชดเชยค่าเดินทางแก่ผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

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

2) ค่าเดินทางสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทันตกรรมจัดฟัน หรือ แก้ไขการพูด ครั้งละ 500 บาท (จ่ายตามจำนวนครั้งที่แพทย์นัด แต่ไม่เกินเดือนละ 2 ครั้ง) โดยมีเอกสารแนบ ยสส.4 หรือ ยสส.5 ประกอบการเบิกจ่ายจากสภากาชาดไทย

หมายเหตุ : สภากาชาดไทย จ่ายค่าเดินทางให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติภายหลังการเข้ารับบริการ โดยหน่วยบริการบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มในโปรแกรม DMIS และจัดพิมพ์ให้แพทย์ผู้รักษาเซ็นต์รับรองในแบบฟอร์มดังกล่าว แล้วมอบให้ผู้ป่วยหรือญาตินำไปขอรับค่าใช้จ่ายจากสภากาชาดไทย หรือ สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 140 9/14/17 9:03 AM

- **การลงทะเบียนผู้ป่วย** สามารถดำเนินการได้ดังนี้

อสม.หรือ ผู้นำหมู่บ้าน หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ หน่วยบริการประจำ หรือ สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัด หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน หรือพบเด็กแรกคลอดที่มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ และดำเนินการแจ้งให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งลงทะเบียนให้แก่ผู้ป่วย ในโปรแกรม DMIS (ยสส.1) ระบบ online ผ่านทาง www.nhso.go.th ซึ่งสามารถขอ Username/Password มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้สำหรับการลงทะเบียนให้แก่ผู้มีสิทธิ และบันทึกข้อมูลในโปรแกรม DMIS โดยส่งคำขอตามแบบฟอร์มที่กำหนด (เอกสารตามภาคผนวก 5.2) มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต เพื่อรวบรวมส่ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป

- **การให้บริการของหน่วยบริการ** (บทบาทของ Case Manager)

1. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หน่วยบริการประจำ) / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ทำหน้าที่ลงทะเบียนให้แก่ผู้ป่วย ดำเนินการดังนี้

1.1 ขอ Username/Password มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้สำหรับการลงทะเบียนให้แก่ผู้มีสิทธิ และบันทึกข้อมูลในโปรแกรม DMIS โดยส่งคำขอตามแบบฟอร์มที่กำหนด (เอกสารตามภาคผนวก 5.2) มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต

1.2 ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการในโครงการ ที่ต้องการส่งผู้ป่วยไปเข้ารับบริการ (ซึ่งจะปรากฏในโปรแกรม DMIS ด้วย) ทั้งนี้ ในการส่งต่อดังกล่าวหน่วยบริการประจำไม่ต้องเขียนใบส่งตัว ยกเว้นหน่วยบริการต้องการส่งตัวเพื่อรักษาโรคอื่นๆร่วมด้วย

- **หน่วยบริการในโครงการ** ดำเนินการดังนี้

1. ตรวจสอบข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยที่เลือกหน่วยบริการของตนเพื่อเข้ารับการรักษา ในโปรแกรม DMIS ซึ่งเป็นระบบ on line ผ่านทาง www.nhso.go.th

2. ประสานงานแพทย์ / ทันตแพทย์ / นักแก้ไขการพูด เพื่อการนัดหมายผู้ป่วยเข้ารับการตรวจ / นัดหมายวันผ่าตัด / แก้ไขการสบฟัน / แก้ไขการพูด

3. ประสานงานแจ้งหน่วยบริการประจำ / ผู้ป่วย เพื่อเข้ารับบริการตามวันเวลาที่นัดหมาย

4. เมื่อมีการให้บริการแก่ผู้ป่วย ให้บันทึกข้อมูลการให้บริการตามวิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim และ โปรแกรม DMIS_Cleft lip Cleft Palate ตามแบบฟอร์ม ยสส.2 (ผ่าตัด) ยสส.3 (ข้อมูลการค้นหาปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค) ยสส.4 (จัดฟัน) และ ยสส.5 (ฝึกพูด) หรือจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (กรณี Maxillary Distractor)

5. นัดหมายการเข้ารับบริการต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยหรือญาติ

6. แจ้งข้อมูลการให้บริการแก่หน่วยบริการประจำ เพื่อการติดตามผู้ป่วย หรือ การส่งกลับเพื่อรักษาต่อเนื่อง ณ หน่วยบริการประจำ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 141 9/14/17 9:03 AM

- **ขั้นตอนการดำเนินการกรณีเบิกใช้ Maxillary Distractor** สำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ กรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ เพื่อดึงยืดกระดูก แก้ไขความพิการและปรับความสมดุลบนใบหน้า และเพื่อป้องกันไม่ให้มีพัฒนาการของกระดูกส่วนอื่นๆ ผิดปกติ โดยใช้อุปกรณ์ Maxillary Distractor หน่วยบริการที่ให้บริการต้องดำเนินการดังนี้

1. หน่วยบริการลงทะเบียนผู้ป่วยผ่านโปรแกรม DMIS >>> Cleft Lip Cleft Palate

2. หน่วยบริการดำเนินการขออนุมัติการใช้ Maxillary Distractor สำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด (เอกสารตามภาคผนวก 5.3) พร้อมส่งสำเนาเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ระบุแผนการรักษา และหนังสือรับรองการให้บริการด้วย Maxillary Distractor (เอกสารตามภาคผนวก 5.4) มายังสำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะแจ้งกลับหน่วยบริการภายใน 5 วันทำการ ภายหลังที่ได้รับหนังสือขออนุมัติจากหน่วยบริการ

3. หน่วยบริการดำเนินการให้บริการรักษาผู้ป่วยภายหลังจากที่ได้รับหนังสืออนุมัติจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. หน่วยบริการสามารถส่งเบิกค่าใช้อุปกรณ์ Maxillary Distractor ตามแบบฟอร์มขอรับการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุปกรณ์ Maxillary distractor สำหรับหน่วยบริการ (เอกสารตามภาคผนวก 5.5) ภายหลังจากให้การรักษาผู้ป่วยแล้ว พร้อมทั้งหน่วยบริการจะต้องจัดส่งเอกสารเวชระเบียนที่สรุปผลการรักษาของผู้ป่วยโดยจัดส่งมาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อดำเนินการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่าย ภายใน 5 วันทำการ และส่งหนังสือแจ้งการโอนเงินให้หน่วยบริการเพื่อตรวจสอบรายละเอียดการโอนเงินที่ web site NHSO Budget ต่อไป

- **การประมวลผลออกรายงาน**

สปสช. รับข้อมูลและประมวลผลการจ่ายดังนี้

1. สำหรับข้อมูลการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ การใส่อุปกรณ์เพดานเทียมและอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟัน การใส่เพดานเทียม(Obturator)และ/หรือเครื่องมือจัดโครงสร้างจมูกและสันเหงือก (Nasoalveolar molding หรือ NAM) ให้บันทึกในโปรแกรม e-Claim จะประมวลผลตามข้อมูลที่ส่งมาเป็นรายเดือนนับวันที่ส่ง (sent date) โดยเริ่มนับการส่งข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำการตรวจสอบและประมวลผลแล้ว จะรายงานผลการรับส่งข้อมูลรายวัน (REP) วางให้หน่วยบริการตรวจสอบทางหน้า web e-Claim ในวันทำการ จันทร์, พุธ และศุกร์ ตัดยอดข้อมูลทุกวันสุดท้ายของเดือน และออกรายงานการจ่ายเงินรายเดือน (Statement) ในวันที่แสดง รายละเอียดตามภาคผนวก 12

2. สำหรับกรณีทันตกรรมจัดฟัน และบริการแก้ไขการพูดและการได้ยิน ให้บันทึกในโปรแกรม DMIS จะประมวลผลตามข้อมูลที่ส่งมาเป็นรายเดือนนับวันที่ส่ง (sent date) โดยเริ่มนับการส่งข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ใน สปสช.จะตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือนและประมวลผลจัดทำรายงานภายในวันที่ 10 และโอนเงินภายในสิ้นเดือนถัดไปหากวันโอนเงินตรงกับวันหยุดจะเลื่อนไปเป็นวันทำการถัดไป

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 142 9/14/17 9:03 AM

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข

1. การบันทึกเบิกกรณีการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ การใส่อุปกรณ์เพดานเทียมและอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟัน การใส่เพดานเทียม(Obturator)และ/หรือเครื่องมือจัดโครงสร้างจมูกและสันเหงือก(Nasoalveolar molding หรือ NAM) ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการ ด้วยโปรแกรม e-claim ของ สปสช.ภายใน 30 วันหลังให้บริการ หลังจากนั้น สปสช.จะประมวลผลจ่ายชดเชยและตอบกลับให้หน่วยบริการทราบทุวันจันทร์ วันพุธ วันศุกร์ หลังจากนั้น สปสช.จะออก Statement การจ่ายเงินให้หน่วยบริการโดยตัดรอบการส่งข้อมูลทุกสิ้นเดือน มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยใน หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยให้ครบทุกช่อง เหมือนกรณีผู้ป่วยในทั่วไป

1.2 กรณีขอเบิกเพดานเทียม(Obturator)และหรือเครื่องมือจัดโครงสร้างจมูกและสันเหงือก (Nasoalveolar molding) หรือ NAM ให้สามารถเลือกรายการได้ดังนี้

1.2.1 เมนูค่ารักษาพยาบาล ตามภาพที่ 51 หน้า F7 บันทึกค่ารักษาพยาบาล

1.2.2 เลือกรายการที่ช่องอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา ตามภาพที่ 51

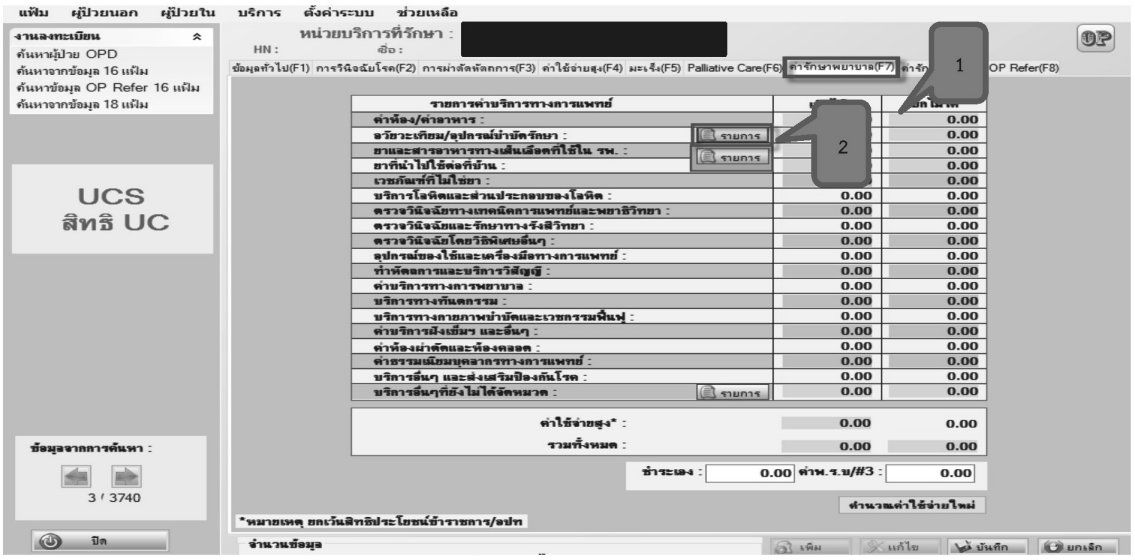
1.2.3 บันทึกรหัสอุปกรณ์ หรืออวัยวะเทียมที่ต้องการขอเบิก เช่น 2704 จำนวน 1 ชิ้น ราคาที่ขอเบิก 800 บาท แล้วกดปุ่มบันทึกเพิ่มรายการ ดังภาพที่ 94-100 ดังนี้

1) เลือกรหัสอุปกรณ์

2) บันทึกจำนวนที่ขอเบิก

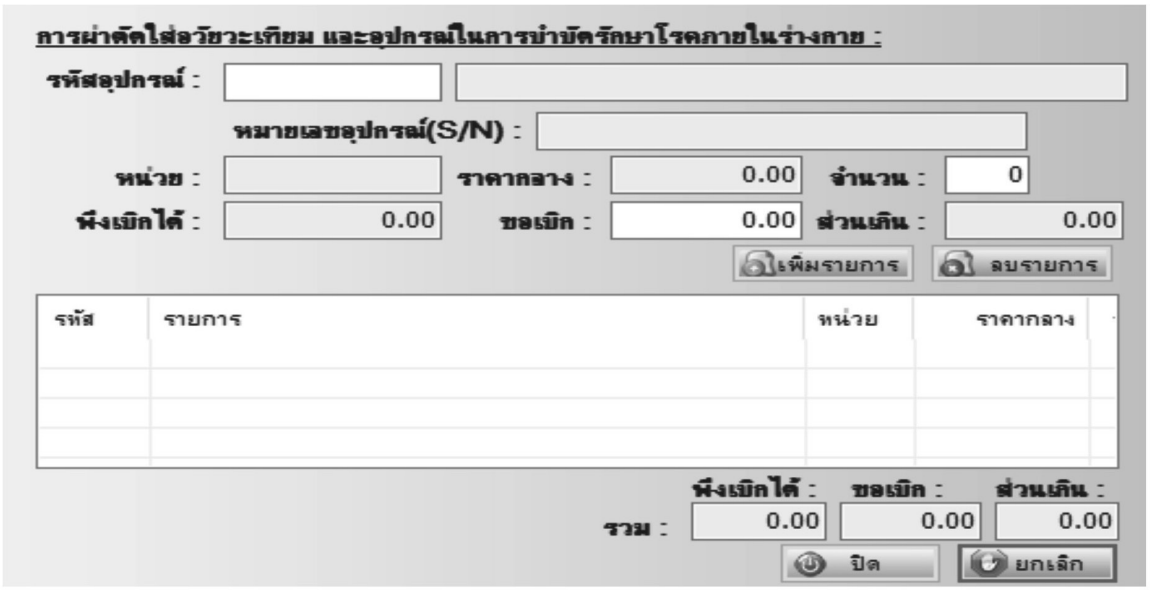
3) บันทึกจำนวนเงินที่ขอเบิก

4) กดเพิ่มรายการ

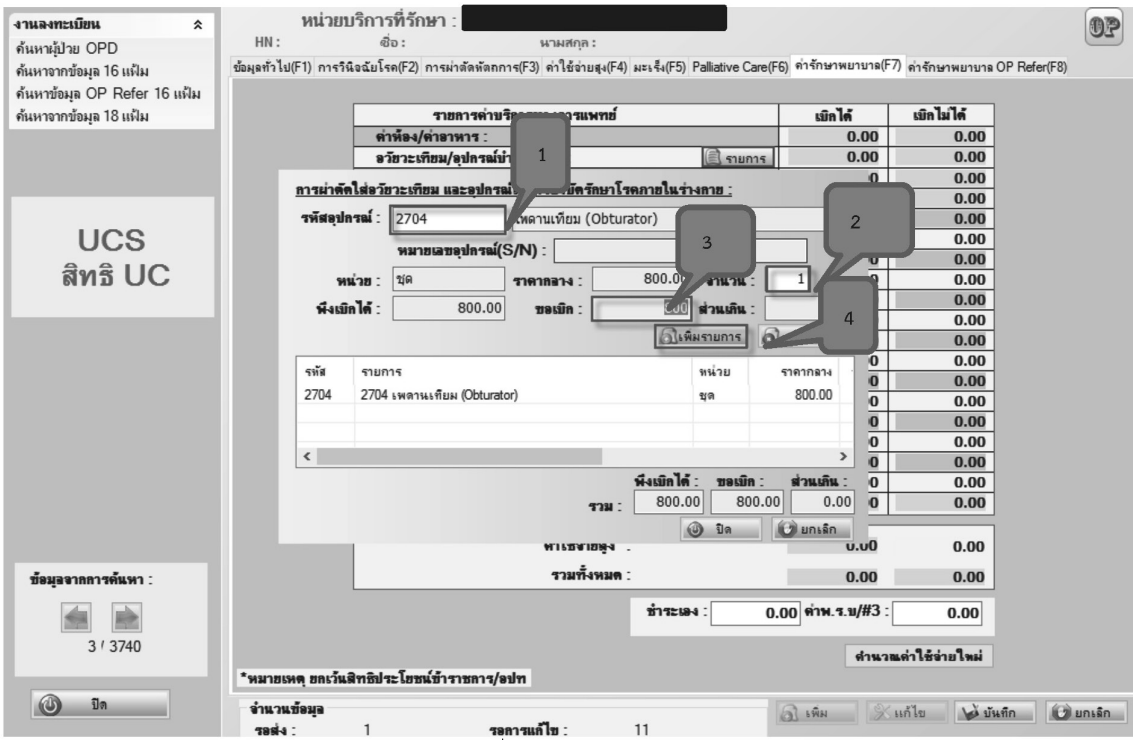


ภาพที่ 94 แสดงรายการอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 143 9/14/17 9:03 AM

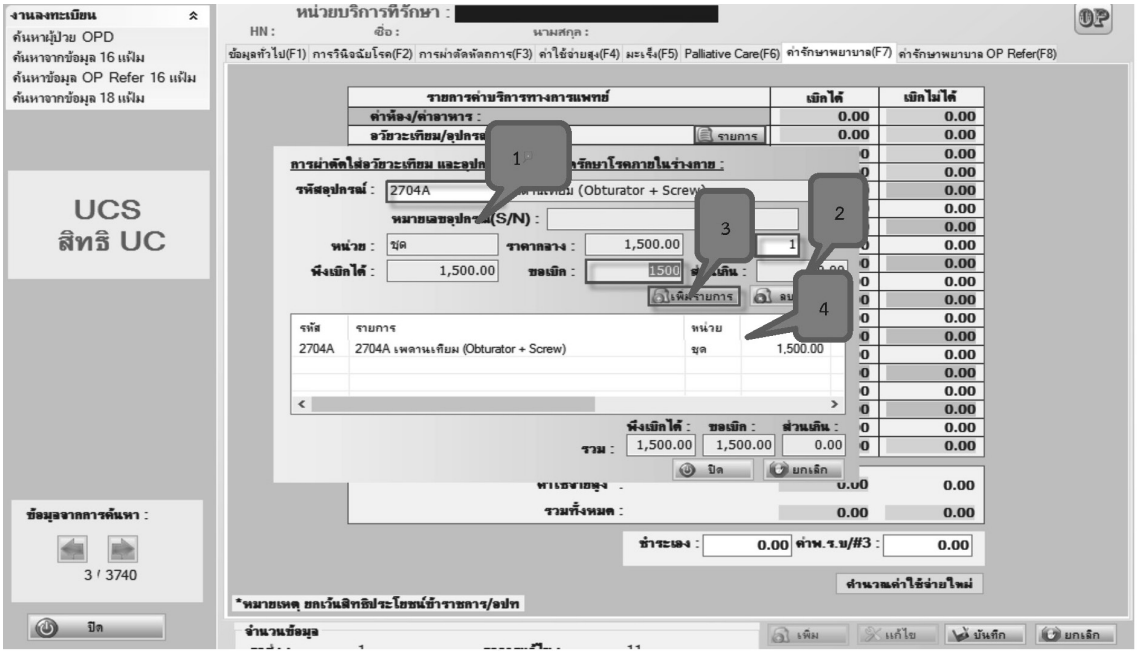


ภาพที่ 95 แสดงรายการอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา

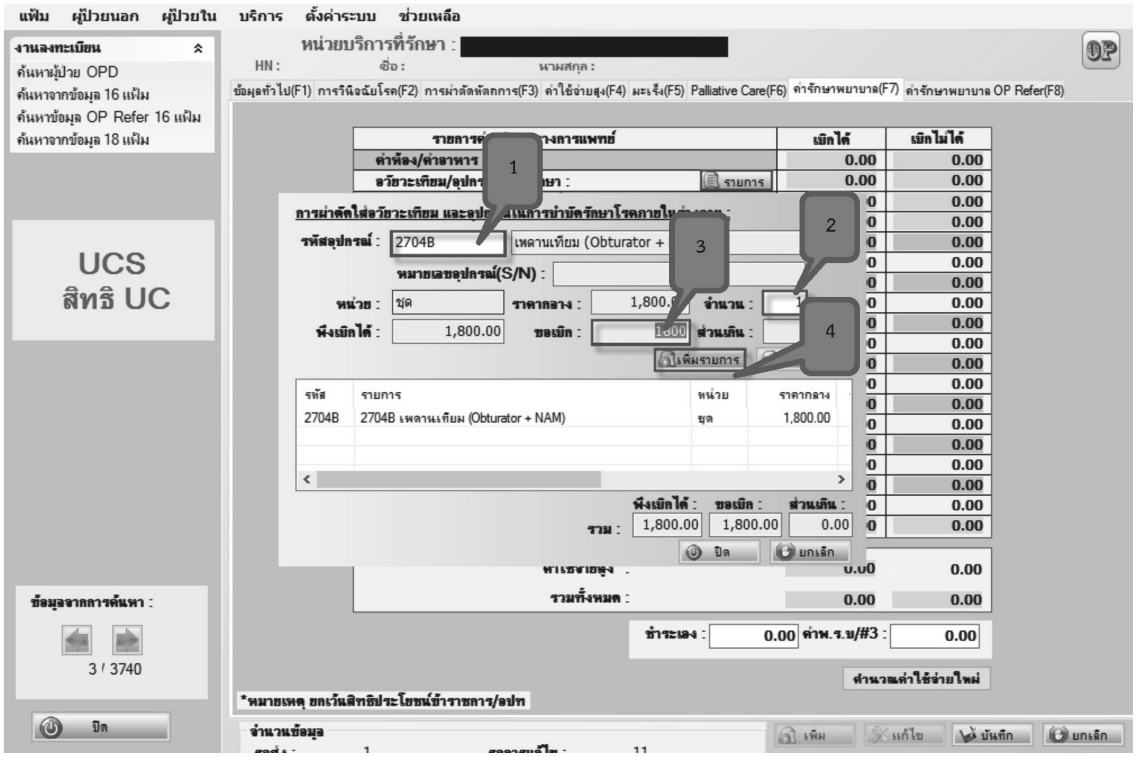


ภาพที่ 96 แสดงตัวอย่างการบันทึกเบิกเพดานเทียม

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 144 9/14/17 9:03 AM

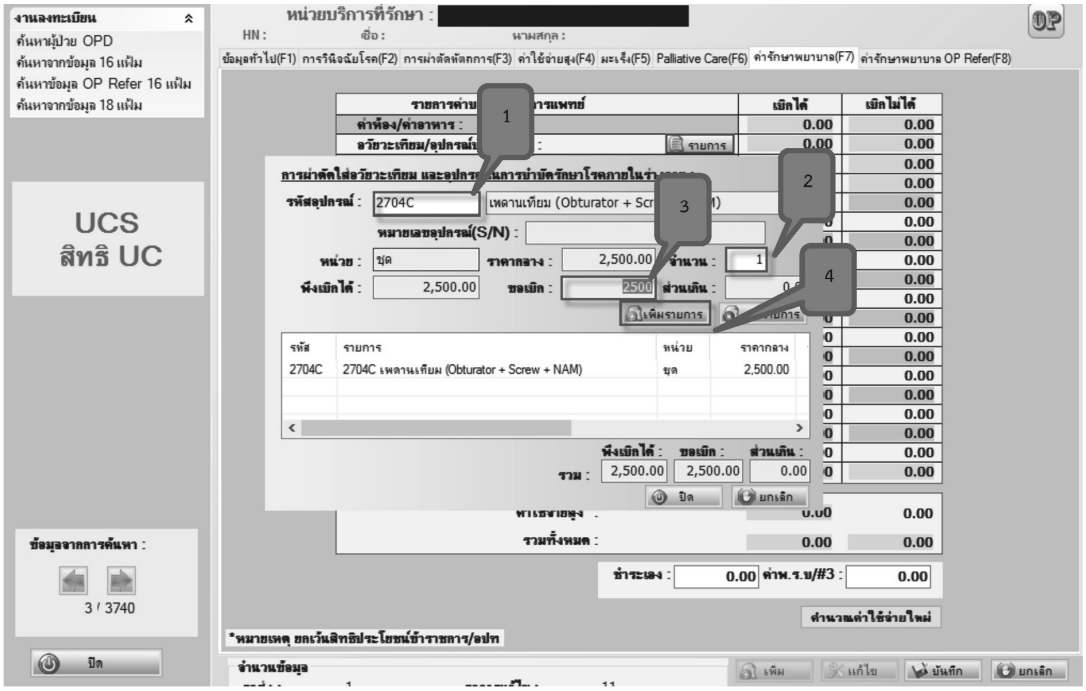


ภาพที่ 97 แสดงตัวอย่างการบันทึกเบิกเพดานเทียม

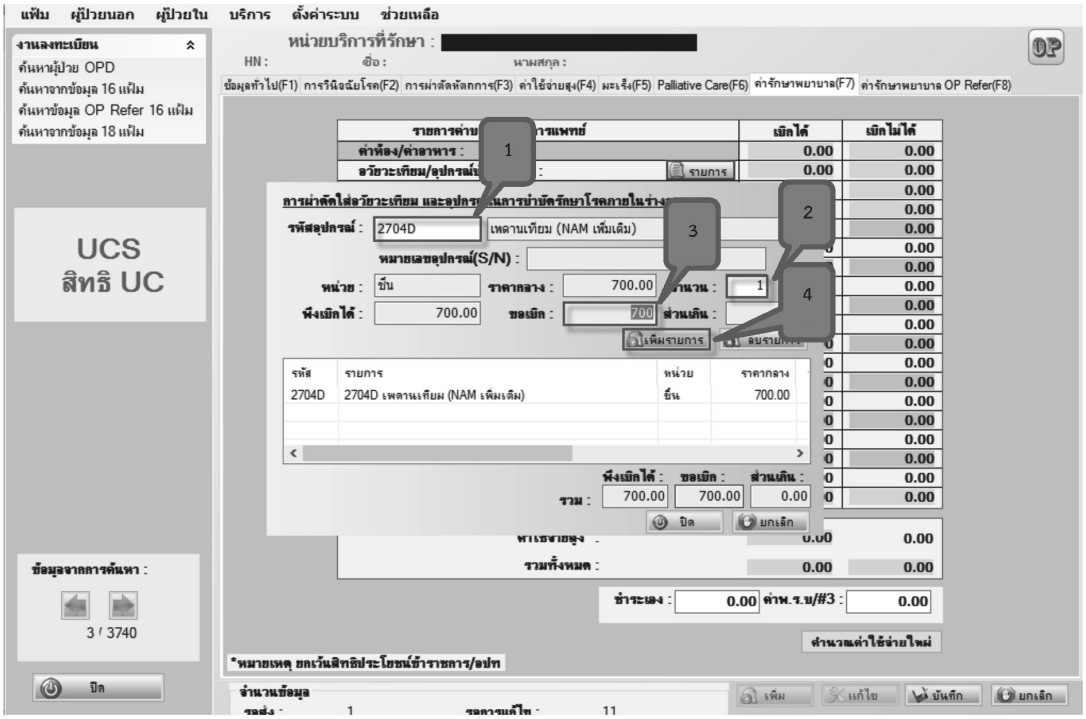


ภาพที่ 98 แสดงตัวอย่างการบันทึกเบิกเพดานเทียม

M100.indd 145 9/14/17 9:03 AM



ภาพที่ 99 แสดงตัวอย่างการบันทึกเบิกเพดานเทียม



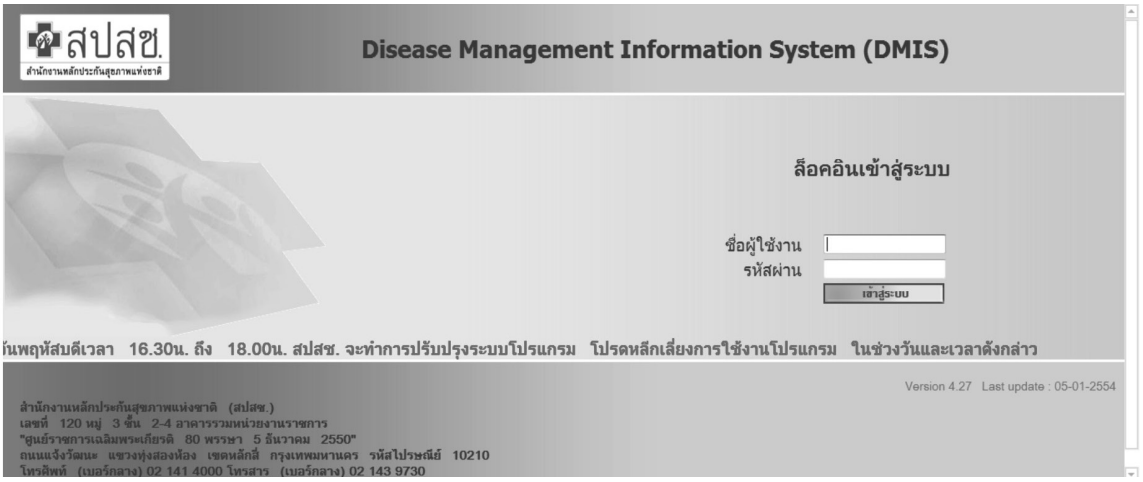
ภาพที่ 100 แสดงตัวอย่างการบันทึกเบิกเพดานเทียม

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 146 9/14/17 9:03 AM

2. การบันทึกเบิกกรณีทันตกรรมจัดฟัน และบริการแก้ไขการพูดและการได้ยิน ในโปรแกรม DMIS_Cleft Lip Cleft Palate

2.1 บันทึกข้อมูลผ่านระบบที่ web site สปสช./บริการออนไลน์/การบริหารจัดการโรคเฉพาะ/1 ลงทะเบียนผู้ป่วยรายโรค (DMIS)

2.2 ล็อคอินเข้าสู่ระบบ ดังภาพที่ 101



ภาพที่ 101 แสดงการล็อคอินเข้าสู่ระบบ

2.3 เลือกรายการบริหารจัดการโรค เลือกที่ D10 ดังภาพที่ 102



ภาพที่ 102 แสดงรายการบริหารจัดการโรค

2.4 โปรแกรมจะมีองค์ประกอบในการทำงานของโปรแกรม ดังนี้

1) การลงทะเบียน (ยสส.1)

2) การรักษา/ติดตามผล

A. การนัด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 147 9/14/17 9:03 AM

B. การลงทะเบียน ยสส.2 (ฝ่าตัด)

C. การลงทะเบียน ยสส.3 (พัฒนาการ/การคลอด/ประวัติครอบครัว)

D. การลงทะเบียน ยสส.5 (ฝึกพูด)

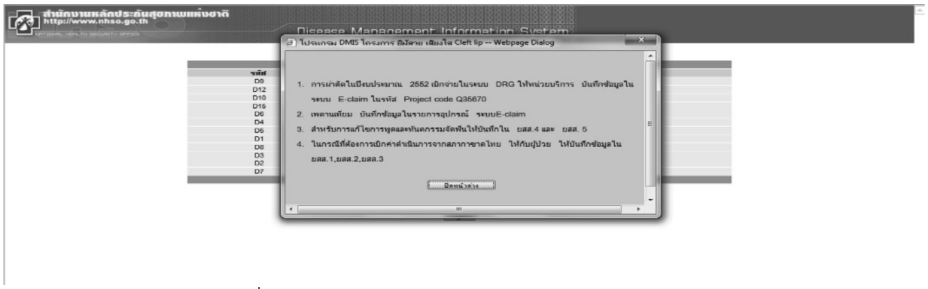
E. การลงทะเบียน ยสส.4 (จัดฟัน)

3) ประวัติการรักษา/ติดตามผล

4) รายงาน

5) รายงานการชดเชย

2.5 โปรแกรมจะแสดงข้อความเตือนเกี่ยวกับการบันทึกกรณีการผ่าตัด เพดานเทียมทันตกรรมจัดและการบริการแก้ไขการพูดและการได้ยิน ดังภาพที่ 103



ภาพที่ 103 แสดงข้อความเตือนเกี่ยวกับการบันทึกกรณีการผ่าตัด เพดานเทียม ทันตกรรมจัดฟันและการบริการแก้ไขการพูด

2.6 การลงทะเบียนผู้มีสิทธิ

1) เลือกเมนูลงทะเบียน

2) ใส่รหัสหรือค้นหาด้วยชื่อ

3) ผลการค้นหาเพื่อลงทะเบียน

4) บันทึกข้อความต่างๆ ให้ครบถ้วน สำหรับข้อความสำคัญ *

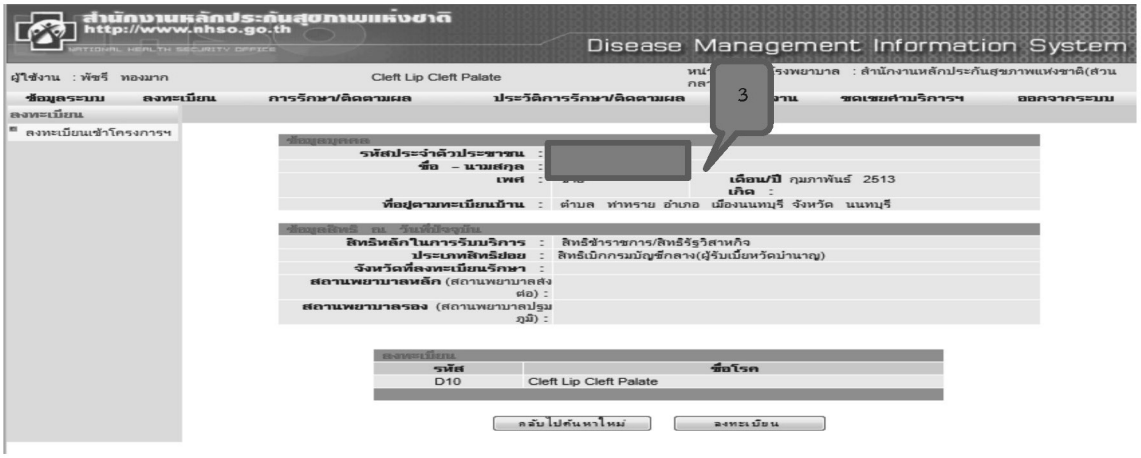


ภาพที่ 104 แสดงการลงทะเบียน

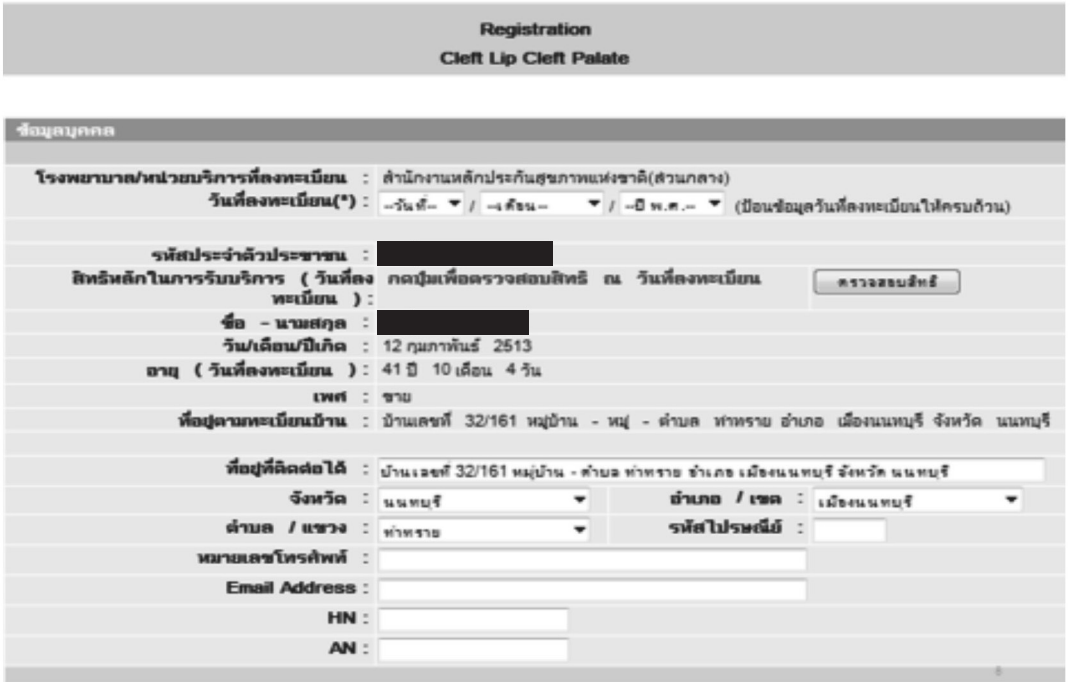
M100.indd 148 9/14/17 9:03 AM



ภาพที่ 105 แสดงการค้นหาด้วยรหัส



ภาพที่ 106 แสดงการค้นหาด้วยชื่อ/รหัส เพื่อลงทะเบียน

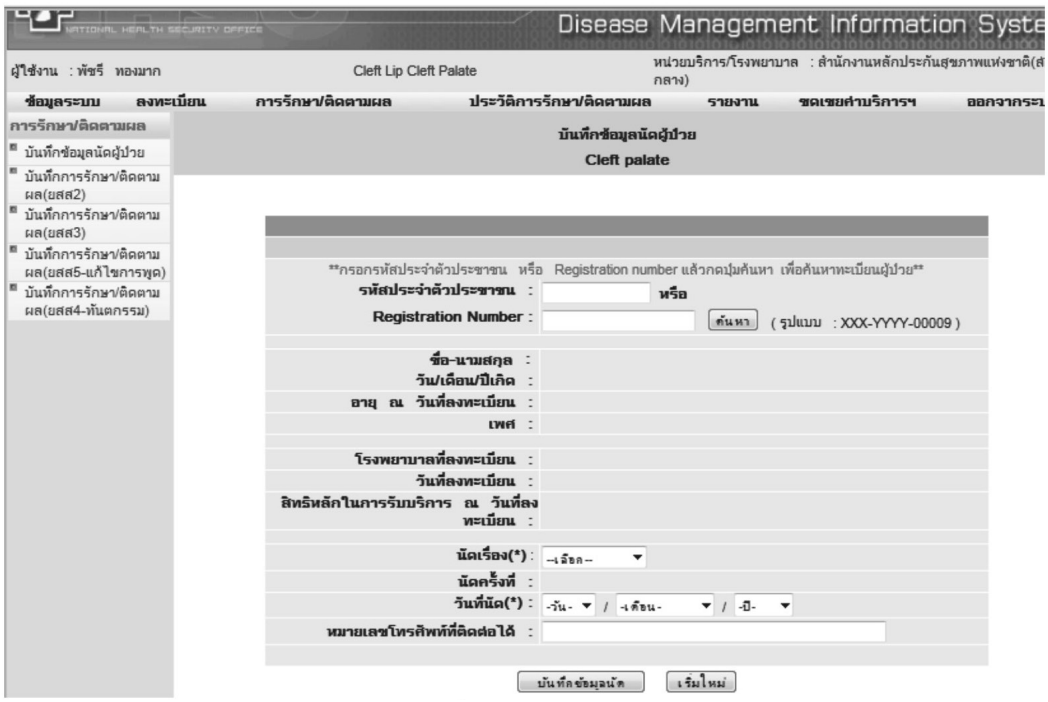


ภาพที่ 107 แสดงการลงทะเบียน cleft

M100.indd 149 9/14/17 9:03 AM

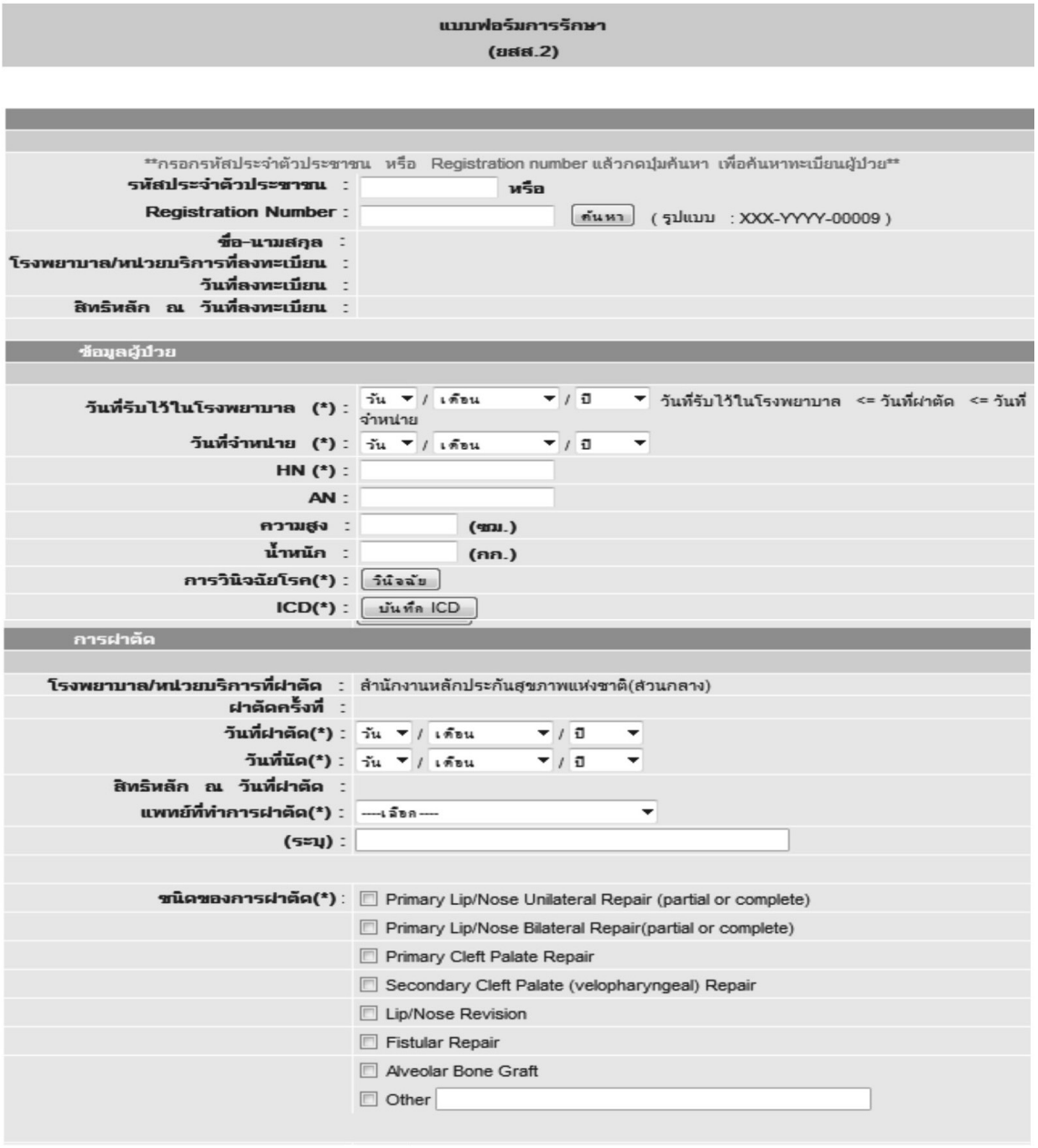


ภาพที่ 108 แสดงการบันทึกข้อมูลการวินิจฉัย



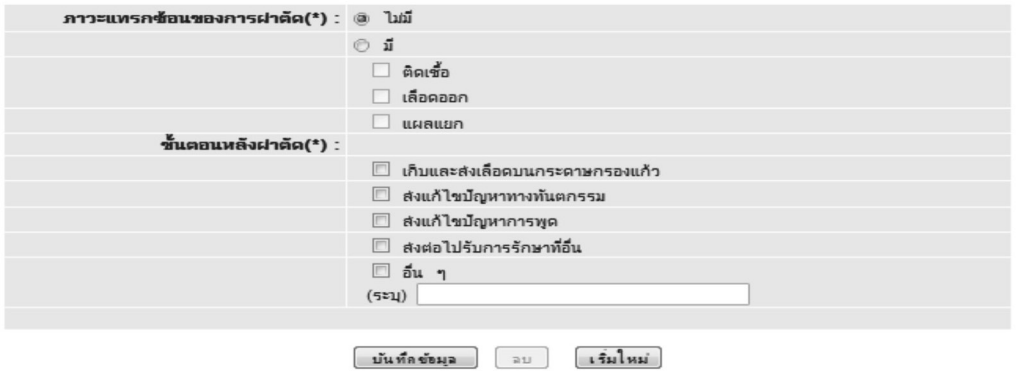
ภาพที่ 109 แสดงการบันทึกข้อมูลนัดผู้ป่วย

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 150 9/14/17 9:03 AM

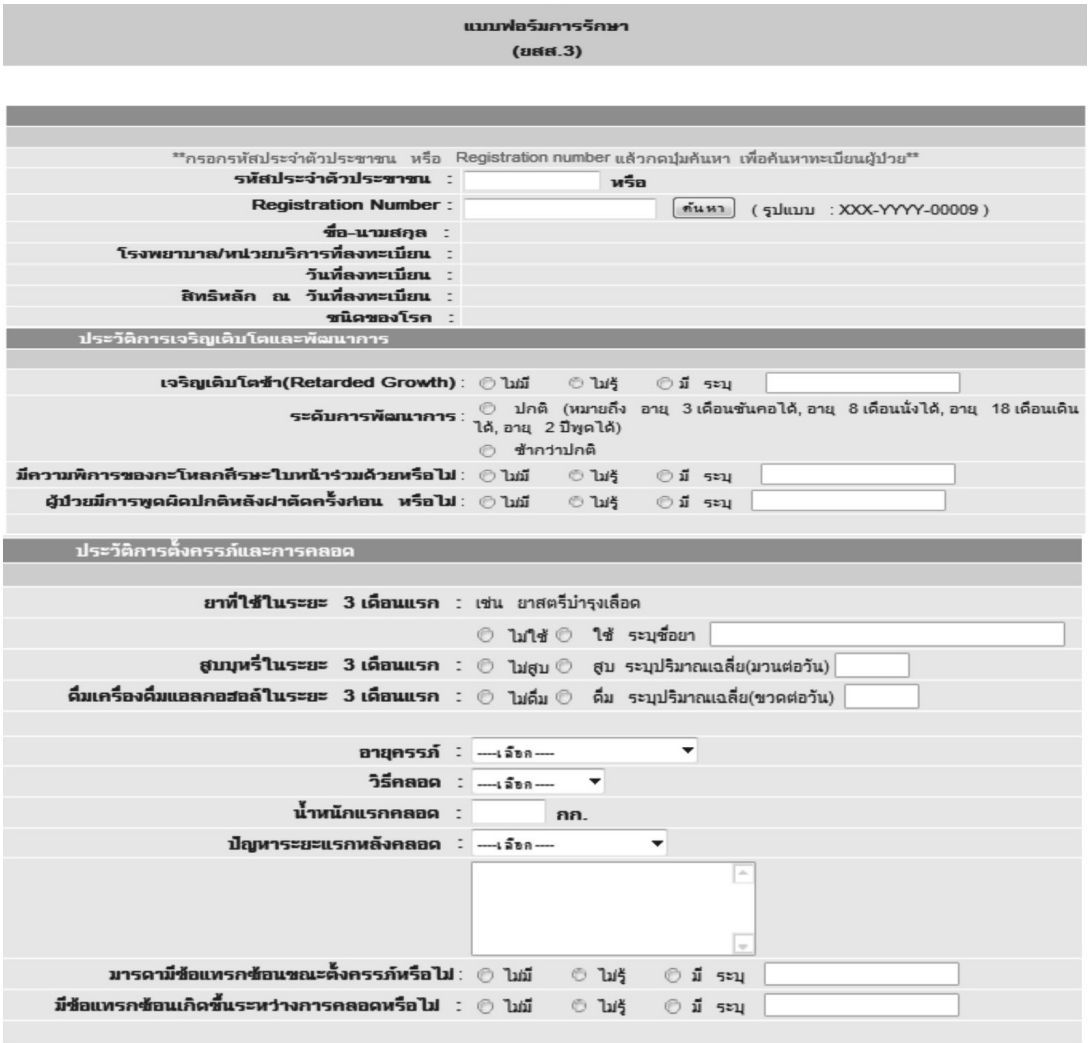


ภาพที่ 110 แสดงการบันทึกข้อมูลการรักษา(ยสส.2)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 151 9/14/17 9:03 AM

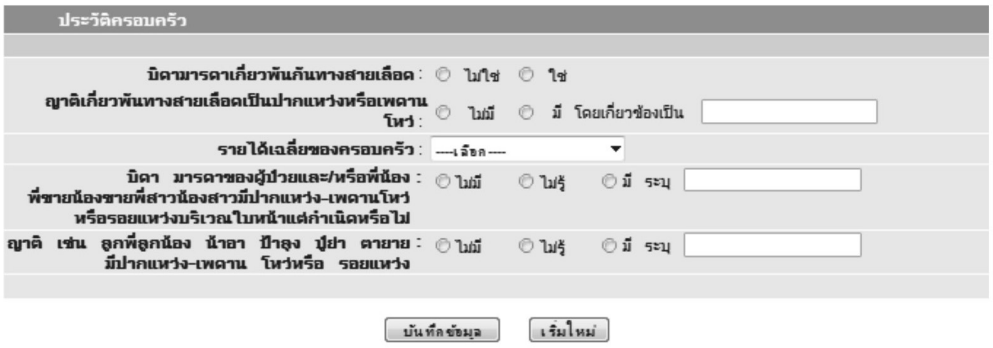


ภาพที่ 111 แสดงการบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด



ภาพที่ 112 แสดงการบันทึกข้อมูลการรักษา(ยสส.3)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 152 9/14/17 9:03 AM



ภาพที่ 113 แสดงการบันทึกข้อมูลการรักษา(ยสส.3 ต่อ)



ภาพที่ 114 แสดงการบันทึกข้อมูลการแก้ไขการพูด(ยสส.5)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 153 9/14/17 9:03 AM

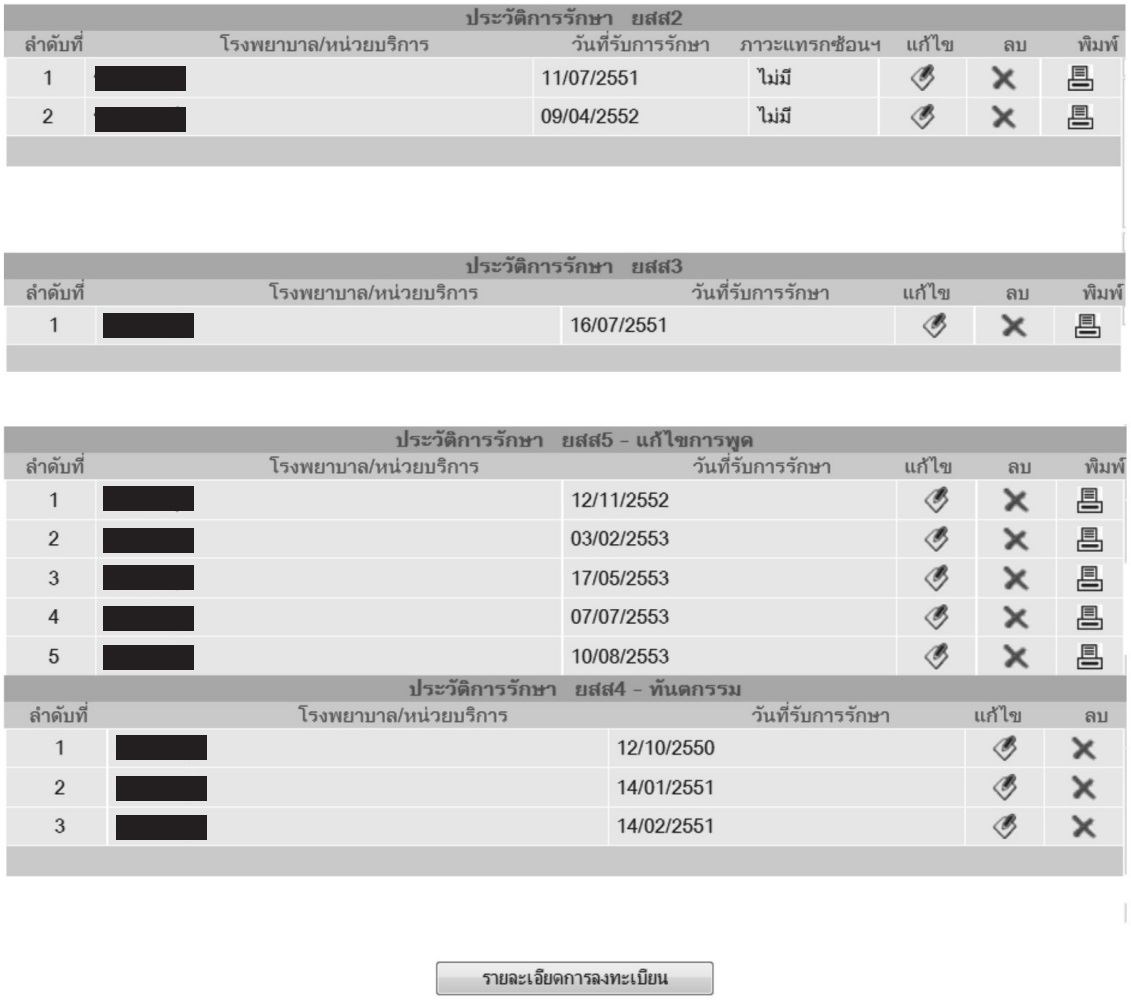


ภาพที่ 115 แสดงการบันทึกข้อมูลการรักษาทันตกรรม (ยสส.4)



ภาพที่ 116 แสดงประวัติการรักษา

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 154 9/14/17 9:03 AM



ภาพที่ 117 แสดงรายละเอียดการลงทะเบียน

3. การส่งเบิกค่าใช้อุปกรณ์ Maxillary Distractor สามารถดำเนินการตามรายละเอียดตาม ขั้นตอนการดำเนินการกรณีเบิกใช้ Maxillary Distractor

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 155 9/14/17 9:03 AM

กลุ่มที่ 3. กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

1. รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments)

ขอบเขตบริการ

เป็นการจ่ายเงินเพิ่มเติม (add on) จากระบบปกติ (กรณีผู้ป่วยนอก) หรือระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (กรณีผู้ป่วยใน) ให้หน่วยบริการ ตามประเภทและรายการที่กำหนดในท้ายประกาศ ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถ เพิ่มรายการ/และหรือกำหนดราคาจ่ายชดเชยได้ และอาจมีการปรับลักษณะหรือข้อบ่งชี้ที่ไม่กระทบกับราคากลางระหว่างปีได้ อนึ่ง การกำหนดราคาในการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ให้หน่วยบริการเรียกเก็บตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงและไม่เกินราคาจ่ายชดเชยที่กำหนดในประเภทและราคาที่กำหนดในประกาศ และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารกองทุน สปสช.อาจทำสัญญาการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้มีการจัดบริการ และเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามหลักเกณฑ์นี้ รวมถึงการจัดหาอุปกรณ์ให้หน่วยบริการผ่านระบบ VMI ได้

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไขการบริการ**

จ่ายเงินเพิ่มเติม (add on) จากระบบปกติ (กรณีผู้ป่วยนอก) หรือระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (กรณีผู้ป่วยใน) ให้หน่วยบริการ ตามประเภทและรายการที่กำหนดในท้ายประกาศ โดยพิจารณาจ่ายชดเชยตามข้อบ่งชี้ของอุปกรณ์

- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

จ่ายตามระบบ Point system with global budget โดยกำหนดอัตราจ่ายชดเชย **0.9 บาท/point**

หมายเหตุ รายการอุปกรณ์เฉพาะผู้พิการจะอยู่ในประกาศรายการอุปกรณ์ฟื้นฟูคนพิการ รวมอยู่ในประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2559 รายละเอียดในภาคผนวก 7)

➢ กรณีการให้บริการรองเท้าเบาหวาน

เป็นการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการรองเท้าเบาหวานตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด ดังนี้

1. โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐ (UHOSNET) โรงพยาบาลตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) คือ โรงพยาบาลศูนย์ (A) และ โรงพยาบาลทั่วไป (S) ให้บริการอุปกรณ์ รหัส 8612 อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล, แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า, 8813 รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล, แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า และ 8814 รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีเท้าผิดรูป เนื่องจากบางส่วนถูกตัด รวมทั้งต้องยื่นแบบแสดงความจำนงร่วมด้วย

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 156 9/14/17 9:03 AM

2. โรงพยาบาลตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) คือ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) ให้บริการอุปกรณ์ 8813 รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล, แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า

3. หน่วยบริการที่นอกเหนือจาก ข้อ (1) และ ข้อ (2) ต้องเป็นหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการรับส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยื่นความจำนงตามแบบฟอร์มที่สปสช.กำหนดที่สำนักงานเขต ซึ่งต้องผ่านการตรวจศักยภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตนั้น ๆ หน่วยบริการสามารถให้บริการอุปกรณ์รหัสต่าง ๆ ได้ตามผลการตรวจศักยภาพนั้นๆ

- **เงื่อนไขและอัตราการจ่ายเงินชดเชย**

1. สปสช.จะจ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการรองเท้าเบาหวาน

2. หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่ายภายหลังจากวันที่จ่ายอุปกรณ์ให้กับผู้ป่วยเบาหวานเรียบร้อยแล้ว จึงส่งข้อมูลเบิกในโปรแกรม e-Claim ให้สำนักงาน ภายใน 30 วัน

3. บันทึกข้อมูลรหัสโรค (ICD 10) และ รหัสหัตถการ (ICD 9) ให้ถูกต้อง ครบถ้วนตามผลการตรวจประเมินความเสี่ยงและข้อบ่งชี้ของแต่ละอุปกรณ์

4. การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีให้บริการอุปกรณ์รหัส 8612, 8813 และ 8814 ให้เบิกได้ 1 คู่ต่อคนต่อปี โดยนับจากวันที่ได้รับอุปกรณ์

5. สปสช. จะจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ให้หน่วยบริการตามราคาที่จัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามสมควร แต่ไม่เกินเพดานราคาชดเชยที่กำหนด โดยมีลักษณะ ข้อบ่งชี้การใช้อุปกรณ์ และคุณสมบัติของอุปกรณ์แต่ละรายการให้เป็นไปตาม ที่ สปสช.กำหนด

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่า การจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ให้ยื่นอุทธรณ์ต่อสำนักงาน ภายใน 30 วัน (รวมวันหยุดราชการ) นับจากวันที่ สปสช.แจ้งรายงานการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (วันที่ปรากฏข้อมูลการจ่ายชดเชยใน www.nhso.go.th/acc)

➢ กรณีการให้บริการใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทานภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร่วมกับคณะทันตแพทยศาสตร์ 9 มหาวิทยาลัย

เป็นการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กรณีให้บริการอุปกรณ์ฟันเทียมตามราคาที่กำหนดในชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เฉพาะการใส่ฟันเทียมทั้งปาก 2 รหัส (9202 และ 9203) แก่หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการฯ

กรณีที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา ให้จัดส่งข้อมูลอิเลคทรอนิคส์ในรูปแบบ Excel file ที่ผ่านการตรวจสอบการเบิกซ้ำซ้อนของการใส่ฟันเทียมทั้งปาก เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ มายัง สปสช. สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ

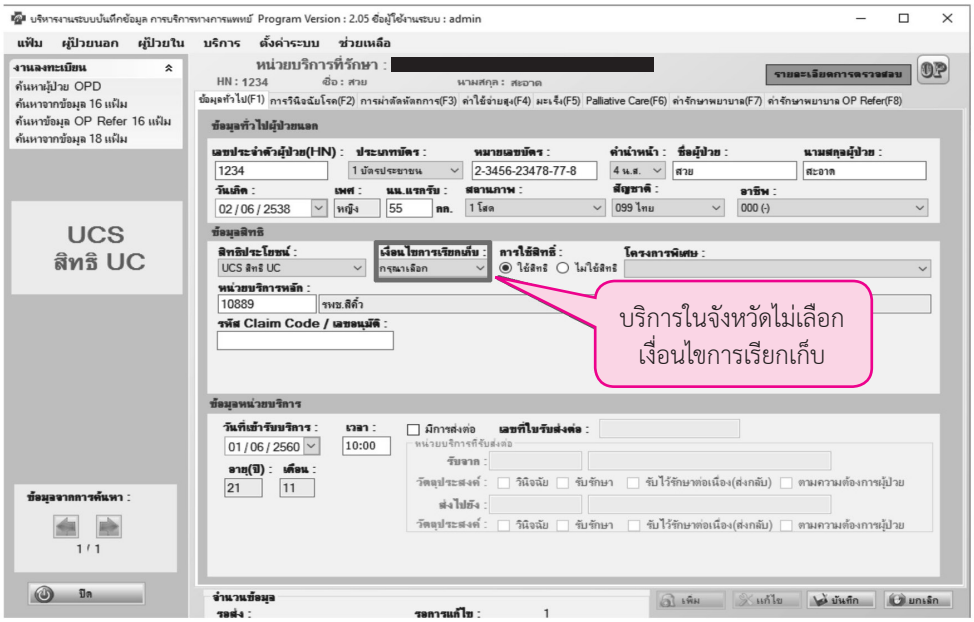
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 157 9/14/17 9:04 AM

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

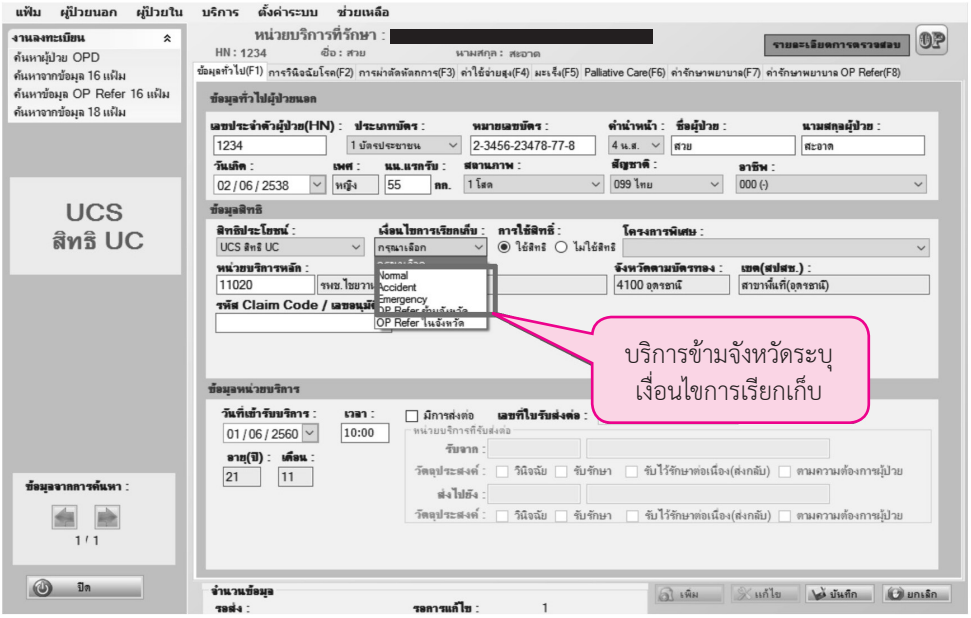
1. ผู้ป่วยนอก ข้อมูลทั่วไป F1

1.1 กรณีให้บริการในจังหวัด ไม่ต้องเลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บ

1.2 กรณีให้บริการข้ามจังหวัด เลือกเงื่อนไขเป็น Normal Accident Emergency หรือ OP Refer ข้ามจังหวัด ตามเงื่อนไขการรับบริการและสิทธิประโยชน์ที่กำหนด



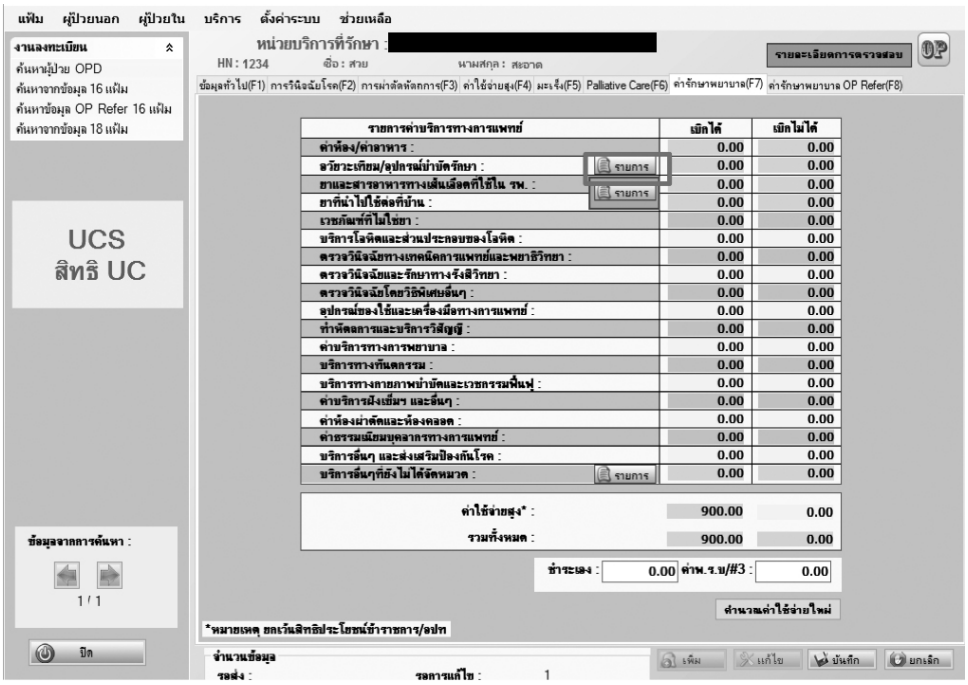
ภาพที่ 118 แสดงการบันทึกการให้บริการใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทาน



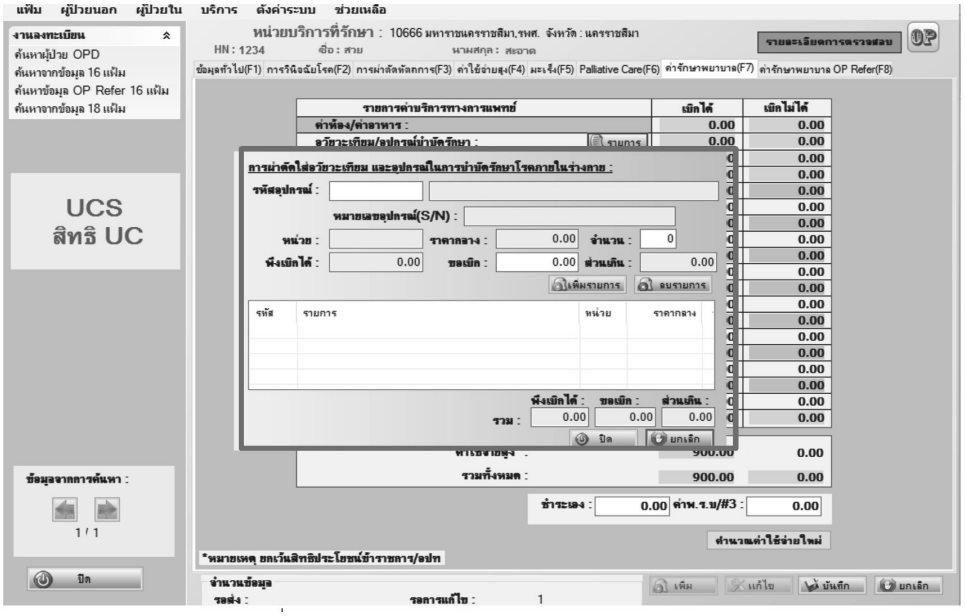
ภาพที่ 119 แสดงการบันทึกการให้บริการใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทาน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 158 9/14/17 9:04 AM

2. การบันทึกเบิกอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษาในหน้าค่ารักษาพยาบาล เหมือนกันทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

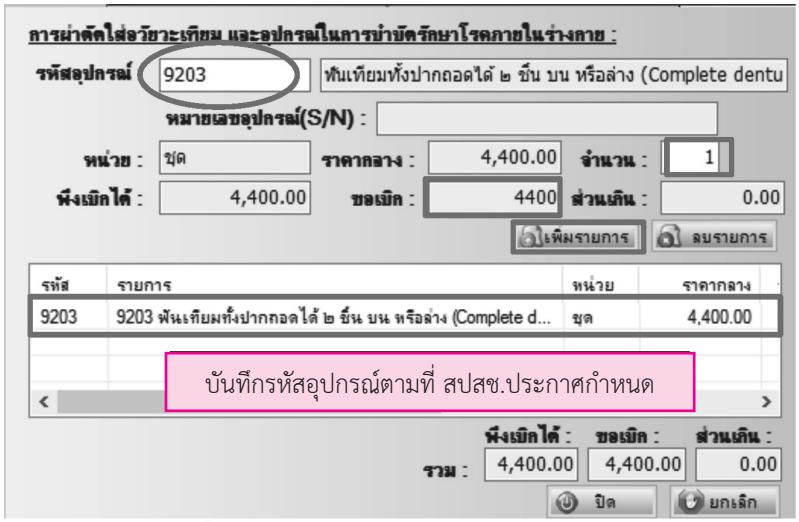


ภาพที่ 120 แสดงการบันทึกเบิกอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา

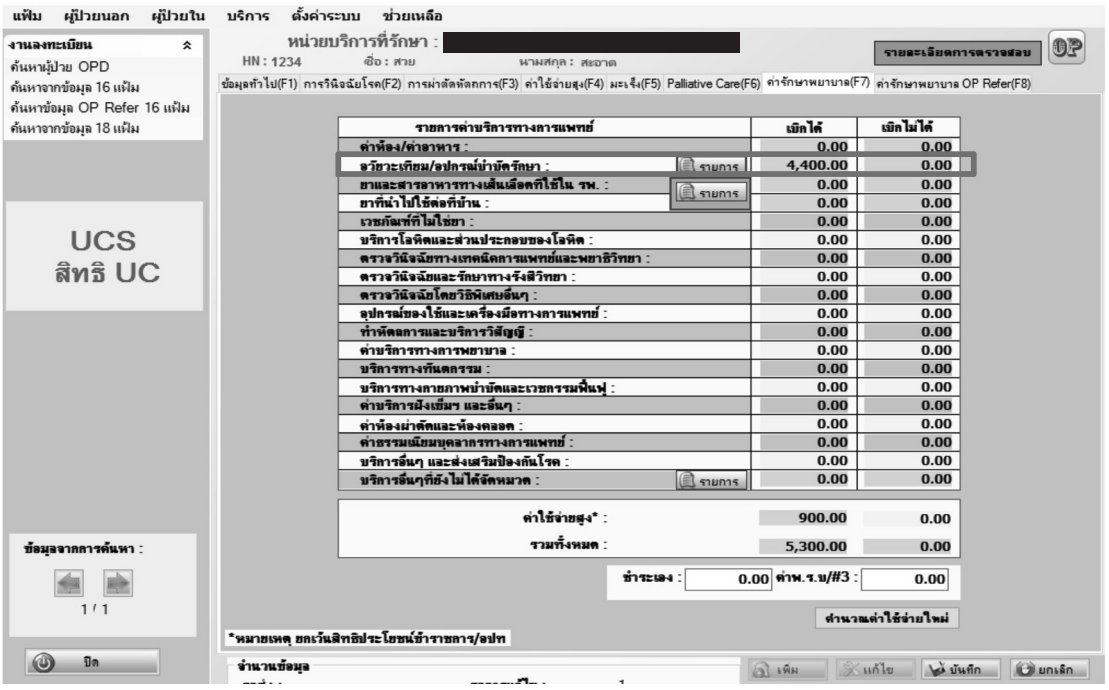


ภาพที่ 121 แสดงการบันทึกเบิกอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 159 9/14/17 9:04 AM



ภาพที่ 122 แสดงการบันทึกเบิกอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา



ภาพที่ 123 แสดงการบันทึกเบิกอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 160 9/14/17 9:04 AM

2 การบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

2.1 การบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI)

ขอบเขตบริการ

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

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไขการบริการ**

1. หน่วยบริการที่สามารถเบิกชดเชยค่าบริการกรณีให้บริการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ต้องผ่านการตรวจประเมินศักยภาพตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2559

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

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

4. รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาอื่น ๆ เพื่อประกอบการให้บริการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) เบิกในระบบโปรแกรม e-Claim

- **อัตราการจ่ายชดเชย**

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

1.1 <u>กรณีในเขต</u> หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้ อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget

<u>หมายเหตุ</u>: - สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(สปสธ.) จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ตามหน่วยบริการแต่ละกลุ่ม

- สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 161 9/14/17 9:04 AM

1.2 กรณีนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ Adj.RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง และสำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ที่มีที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ใกล้กับจังหวัดของพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้ แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน 9,600 บาทต่อ Adj.RW

2. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษา (Instrument)

2.1 Stent เบิกในระบบ VMI ได้รับการชดเชยเป็นอุปกรณ์จากองค์การเภสัชกรรมกรณีหน่วยบริการมีปัญหาในการใช้อุปกรณ์ในระบบ VMI สามารถอุทธรณ์เป็นเอกสารได้เป็นราย ๆ

2.2 รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาอื่นๆ จ่ายชดเชยเพิ่มเติม (Add on) ตามราคาที่เรียกเก็บแต่ไม่เกินราคาเพดานที่ประกาศ

การเบิก Stent ในระบบ VMI ให้ดำเนินการดังนี้

1. หลังจากหน่วยบริการผ่านการตรวจประเมินจาก สปสช. ตามแนวทางที่กำหนดแล้ว หน่วยบริการ จะได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน PCI ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. สปสช. โดย สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ (สจช.) ส่งหนังสือถึงองค์การเภสัชกรรม แจ้งรายชื่อหน่วยบริการที่เข้าใหม่ เพื่อเพิ่มในฐานข้อมูลเบิกของโปรแกรมองค์การเภสัชกรรม (GPO-MDS) และ องค์การเภสัชกรรม ดำเนินการออก Username/Password ให้หน่วยบริการ

3. สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ (สจช.) ประสานหน่วยบริการเพื่อแจ้ง Username/Password คู่มือการใช้งานเบื้องต้น และหนังสือแจ้งรายละเอียดรายการอุปกรณ์ที่สามารถเบิกได้ในระบบ VMI เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบันทึกข้อมูลการใช้อุปกรณ์ผ่านโปรแกรมของ องค์การเภสัชกรรมต่อไป

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลเบิกเหมือนกรณีผู้ป่วยในทั่วไป โดยบันทึกรายการอุปกรณ์ทุกรายการรวมทั้ง Stent ที่กำหนดให้เบิกในระบบ VMI หรือ นอกระบบ VMI โดยยอดเงินจ่ายชดเชยจะแสดงยอดจ่ายเป็น 0 บาท ทั้งนี้การเบิก Stent นอกระบบ VMI จะมีการจ่ายชดเชยหลังจากการพิจารณาเอกสารอุทธรณ์และออก REP และ Statement ในรอบต่อไป

- **การปฏิเสธการจ่ายและการขออุทธรณ์**

1. หน่วยบริการที่ให้บริการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) เป็นกรณีฉุกเฉิน โดยที่ไม่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการที่ผ่านการตรวจประเมินศักยภาพตามประกาศฯ ให้อุทธรณ์ค่าใช้จ่ายเป็นเอกสารส่งมาที่ แผนงานสนับสนุนระบบบริการโรคเรื้อรังและโรคเฉพาะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. หน่วยบริการที่ผ่านการประเมินแต่ใช้อุปกรณ์ Stent นอกระบบ VMI ให้หน่วยบริการอุทธรณ์เป็นเอกสาร ส่งมาที่สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 162 9/14/17 9:04 AM

2.2 การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

การบริหารจัดการการให้บริการกรณีการทำหัตถการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีการทำหัตถการการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด ให้กับหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560

แนวทางการสนับสนุน / หลักเกณฑ์การจัดสรรการจ่าย

1. รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instrument) จ่ายเพิ่มเติมตามระบบ Point system with ceiling สำหรับบริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการใช้ตามข้อบ่งชี้ที่ สปสช.ประกาศกำหนดหรือพิจารณาเป็นกรณี หรือขอทำความตกลงกับ สปสช.เป็นการเฉพาะตามความจำเป็น จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด จ่ายตามราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณีและไม่เกินเพดานราคาชดเชยของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคตามที่ สปสช.ประกาศกำหนดซึ่งเป็นราคาชดเชยที่กำหนดภายใต้เงื่อนไขเกณฑ์คุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้น ๆ

2. การจ่ายสำหรับการบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในและ Instrument) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนดและจ่ายเป็นกรณีผู้ป่วยในระบบ DRGs

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลเบิกเหมือนกรณีผู้ป่วยในทั่วไป โดยบันทึกรายการอุปกรณ์ทุกรายการตามบริการที่เกิดขึ้นจริง

3. การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าถึงบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามความจำเป็นและเหมาะสม
2. สนับสนุนให้เกิดบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน
3. ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายบริการส่งต่อผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม และการติดตามดูแลฟื้นฟูหลังการผ่าตัด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 163 9/14/17 9:04 AM

4. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย การจัดบริการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีข้อบ่งชี้ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559[1]

2. เป้าหมายการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม ปีงบประมาณ 2561 ระดับประเทศ จำนวน 12,000 ข้อ จัดสรรเป้าหมายระดับเขตตามอัตราความชุกของผู้ป่วย ข้อเข่าเสื่อมที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด (Demand) ต่อศักยภาพการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2558-2560) (Supply) และปรับเกลี่ยเป้าหมายในต้นไตรมาส 3 และให้ สปสช.เขตทุกเขตสร้างกลไกให้หน่วยบริการทุกสังกัดร่วมกันวางแผนการให้บริการอยู่ในเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบการให้บริการ และพัฒนาคุณภาพการบริการ และสนับสนุนระบบการคัดกรองเพื่อวางแผนการให้บริการ

ประเด็นที่เปลี่ยนแปลงจากปีงบประมาณ 2560

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการรักษาผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม ในปีงบประมาณ 2561 มีประเด็นที่เปลี่ยนแปลง / เพิ่มเติม 3 ประเด็น ได้แก่

1. แยกรหัสเบิกชดเชยค่าอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมสำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty : TKA) และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วน (Unicompartmental Knee Arthroplasty: UKA) ดังนี้

การผ่าตัด	อุปกรณ์ที่ใช้	รหัสอุปกรณ์
การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty : TKA)	- ข้อเข่าเทียมชนิดที่ส่วนรับน้ำหนัก*เคลื่อนไหวได้* - ข้อเข่าเทียมชนิดที่ส่วนรับน้ำหนัก*ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้*	7004A 7005A
การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วน (Unicompartmental Knee Arthroplast : UKA)	- ข้อเข่าเทียมชนิดที่ส่วนรับน้ำหนัก*เคลื่อนไหวได้* - ข้อเข่าเทียมชนิดที่ส่วนรับน้ำหนัก*ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้*	7004B 7005B

2. ยกเลิกการจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ข้อเข่าเทียม ตามระบบ VMI (Vender Management Inventory)

3. ยกเลิกการสนับสนุนเป็นอุปกรณ์ข้อเข่าเทียม ตามระบบ VMI (Vender Management Inventory) โดยจ่ายชดเชยเป็นเงินไม่เกินเพดานชดเชยของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคตามที่ สปสช. ประกาศ กำหนด โดยอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมที่ใช้ต้องได้รับการรับรองประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ และผู้จัดจำหน่ายได้จดทะเบียนสถานประกอบการผลิตหรือนำเข้าเครื่องมือแพทย์จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข

[1] เอกสารในคู่มือบริหารกองทุน บทที่ 2

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 164 9/14/17 9:04 AM

แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

การให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม ในปี 2561 มีแนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเหมือนปี 2560 ดังนี้

- **แนวทางและเงื่อนไขการให้บริการ**

1. เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีคุณสมบัติศักยภาพการให้บริการตามที่ สปสช. กำหนดในประกาศแนวทางปฏิบัติการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2559 โดยแสดงความประสงค์และประเมินศักยภาพ พร้อมหลักฐานตามที่กำหนด[2] แจ้ง สปสช. เขต ก่อนให้บริการ เพื่อ สปสช. จะได้ประกาศรายชื่อหน่วยบริการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561

2. เป็นการใช้บริการภายในเขตเป็นหลัก และหากจำเป็นต้องส่งต่อข้ามเขตหรือจัดหาหน่วยบริการนอกเขตมาดำเนินการ ให้เป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช.เขตและหน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

3. หากจำเป็นต้องให้บริการข้ามเขต ให้ดำเนินการในกรณีที่ ไม่มีหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติศักยภาพหรือมีคิวรอผ่าตัดจำนวนมาก โดย ให้ผ่านการพิจารณาของคณะทำงานบริหารจัดการระดับเขตทั้ง 2 ฝ่าย และเสนอต่ออปสข.ทั้ง 2 เขต ทราบ ทั้งนี้ผลงานบริการข้ามเขตนับเป็นเป้าหมายของเขตที่ผู้รับบริการลงทะเบียนสิทธิ

4. หน่วยบริการขออนุมัติก่อนผ่าตัด[3] (Pre Authorized) ต่อคณะทำงานบริหารจัดการบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมระดับเขต ในกรณีดังต่อไปนี้

4.1 การให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty : TKA) ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี[4] ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิหรือข้อเข่าเสื่อมไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Unspecified Knee OA)

4.2 กรณีเกินเป้าหมายที่หน่วยบริการ ได้รับการจัดสรร

- **หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย**

หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายชดเชยสำหรับบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมให้เป็นไปตามประกาศ สปสช. เรื่องแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2559 (ฉบับเพิ่มเติม)

---

[2] แบบประเมินศักยภาพตาม ดาวน์โหลดที่ http://eclaim.nhso.go.th

[3] แบบขออนุมัติก่อนผ่าตัด

[4] อายุนับจากวันเกิดถึงวันที่แพทย์สั่งแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 165 9/14/17 9:04 AM

วิธีบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข โปรแกรม e-Claim

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลเบิกเหมือนกรณีผู้ป่วยในทั่วไป โดยบันทึกรายการอุปกรณ์ทุกรายการตามบริการที่เกิดขึ้นจริง แบ่งเป็น

1. ค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการผู้ป่วยใน (รวมบริการผ่าตัด) จ่ายชดเชยตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ตามอัตราจ่ายผู้ป่วยในระดับเขต

2. ค่าอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมและอุปกรณ์อื่น จ่ายชดเชยเป็นเงินจากงบบริการกรณีเฉพาะ ไม่เกินเพดานราคาตามประกาศ สปสช. เรื่องรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมและข้อบ่งชี้ในการบำบัดโรค พ.ศ. 2560 รายละเอียดตามภาคผนวก 7 ตามที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมและอุปกรณ์อื่น ๆ ที่ใช้ในระบบ e-Claim พร้อมเก็บหลักฐานการใช้อุปกรณ์ข้อเข่าเทียม (สติกเกอร์) ในเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบต่อไป

4. การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

ขอบเขตบริการ

เป็นการจ่ายให้หน่วยบริการที่ให้บริการเฉพาะโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness)

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไขการบริการ**
  1. ผู้รับบริการเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงสิทธิว่าง
  2. เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) เท่านั้น
- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

สปสช. จ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกินชั่วโมงละ 12,000 บาท ตามระบบ Point system with ceiling with global budget

ทั้งนี้ กรณีการรักษา**โรคอื่นๆ**ที่ไม่ได้เกิดจากการดำน้ำ ด้วยออกซิเจนความกดดันสูง ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพได้ตามขั้นตอนการใช้สิทธิหรือการส่งต่อ**ใน**ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ไม่สามารถเบิกจ่ายเพิ่มเติมจาก สปสช.ส่วนกลาง (เงิน **central reimburse**) ได้

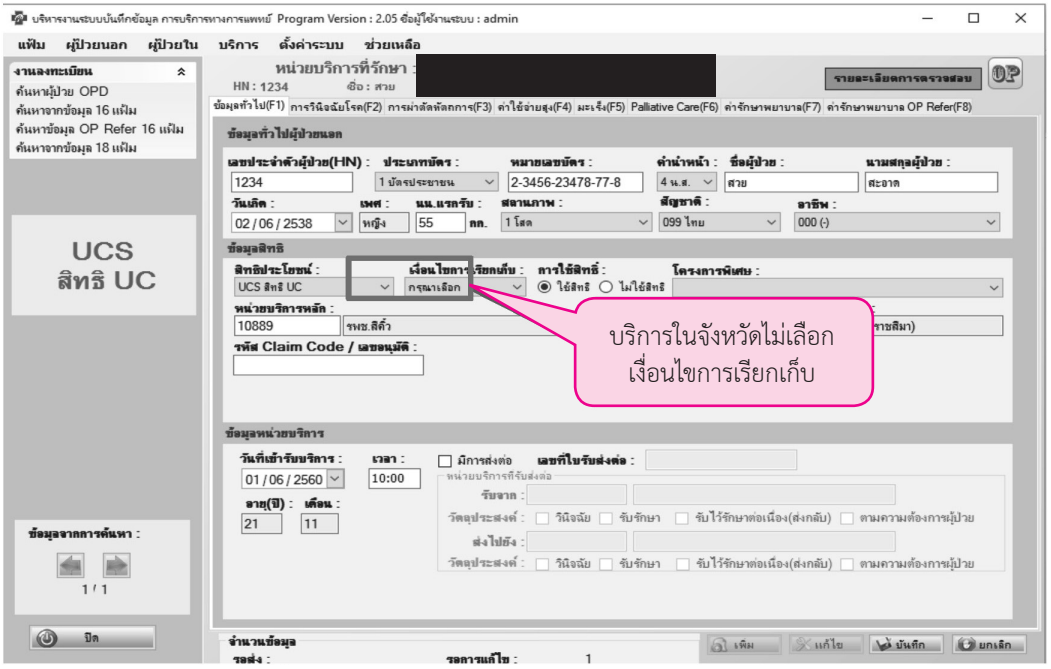
วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

1. ผู้ป่วยนอก ข้อมูลทั่วไป F1

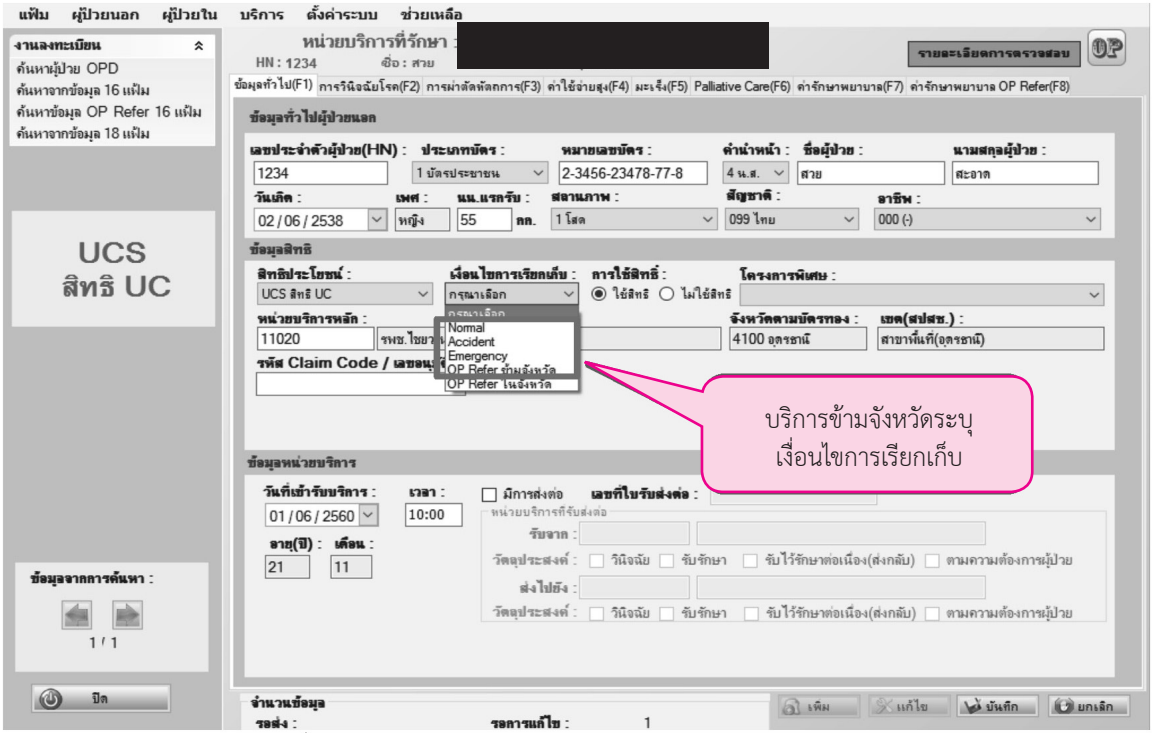
1.1 กรณีให้บริการในจังหวัด ไม่ต้องเลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บ

1.2 กรณีให้บริการข้ามจังหวัด เลือกเงื่อนไขเป็น Normal Accident Emergency หรือ OP Refer ข้ามจังหวัด ตามเงื่อนไขการรับบริการและสิทธิประโยชน์ที่กำหนด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 166 9/14/17 9:04 AM



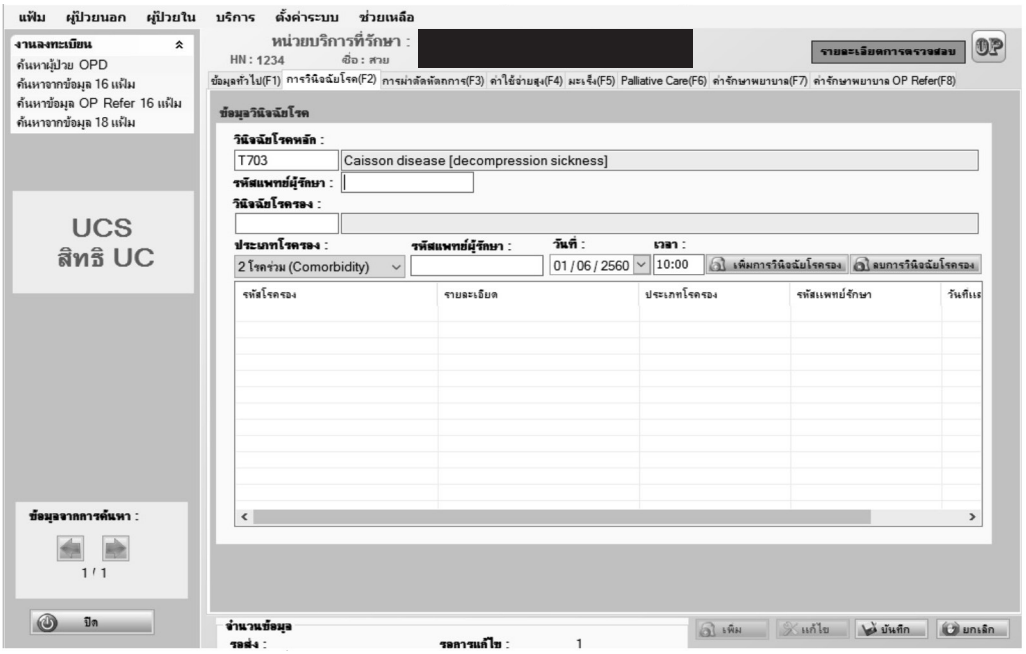
ภาพที่ 124 แสดงการบันทึกการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง



ภาพที่ 125 แสดงการบันทึกการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง

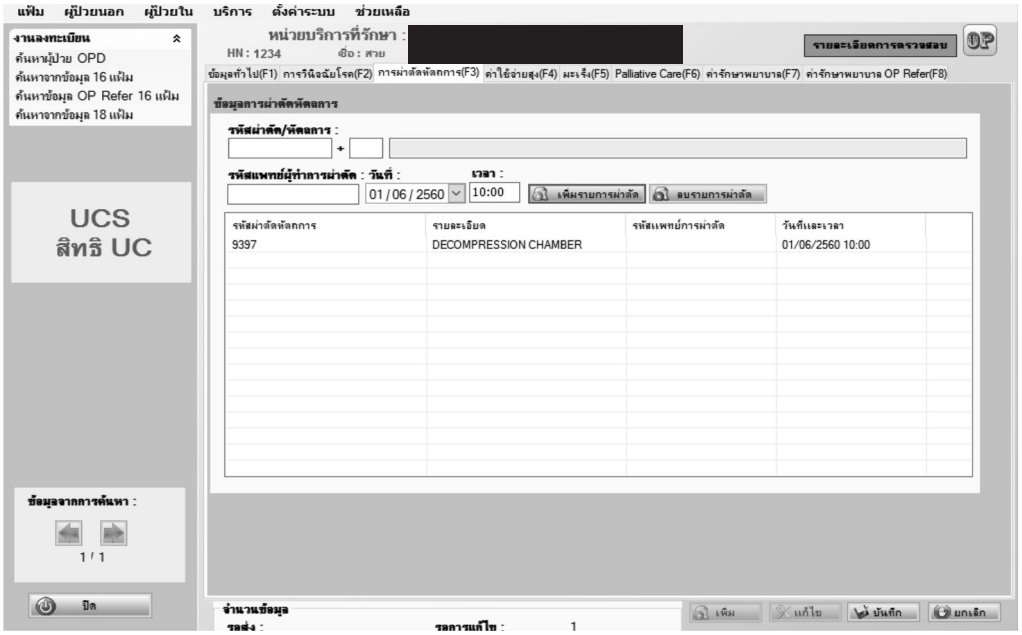
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 167 9/14/17 9:04 AM

2. บันทึกรหัสโรคในหน้า F2 ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน



ภาพที่ 126 แสดงการบันทึกการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง

3. บันทึกรหัสหัตถการในหน้า F3 ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

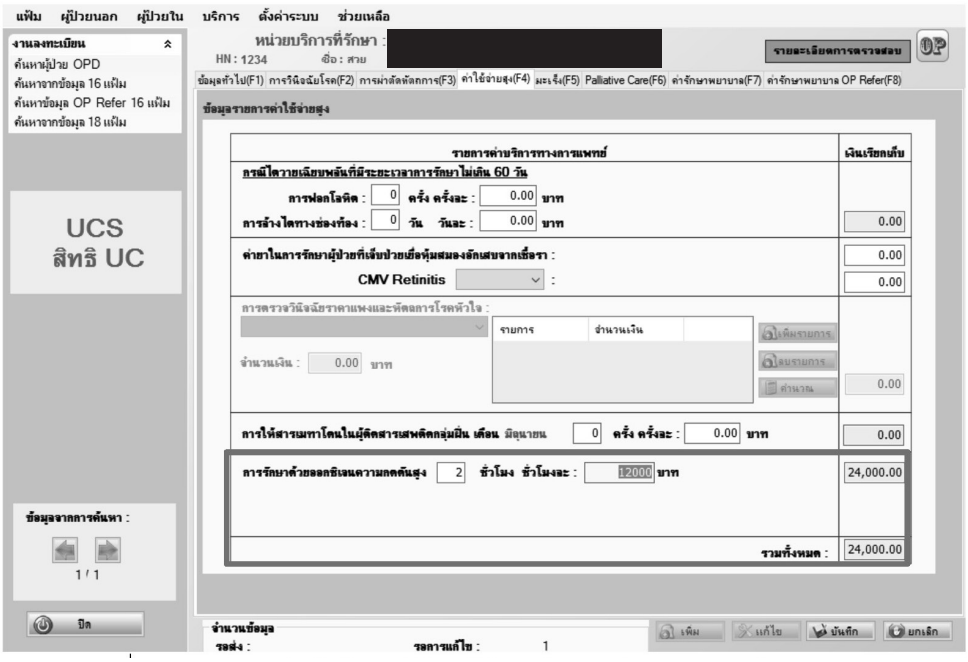


ภาพที่ 127 แสดงการบันทึกการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 168 9/14/17 9:04 AM

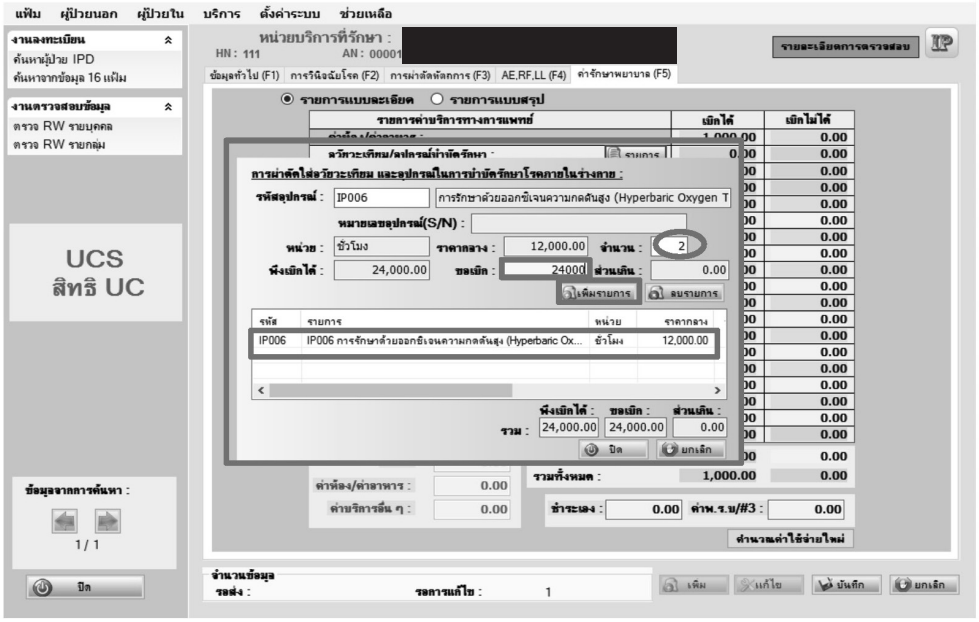
4. บันทึกข้อมูลเบิกกรณีรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง

4.1 ผู้ป่วยนอกบันทึกเบิกในหน้า F4 ค่าใช้จ่ายสูง



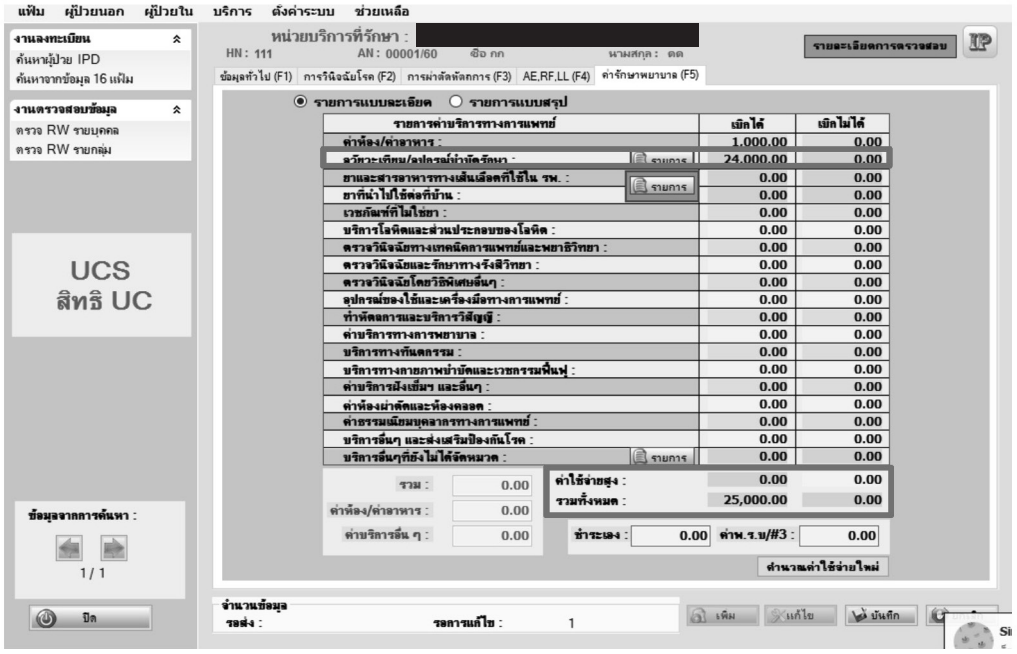
ภาพที่ 128 แสดงการบันทึกข้อมูลเบิกกรณีรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง

4.2 ผู้ป่วยในบันทึกหน้าค่ารักษาพยาบาล F5 เมนู อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา รหัสเบิก IP006



ภาพที่ 129 แสดงการบันทึกหน้าค่ารักษาพยาบาล อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 169 9/14/17 9:04 AM



ภาพที่ 130 แสดงการบันทึกหน้าค่ารักษาพยาบาล อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา

5. การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

- **กลุ่มเป้าหมาย**

ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคกระจกตาสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการบริจาคดวงตาเพื่อใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ณ หน่วยบริการในเครือข่ายของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

- **เป้าหมายการบริการ**

งบประมาณในการบริหารจัดบริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 591 ราย

- **หน่วยบริการที่จะให้บริการ** ต้องเป็นหน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตาร่วมกับศูนย์ดวงตา สภากาชาดไทย ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

แนวทางการสนับสนุนค่าบริการและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

1. การจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา เป็นการจัดหาและบริการดวงตาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้การบริหารจัดการของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย สปสช.จ่ายชดเชยค่าบริการในอัตราดวงตาละ 15,000 บาท ให้หน่วยบริการที่ดำเนินการผ่าตัด และหน่วยบริการจ่ายต่อให้กับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

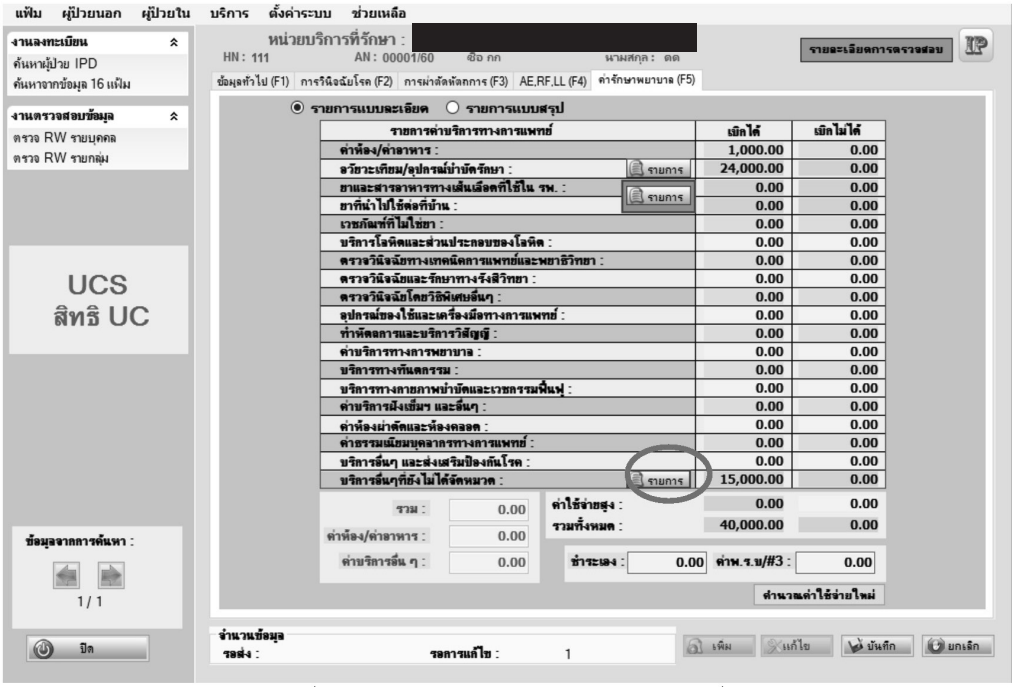
2. สำหรับค่าบริการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาที่ดำเนินการโดยหน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตาร่วมกับศูนย์ดวงตา สภากาชาดไทย กำหนดให้เบิกจ่ายชดเชยค่าบริการผ่าตัดจาก สปสช.ในระบบ DRGs โดยการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ E-claim ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 170 9/14/17 9:04 AM

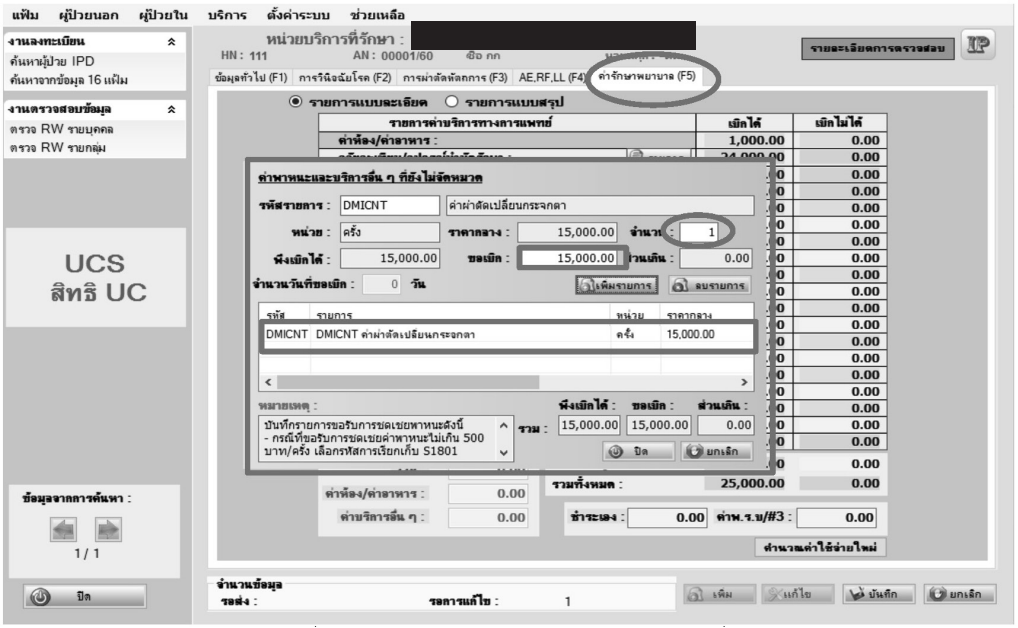
วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

1. บันทึกเบิกกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Cornea Transplant) ในหน้าค่ารักษาพยาบาล F5 เมนูรายการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวด รหัสเบิก DMICNT

2. บันทึกข้อมูลอื่นๆ ให้ครบถ้วน

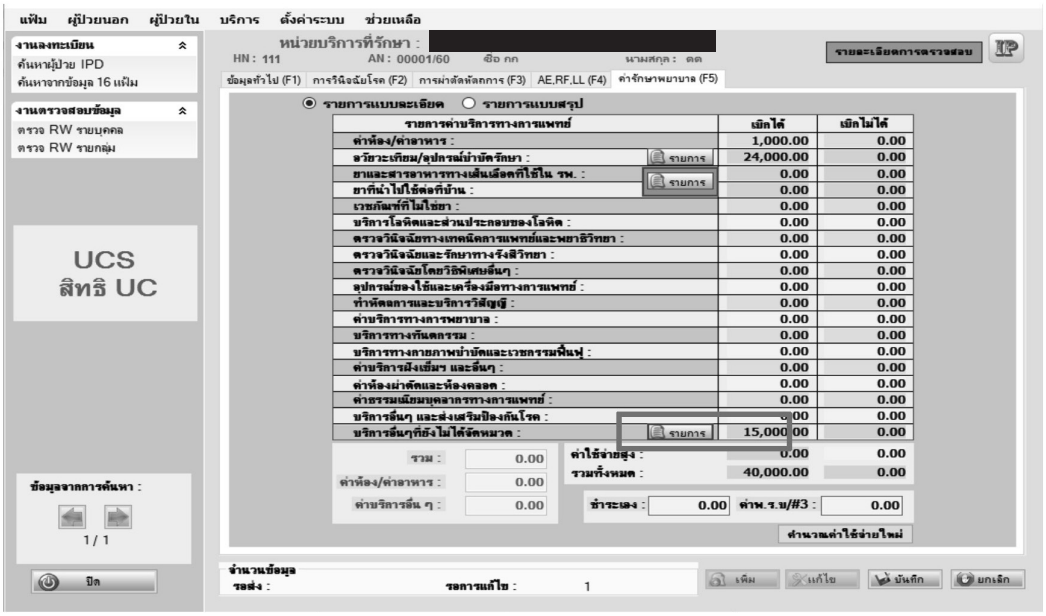


ภาพที่ 131 แสดงการบันทึกเบิกกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา



ภาพที่ 132 แสดงการบันทึกเบิกกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 171 9/14/17 9:04 AM



ภาพที่ 133 แสดงการบันทึกเบิกกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

6. การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ

6.1 การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ

แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ

1. ค่าใช้จ่ายในการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก สปสช.จะให้การสนับสนุนการให้บริการผ่าตัดแก่หน่วยบริการ ตั้งแต่ขั้นตอนการจัดเตรียมก่อนการผ่าตัด การผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัด โดยการสนับสนุนเป็นไปตามแบบแผนการรักษา (Protocol) ตามที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยเสนอ โดย Protocol ดังกล่าวมีการจำแนกย่อยและมีค่าใช้จ่ายที่จ่ายในลักษณะเหมาตาม Protocol ตามภาคผนวกคู่มือการบริหารกองทุน

สำหรับงวดการจ่ายเงิน สปสช.จะจ่ายชดเชยให้ตาม Protocol ที่มีการให้บริการจริงโดยจะชดเชยให้หลังจากที่หน่วยบริการได้ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ปลูกถ่ายตับให้ผู้ป่วยแล้ว

2. การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน เกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยรายเก่า และรายใหม่ก่อนและตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 เป็นต้นไป ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันด้วย โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังผ่าตัด รายละเอียดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายละเอียดตามคู่มือกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และเอกสารอ้างอิงประกอบการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 172 9/14/17 9:04 AM

งวดการจ่ายค่ายากดภูมิคุ้มกันจะจ่ายค่าบริการเป็นรายเดือนต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิรักษาพยาบาลเป็นสิทธิอื่นที่ไม่ใช่สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในระบบ e-Claim และ DMIS และระบบเอกสาร ดังนี้

1. ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการบันทึกในโปรแกรม DMIS-HT หรือ DMIS-LT ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยน Protocol หรือเสียชีวิต ระหว่างผ่าตัด หรืออื่นๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาจขอสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยได้

2. กรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน (Complication) ร่วมด้วย ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs

3. การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ

3.1 กำหนดวันในการส่งข้อมูลแจ้งหนี้ให้ สปสช.คือ 30 วัน ภายหลังจากวันที่ให้บริการ

1) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 95 ของอัตราที่ทีจ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

2) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 90 ของอัตราที่ที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

3) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 80 ของอัตราที่ที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

3.2) กำหนดวันปิดรับข้อมูลการแจ้งหนี้ จะสิ้นสุดการแจ้งหนี้(ส่งเบิก) ภายใน 360 วันนับจากวันที่ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่ให้บริการในเดือนตุลาคม 2560 จะปิดรับการแจ้งหนี้ในวันที่ 30 ตุลาคม 2561

ทั้งนี้ข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย

การอุทธรณ์

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายค่าใช้จ่ายของ สปสช.ไม่ถูกต้องตามประกาศนี้สามารถอุทธรณ์มายัง สปสช.ได้ภายใน 30 วันหลังรับรายงานการโอนเงินทาง www.nhso.go.th/acc หากหลังจากที่กำหนดแล้วถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะอุทธรณ์ขอรับค่าใช้จ่าย หากหน่วยบริการที่ได้ให้บริการนอกเหนือจากแนวทางที่ปฏิบัติที่กำหนดใน Protocol สามารถส่งหลักฐาน คือ สำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาขออุทธรณ์ได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ทั้งนี้ผลการอุทธรณ์ให้ถือตามผลการพิจารณาของคณะกรรมการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

6.2 การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hamotopoietic stem cell Transplantation : HSCT) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว, มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และโรคอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำหนดเม็ดโลหิต

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 173 9/14/17 9:04 AM

- **กลุ่มเป้าหมาย**

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และโรคอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

- **เป้าหมายการบริการ**

งบประมาณในการบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 62 ราย

- **หน่วยบริการที่จะให้บริการ** ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

แนวทางการสนับสนุนค่าบริการและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขบริการ ตามที่สปสช.กำหนด ดังนี้

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

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 174 9/14/17 9:04 AM

- **อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ**

1. จ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เหมาจ่ายรายละ 800,000 บาท (ครอบคลุมระยะ Pre-transplant, Transplant และ Post-transplant)

2. ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ดังกล่าวประกอบไปด้วย ค่า HLA matching ค่าทำการปลูกถ่ายไขกระดูก ค่ายากดภูมิคุ้มกัน เคมีบำบัด รังสีรักษา ค่ายารักษาโรคติดเชื้อ/อาการแทรกซ้อนในระหว่างการดูแลผู้ป่วย รวมถึงค่าติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (โดยทั้งนี้หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บเงินเพิ่มเติมจากผู้ป่วยได้อีก)

3. จ่ายชดเชยเป็นเงิน 2 งวด ดังนี้

1) งวดที่ 1 จ่ายร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของผู้ป่วย แต่ละรายเป็นเงิน 400,000 บาท โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายชดเชย คือ

1.1) ผู้ป่วยต้องได้รับการพิจารณารับรองจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วย ด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต สำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่

1.2) ลงทะเบียนผู้ป่วยเข้าร่วมบริการแล้วภายใน 30 วันหลังจากที่หน่วยบริการได้รับผลการพิจารณาอนุมัติของคณะทำงานฯ

1.3) รายงานผลการดำเนินงานครั้งแรกตามแบบฟอร์มรายงานการลงทะเบียนผู้ป่วย รายละเอียดตามภาคผนวก 15.3 ตามขั้นตอนการดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

2) งวดที่ 2 จ่ายร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นเงิน 400,000 บาท โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายชดเชย ได้แก่

(2.1) หน่วยบริการทำการรักษาผู้ป่วยจนครบตามแผนการรักษาจนกระทั่งได้มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

(2.2) ติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 30 วัน และรายงานผลการติดตามให้ สปสช.ทราบ (หมายเหตุ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างได้รับการรักษาให้ส่งรายงานผลการรักษาภายใน 30 วันให้ สปสช.ทราบ)

4. หน่วยบริการต้องให้การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ภายในระยะเวลา 3 เดือน นับแต่ผู้ป่วยได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต หากเลยระยะเวลาที่กำหนดจะถือว่าผู้ป่วยรายดังกล่าวพ้นสภาพจากการได้รับอนุมัติเข้าร่วมรับบริการ ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยรายดังกล่าวมีความพร้อมในการเข้าร่วมรับบริการ หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลเพื่อเข้ารับการพิจารณาจากคณะทำงานฯได้อีกครั้งแต่หากผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตได้ไม่ว่ากรณีใดก็ตามให้หน่วยบริการแจ้งให้ สปสช.ทราบภายในระยะเวลา 30 วันหลังจากทราบเหตุดังกล่าวเพื่อทำการยกเลิกการเข้าร่วมบริการ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 175 9/14/17 9:04 AM

5. หากในระหว่างการให้บริการในงวดที่ 2 ยังไม่สิ้นสุดตามเงื่อนไขแต่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนสิทธิ หรือเสียชีวิตระหว่างการรักษาพยาบาล หน่วยบริการต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโครงการ และแจ้งให้ สปสช.ทราบภายใน 15 วัน หลังจากทราบข้อมูลดังกล่าวผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสิทธิอื่น หรือผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาพยาบาล และผู้ป่วยรายดังกล่าวได้รับการชดเชยในงวดที่ 1 ไปแล้ว โดย สปสช.จะไม่จ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เนื่องจากไม่เป็นไปตามเงื่อนไข

6. หน่วยบริการต้องติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการรักษา เป็นระยะเวลา 1 ปี หลังจากมีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และรายงานผลการติดตามผู้ป่วยมาให้ สปสช.รับทราบตามระยะเวลาที่กำหนดในขั้นตอนการดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ทั้งนี้ หากไม่รายงานผลการติดตามให้ สปสช.ทราบตามที่กำหนดอาจมีผลต่อการดำเนินการในปีงบประมาณต่อไป ตามแบบรายงานการติดตามผลการรักษา Follow up (รายละเอียดตามภาคผนวก 15.4)

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในระบบเอกสาร

หลังจากให้บริการ หน่วยบริการจัดส่งเป็นเอกสารเพื่อเบิกจ่าย (รายละเอียดตามภาคผนวก 15.4)

กลุ่มที่ 4 กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

1. ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment: MMT)

ขอบเขตบริการ

สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT) เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น (อาทิ เฮโรอีน) ที่สมัครใจ <u>เฉพาะผู้ป่วยนอก</u>

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไขการบริการ**

1. ผู้รับบริการเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงสิทธิว่าง
2. เฉพาะการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นเท่านั้น
3. หน่วยบริการที่มีสิทธิเบิกได้ ได้แก่ หน่วยบริการที่ผ่านการขออนุญาตขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษปี 2522 โดยหลักเกณฑ์ของหน่วยบริการที่จะร่วมให้บริการเป็นดังนี้

หลักเกณฑ์ของหน่วยบริการที่จะเข้าโครงการเบิกจ่ายชดเชยกรณีให้สารเมทาโดนระยะยาว

1. จะต้องเป็นหน่วยบริการที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดครบ 4 ขั้นตอน (การเตรียมการ การถอนพิษยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตาม) เพื่อให้สถานพยาบาล สามารถบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและติดตามผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่เข้าโครงการควบคู่ไปกับการให้ยาเมทาโดน ซึ่งจะทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่เข้าโครงการ สามารถหยุดยาเมทาโดนได้ในระยะเวลาที่ไม่ยาวนานเกินไป

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 176 9/14/17 9:04 AM

2. แพทย์ผู้ทำการบำบัดรักษาจะต้องผ่านการอบรม หรือมีประสบการณ์การรักษาผู้เสพติด เฮโรอีนมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

3. หน่วยบริการจะต้องจัดทำทะเบียนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่เข้าโครงการฯ และรายงาน ความคืบหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่เข้าโครงการฯ ต่อกรมการแพทย์ รวมทั้ง รายงานการใช้เมทาโดนต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยมีสำเนาเก็บไว้ที่หน่วยบริการ พร้อมให้ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบได้

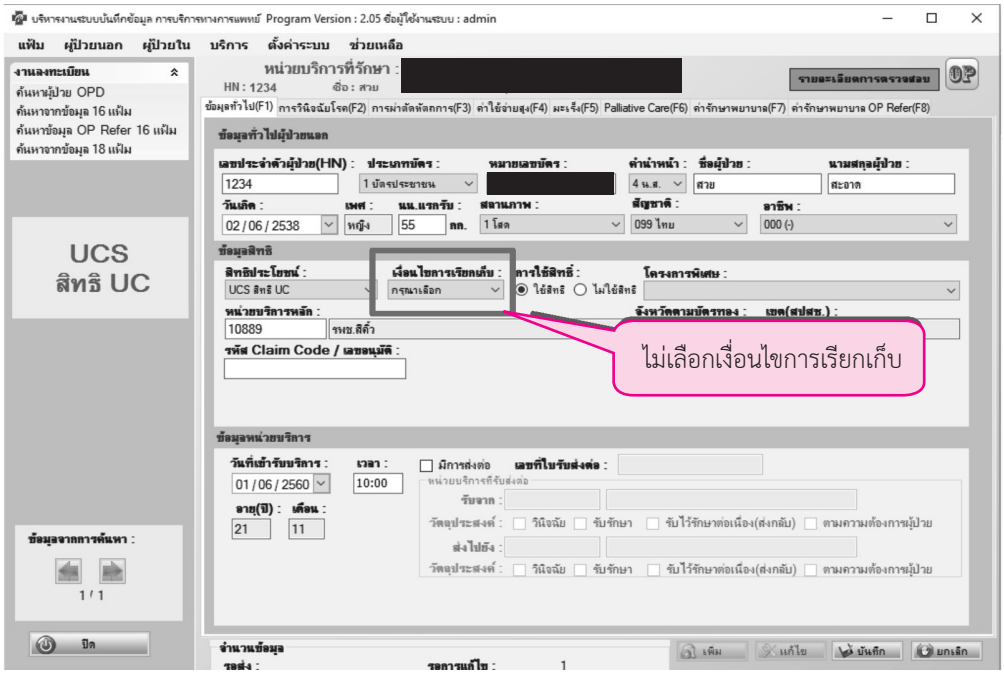
หมายเหตุ: หน่วยบริการที่สามารถให้บริการสารเมทาโดนได้ จะต้องผ่านการขออนุญาตขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตาม พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ปี 2552 ตามหลักเกณฑ์ของสถานพยาบาลที่จะทำโครงการใช้เมทาโดนระยะยาว จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข หากหน่วยบริการมีปัญหาหรือข้อสงสัยเรื่องการขึ้นทะเบียนติดต่อ สถาบันธัญญารักษ์ โทร. 0-2531-0080

- **อัตราการจ่ายเงินชดเชย**

สปสช. จ่ายเป็นค่าสารเมทาโดน สำหรับผู้ป่วยนอก (รหัส ICD 94.25) เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจ (รหัส ICD F11.2) ตามมาตรฐานการบำบัดด้วย เมทาโดนระยะยาวของประเทศไทย 2558 ของกระทรวงสาธารณสุข โดยจ่ายตามจริงตามที่คำนวณได้ไม่เกิน ครั้งละ 35 บาท

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-Claim

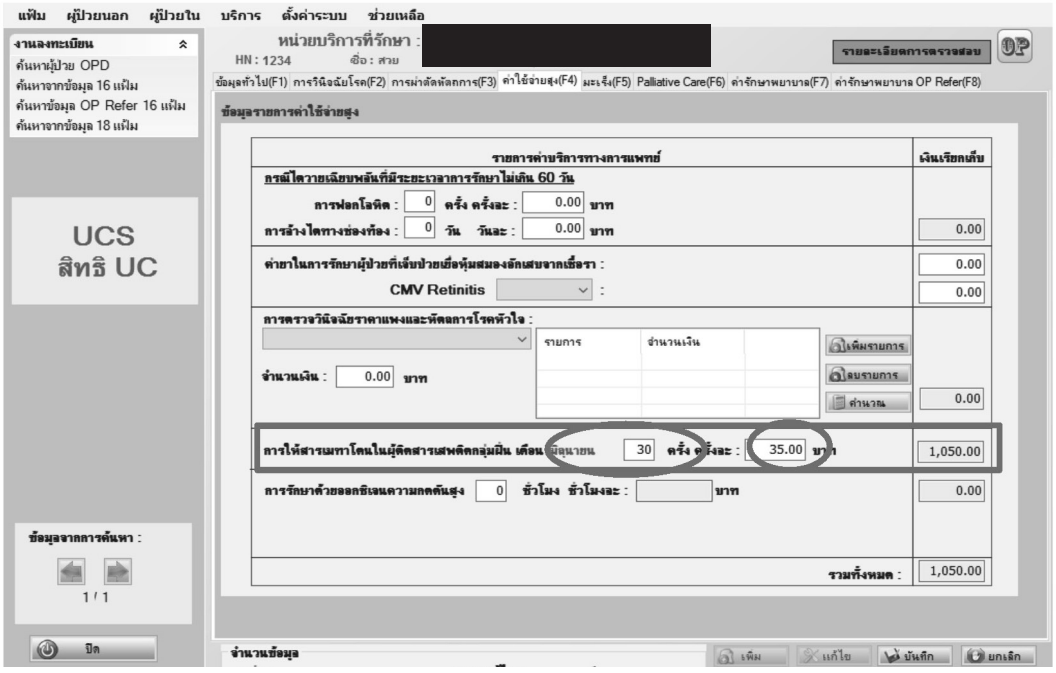
1. **บันทึกเบิกได้เฉพาะ**ผู้ป่วยนอก ข้อมูลทั่วไป F1 ไม่ต้องเลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บ ผู้ป่วยสามารถรับบริการต่างหน่วยบริการประจำได้

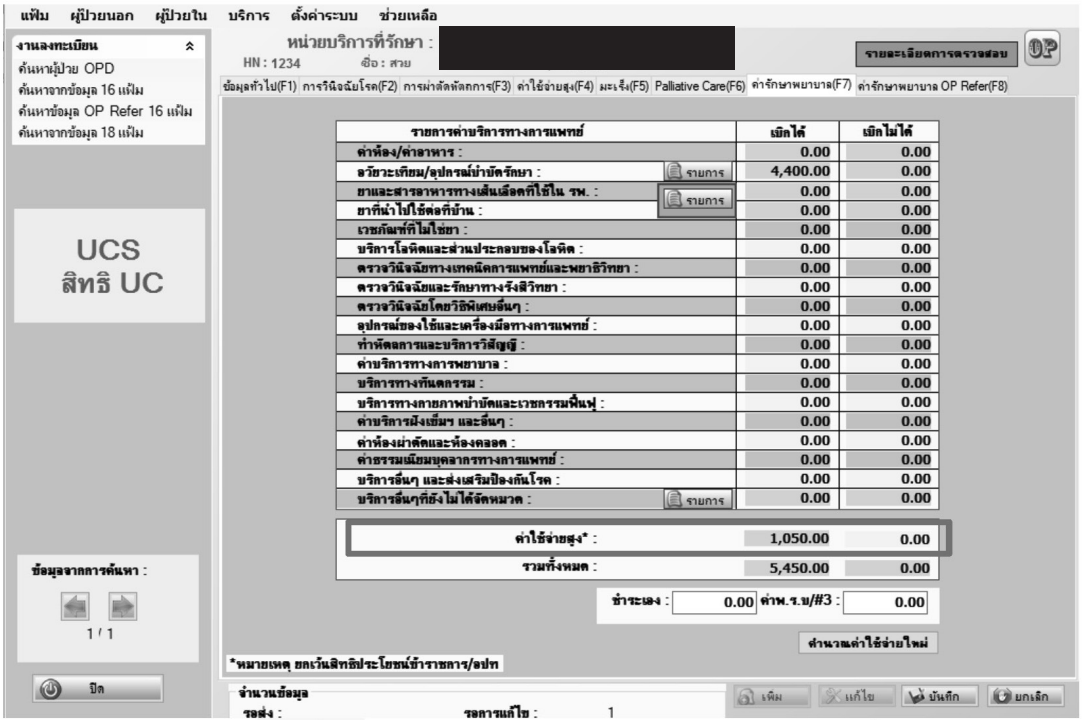


ภาพที่ 134 แสดงการบันทึกเบิกได้เฉพาะผู้ป่วยนอก ข้อมูลทั่วไป

M100.indd 177 9/14/17 9:04 AM

2. บันทึกเบิกค่าสารเมทาโดนในหน้า F5 ค่าใช้จ่ายสูง บันทึกจำนวนวันไม่เกินจำนวนวันของเดือนที่รับบริการ





ภาพที่ 135 แสดงการบันทึกเบิกได้เฉพาะผู้ป่วยนอก ข้อมูลทั่วไป

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 178 9/14/17 9:04 AM

2. การจ่ายกรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงการเบิกชดเชยยา ที่บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561

1. ยาที่จำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง

1) ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2)

1.1) ระบบการขอชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2)

1.1.1) การเบิกชดเชยยา: กรณีทั่วไป

(1) ระบบการอนุมัติการใช้ยา (Authorized system)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายชดเชยยา จ (2) ในรูปแบบของการชดเชยเป็นยา* หรือ การชดเชยเป็นเงินเท่ากับมูลค่ายาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดหาได้ตามเงื่อนไขที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ให้กับหน่วยบริการที่มีการสั่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชี จ (2) ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และการสั่งใช้นั้นต้องผ่านกระบวนการอนุมัติก่อนการใช้ยา (Pre-Authorization) โดยหน่วยงานกลาง ที่จะจัดตั้งขึ้นโดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์ ทั้ง 3 หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง แต่ในปัจจุบัน ยังไม่มีการตั้งหน่วยงานกลางขึ้น ดังนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมอบหมายให้การอนุมัติก่อนการใช้ยาเป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือบุคคล/คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการมอบหมาย ซึ่งในการสั่งใช้ยาดังกล่าว หน่วยบริการต้องมีการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยา จ (2) ที่ บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด และเตรียมพร้อมสำหรับการตรวจสอบโดยส่วนกลางในภายหลัง

(2) การจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการ และการขอสำรองยา มี วิธีปฏิบัติ ดังนี้

หน่วยบริการมีหนังสือแสดงความประสงค์ขอเข้าร่วมโครงการฯ ผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขต โดยระบุ

(2.1) รายละเอียดของแพทย์ที่สามารถสั่งใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ สาขาความเชี่ยวชาญของแพทย์ รายการยาและข้อบ่งใช้ที่จะขอสั่งใช้ยา

(2.2) รายละเอียดผู้ประสานงานดูแลระบบการเบิกยาของโรงพยาบาล (ชื่อ นามสกุล และเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน) เพื่อใช้ออก username, password สำหรับใช้ในการเข้าสู่โปรแกรมการเบิกยาของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลังจากนั้นผู้ประสานงานที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต จะตรวจสอบข้อมูลและแจ้งหน่วยบริการ และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลาง หน่วยบริการแต่ละแห่งสามารถขอ username, password ได้มากกว่า 1 ชุด

(2.3) รายการยาและปริมาณที่ขอสำรอง ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขอสงวนสิทธิให้เภสัชกรผู้ประสานงานเขตเป็นผู้การพิจารณาปริมาณยาที่จะให้สำรอง

(2.4) หน่วยบริการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยา จ (2) ที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด

---

* ผ่านเครือข่ายบริการด้านยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 179 9/14/17 9:04 AM

(2.5) ขออนุมัติใช้ยาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือบุคคล/คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการมอบหมาย (ส่วนนี้สำหรับระบบควบคุมภายในโรงพยาบาล)

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

2.6.1 ช่องทางที่ 1 ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมการเบิกชดเชยยา มีลักษณะการส่งข้อมูลเป็นแบบ Off-line หรือ On-line

2.6.2 ช่องทางที่ 2 ส่งแฟ้มข้อมูลขอชดเชยยา ตามรูปแบบที่กำหนดและส่งข้อมูลการชดเชยดังกล่าวมาที่ Website ของ สปสช.เขต ตามวิธีที่ระบุไว้ในคู่มือการใช้โปรแกรม

(2.7) ระบบจะตัดยอดข้อมูลหลังเที่ยงคืนของทุกวัน และส่งข้อมูลเข้าระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมทุกวันโดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบผลการส่งข้อมูลเบิกชดเชยยาได้ 2 ทาง คือ จากโปรแกรมการเบิกชดเชยยาที่ติดตั้งในคอมพิวเตอร์ของหน่วยบริการ และ จากทาง website ระบบยาของ สปสช.

(2.8) องค์การเภสัชกรรมจัดส่งยาตามข้อมูลที่ได้รับจากโปรแกรมการเบิกชดเชยยา ภายใน 7 วันทำการ หลังจากได้รับข้อมูลจาก สปสช.

(3) หน่วยบริการสามารถ Download โปรแกรมเบิกชดเชยยา ยาบัญชี จ (2) และคู่มือการใช้งานได้ที่ www.nhso.go.th โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

(3.1) เข้าสู่ Website: www.nhso.go.th

(3.2) กดเลือก “บริการข้อมูล”

(3.3) เลือกหัวข้อ “Download/เอกสารบรรยาย

(3.4) เลือกหัวข้อย่อย “Download”

(3.5) ที่หัวข้อ ระบบยา กดเลือก Download “Setup โปรแกรมเบิกยาบัญชี จ (2) Version 3.0” หรือคู่มือการใช้โปรแกรม

(1.1.2) การเบิกชดเชยยา: กรณีพิเศษสำหรับรายการยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ หรือตลอดชีวิต

สปสช.จัดระบบบริหารจัดการสำหรับการเบิกยาชดเชยสำหรับกรณีดังกล่าวนี้ได้แก่

(1) ยา Immunoglobulin G (IVIG) สำหรับผู้ป่วยโรค Primary Immunodeficiency Disease (PID) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับยา Immunoglobulin G (IVIG) ตลอดชีวิต

(2) ยา Leuprorelin สำหรับผู้ป่วย Central precocious puberty ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาทุกเดือนต่อกันจนกว่าผู้ป่วยมีอายุครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

(3) หรือยาอื่นตามที่สปสช.กำหนด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 180 9/14/17 9:04 AM

เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และมีแพทย์ที่อยู่ในเงื่อนไขตามหลักเกณฑ์ ได้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรค 2 โรคข้างต้น พิจารณาลงความเห็นว่าสามารถส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิได้ ให้หน่วยบริการรับส่งต่อส่งตัวผู้ป่วยกลับพร้อมสำเนาแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาและหนังสือส่งตัวที่ระบุรายการยา, ปริมาณที่ต้องใช้, ระยะเวลาใช้ยา ไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิใกล้บ้าน เมื่อโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิได้รับผู้ป่วยแล้ว ให้ทำหนังสือขออนุมัติเบิกชดเชยยาเป็นกรณีพิเศษ โดยกรอกแบบฟอร์มการขออนุมัติชดเชยยาเป็นกรณีพิเศษ ตามเอกสารแนบ รวมทั้งสำเนาหนังสือส่งตัวกลับจากหน่วยบริการรับส่งต่อที่ระบุรายการยาข้างต้น ส่งมายัง **สปสช.เขต**

สปสช.เขต โดยเภสัชกรผู้ประสานงานเขตดำเนินการตรวจสอบและแจ้งผลการอนุมัติให้โรงพยาบาลทราบและประสานกับผู้ประสานงานของโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการให้หน่วยบริการได้รับชดเชยยาดังกล่าว อนึ่ง การส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไปรับยาเป็นกรณีพิเศษที่หน่วยบริการทุติยภูมิใกล้บ้านนี้ หน่วยบริการดำเนินการส่งแบบฟอร์มการขออนุมัติเป็นกรณีพิเศษนี้เฉพาะครั้งแรกที่ดำเนินการเบิกยาให้ผู้ป่วยแต่ละรายเท่านั้น

หมายเหตุ:

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สำนักงานประกันสังคม มีข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกันเพื่อพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานของข้อมูลและการบริหารจัดการสารสนเทศในระบบบริการสุขภาพร่วมกันเพื่อลดความซ้ำซ้อนและสร้างระบบที่มีมาตรฐานเดียวกันในการบริหารจัดการอันจะนำไปสู่การมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในที่สุด จึงเป็นเหตุให้ทางสำนักงานประกันสังคมใช้ระบบการเบิกชดเชยยา บัญชี จ (2) ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกันตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556
2. กรณีการเบิกชดเชย Factor VIII และ Factor IX ให้ดู 4) การเบิกชดเชยค่ายารักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย

2) ยา Clopidogrel

2.1) ระบบการเบิกยา Clopidogrel bisulfate 75 mg tablet

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายชดเชยยา Clopidogrel ในรูปแบบของการชดเชยเป็นยา* หรือ การชดเชยเป็นเงินเท่ากับมูลค่ายาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดหาได้ตามเงื่อนไขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้กับหน่วยบริการที่มีการสั่งใช้ยาตามแนวทางบัญชียาหลักแห่งชาติ

2.2.1) หน่วยบริการสมัครเข้าร่วมโครงการเพิ่มการเข้าถึงยา Clopidogrel ผ่าน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต โดยกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มขอสำรองยา Clopidogrel และแบบฟอร์มขอ Username/Password ส่งให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต (ขอแบบฟอร์มดังกล่าวได้จาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขา) เมื่อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตตรวจสอบเงื่อนไขต่างๆ แล้วถ้าถูกต้อง จะส่ง Username/Password ในการเบิกยา Clopidogrel ให้หน่วยบริการเพื่อใช้ในการเบิกชดเชยยา

---

* ผ่านเครือข่ายบริการด้านยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 181 9/14/17 9:04 AM

2.2.2) เพื่อให้การบริหารจัดการยาของหน่วยบริการมีความคล่องตัว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจัดส่งยาให้แก่หน่วยบริการสำรองยาในเบื้องต้น 3 เดือน โดยพิจารณาจากอัตราการใช้ยาต่อเดือน การจ่ายชดเชยและการสำรองยามีวิธีปฏิบัติ ดังนี้

(1) หน่วยบริการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมการเบิกชดเชยยา (ยา Clopidogrel โดยหน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลการเบิกยา Clopidogrel ได้ทุกวัน

(2) ส่งข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยมาที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต *(สามารถส่งข้อมูลได้ทุกวัน)* ซึ่งสามารถเลือกวิธีการส่งข้อมูลได้ 2 ช่องทาง *(เลือกช่องทางใดช่องทางหนึ่ง)* คือ

(2.1) ช่องทางที่ 1 ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมการเบิกชดเชยยา มีลักษณะการส่งข้อมูลเป็นแบบ Off-line หรือ On-line

(2.2) ช่องทางที่ 2 ส่งแฟ้มข้อมูลขอชดเชยยา ตามรูปแบบที่กำหนด และส่งข้อมูลการชดเชยดังกล่าวมาที่ Website ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต ตามวิธีที่ระบุไว้ในคู่มือ การใช้โปรแกรม

2.2.3) ระบบจะตัดยอดข้อมูลที่สะสมไว้ที่ส่วนกลางเพื่อส่งระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมทุกเที่ยงคืน

2.2.4) องค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งยาตามข้อมูลที่ได้รับจากโปรแกรมการเบิกยาชดเชยยา ภายใน 7 วันทำการหลังจากได้รับข้อมูลจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว *(นับจากวันที่ระบบตัดยอดข้อมูลส่งองค์การเภสัชกรรม)*

2.2.5) หน่วยบริการสามารถ Download โปรแกรมเบิกชดเชยยา (Clopidogrel) และคู่มือการใช้งานได้ที่ www.nhso.go.th โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

(1) เข้าสู่ Website: www.nhso.go.th

(2) กดเลือก “บริการข้อมูล”

(3) เลือกหัวข้อ “Download/เอกสารบรรยาย

(4) เลือกหัวข้อย่อย “Download”

(5) ที่หัวข้อระบบยากดเลือก Download “โปรแกรมเบิกยา Clopidogrel” หรือคู่มือการใช้โปรแกรม หรือ กดเลือก Download “โปรแกรมเบิกยาบัญชี จ (2)” ซึ่ง มี การบรรจุโปรแกรมการเบิกชดเชยายา clopidogrel รวมไว้ด้วยกันแล้ว

3) ยากำพร้า

3.1) ระบบการเบิกยา

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายชดเชยยา ยากำพร้าและยาต้านพิษ ในรูปแบบของการชดเชยเป็นยา* หรือ การชดเชยเป็นเงินเท่ากับมูลค่ายาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

* ผ่านเครือข่ายบริการด้านยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 182 9/14/17 9:04 AM

จัดหาได้ตามเงื่อนไขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้กับหน่วยบริการที่มีการสั่งใช้ยาตามแนวทางบัญชียาหลักแห่งชาติ

3.1.1) ให้หน่วยบริการทำการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยคนไทยทุกสิทธิการรักษา ในโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงของ สปสช. เพื่อเบิกชดเชยยา

3.1.2) กรณีผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย แต่มีความจำเป็นต้องได้รับยาต้านพิษ ที่ไม่สามารถจัดซื้อได้ในประเทศ ซึ่งเป็นยาในโครงการ ให้หน่วยบริการกรอกข้อมูลเบิกยาผ่านโปรแกรมเบิกชดเชยยา และแนบเอกสารขอความอนุเคราะห์ขอสนับสนุนยาโดยให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้ลงนาม และแนบเอกสารส่งผ่านระบบต่อไป

3.1.3) หน่วยบริการที่มีผู้ป่วยที่คาดว่าได้รับสารพิษ หรือมีความจำเป็นต้องได้รับยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของสปสช. อาจพิจารณาโทรศัพท์หารือกับศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี หรือศูนย์พิษวิทยาศิริราช หรือคลินิกพิษจากสัตว์ เพื่อช่วยวินิจฉัย หรือแนะนำการใช้ยากำพร้าโดยเฉพาะกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มต้านพิษงู อย่างถูกต้อง เหมาะสม โดยสามารถติดต่อได้ที่

ศูนย์พิษวิทยา รามาธิบดี โทร 1367
ศูนย์พิษวิทยา ศิริราช โทร 02-4197007
คลินิกพิษจากสัตว์ โทร 02-2520161-4 ต่อ 125

3.1.4) กรณีหน่วยบริการมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยาแต่ไม่ได้เป็นแหล่งสำรองยานั้น ให้หน่วยบริการติดต่อศูนย์พิษวิทยา หรือเข้าไปทำการสืบค้นข้อมูลการสำรองยาจากเวบไซด์ของสปสช. http://drug.nhso.go.th/Antidotes/ เพื่อพิจารณาว่าจะดำเนินการเบิกยาจากแหล่งสำรองยาใดได้สะดวกและรวดเร็ว ทั้งนี้หน่วยบริการสามารถเบิกยาจากแหล่งใดก็ได้โดยไม่ต้องคำนึงว่าเป็นหน่วยบริการในเขตเดียวกันหรือไม่ เมื่อทราบว่าจะเบิกยาจากแหล่งสำรองยาใด ให้หน่วยบริการประสานไปยังผู้ประสานงานตามที่ระบุไว้บนเวบไซด์ เพื่อให้แหล่งสำรองยาดังกล่าวจัดส่งยาให้ต่อไป

3.1.5) กรณีหน่วยบริการที่มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยาแก้พิษและเป็นแหล่งสำรองยานั้น ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการเบิกใช้ยาลงในโปรแกรมเบิกชดเชยยาของ สปสช. และสามารถนำยาไปใช้เพื่อการรักษาผู้ป่วยรายนั้น หากยาที่สำรองไว้ไม่เพียงพอ ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการเบิกใช้ยาลงใน โปรแกรมเบิกชดเชยยาของ สปสช.ตามจำนวนที่มี และประสานขอยาเพิ่มเติมโดยดำเนินการตามข้อ 3.1.1

3.1.6) หน่วยบริการที่เป็นแหล่งสำรองยาและได้รับการประสานขอเบิกยาจากหน่วยบริการอื่นที่รับผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษ และได้รับการวินิจฉัย ว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยา ให้จัดส่งยาไปยังหน่วยบริการที่ประสานขอยามา หรือนัดหมายให้หน่วยบริการที่มีความจำเป็นต้องใช้ยามารับยาตามช่องทางที่เหมาะสมและรวดเร็ว และบันทึกข้อมูลการเบิกยาพร้อมข้อมูลการจัดส่งยาในโปรแกรมการบริหารจัดการยากำพร้าของ สปสช. เพื่อรับการชดเชยยา และค่าขนส่งต่อไป ทั้งนี้เมื่อได้รับยาชดเชยแล้ว ให้หน่วยบริการลงรับยาในโปรแกรมเบิกชดเชยยา หัวข้อ รับยาเข้าคลังตาม PO โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบเลขที่ PO ได้ตามใบนำส่งจากองค์การเภสัชกรรม

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 183 9/14/17 9:04 AM

3.1.7) หลังจากที่หน่วยบริการให้บริการยาและกรอกข้อมูลเพื่อเบิกชดเชยยาจากระบบแล้ว จะได้รับการติดต่อจากศูนย์พิษวิทยาเพื่อติดตามประเมินผลโครงการ ทั้งนี้ขอความร่วมมือหน่วยบริการให้ข้อมูลแก่ศูนย์พิษวิทยา เพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาระบบการบริหารจัดการยากำพร้าระดับประเทศต่อไป

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

3.1.9) หน่วยบริการที่ไม่ได้เป็นแหล่งสำรองยา แต่อยู่ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงจะเกิดพิษ สามารถขอสมัครเข้าเป็นหน่วยสำรองยาเพิ่มเติมได้ โดยกรอกแบบฟอร์ม รายละเอียดดังภาคผนวก 3 พร้อมแนบหนังสืออนุมัติให้เป็นผู้ดำเนินการเบิกจ่ายยาในโครงการเพิ่มการเข้าถึงยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษ โดยหัวหน้าหน่วยงานหรือผู้รับมอบอำนาจ ส่งที่ สปสช. สาขาเขตที่หน่วยบริการสังกัดอยู่ เพื่อดำเนินการเพิ่มแหล่งสำรองยาต่อไป

ทั้งนี้เมื่อหน่วยบริการได้รับยาสำรองแล้ว ให้หน่วยบริการลงรับยาดังกล่าวในโปรแกรมเบิกชดเชยยาหัวข้อ รับยาเข้าคลังกรณี Initial stock ก่อนการเบิกใช้ยาตามขั้นตอนข้างต้นต่อไป

3.2) การจัดการยาหมดอายุ

การบริหารจัดการยากำพร้าและยาต้านพิษหมดอายุแบ่งเป็น 2 กรณีดังนี้

3.2.1) กรณียากำพร้า ที่ สปสช. ขอให้หน่วยบริการสำรองตามความเสี่ยง รายการยาประกอบด้วย

(1) Dimercaprol inj
(2) Sodium nitrite inj.
(3) Sodium thiosulfate inj.
(4) Methylene blue inj.
(5) Diptheria antitoxin inj.
(6) Calcium disodium edentate inj.

กรณียาที่สำนักงานขอให้หน่วยบริการสำรองตามความเสี่ยงและความเร่งด่วน มีการจัดซื้อตามแผน โดยจัดซื้อตามจำนวนขั้นต่ำที่บริษัทผู้ผลิตหรือจำหน่ายยินดีนำเข้า เพื่อให้มียาสำรองในปริมาณเพียงพอแก่การให้บริการ และความมั่นคงของประเทศ การดำเนินการบริหารจัดการยาหมดอายุให้ดำเนินการดังนี้

(1) เมื่อได้รับยาสำรองขอให้หน่วยบริการลงข้อมูล รับยาเข้าคลังกรณี Initial โดยให้ลงข้อมูลแยกรายรุ่นการผลิต และลงวันหมดอายุ ในโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าและยาต้านพิษ ของ สปสช. โดยกรณียาที่ส่งให้มียาและสารทำละลายในกล่องเดียวกันให้ลงวันหมดอายุโดยยึดตัวยาสำคัญเป็นหลัก ระบบจะแสดงสถานะยาใกล้หมดอายุ เมื่ออายุยาเหลือน้อยกว่า 1 เดือน และส่งข้อมูลให้ สปสช. เขต เพื่ออนุมัติตัดจ่ายยาทดแทนให้กับหน่วยบริการ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 184 9/14/17 9:04 AM

(2) เมื่อยาหมดอายุ ซึ่งจะหมดอายุพร้อมกันทั่วประเทศตามแผนการจัดซื้อองค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งยารุ่นการผลิตใหม่ทดแทนให้หน่วยบริการก่อนยาเดิมหมดอายุ ตามรายการและจำนวนที่ สปสช. เขตอนุมัติทดแทน

(3) ให้หน่วยบริการดำเนินการรวบรวมยาหมดอายุเพื่อรอการทำลาย และดำเนินการลงรับยารุ่นการผลิตใหม่เป็นยา initial ในโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าและยาต้านพิษ ของ สปสช.

(4) สปสช. จะดำเนินการรวบรวมข้อมูลยาที่หมดอายุในปีงบประมาณ ขออนุมัติทำลายยาในภาพรวม และออกหนังสือแจ้งหน่วยบริการทำลายยาที่หมดอายุ ในเดือนกันยายนของแต่ละปีงบประมาณ

(5) หน่วยบริการสรุปรายการและจำนวนยาที่หมดอายุ ณ คลังยา ในหน่วยบริการพร้อมแนบหนังสืออนุมัติทำลายยาในภาพรวมของ สปสช. รายงานต่อหัวหน้าหน่วยงาน และดำเนินการทำลายยาต่อไป

(6) องค์การเภสัชกรรม สรุปรายการและจำนวนยาที่หมดอายุในคลังยา ณ องค์การเภสัชกรรม พร้อมแนบหนังสืออนุมัติทำลายยาในภาพรวมของสปสช. รายงานต่อผู้อำนวยการเภสัชกรรมให้ดำเนินการทำลายตามระเบียบพัสดุต่อไป

3.2.2) กรณียากำพร้า ที่หน่วยบริการขอสำรองตามความต้องการใช้ในพื้นที่

รายการยาประกอบด้วย

(1) เซรุ่มต้านพิษงูเห่า
(2) เซรุ่มต้านพิษงูเขียวหางไหม้
(3) เซรุ่มต้านพิษงูแมวเซา
(4) เซรุ่มต้านพิษงูกะปะ
(5) เซรุ่มต้านพิษงูทับสมิงคลา
(6) เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบเลือด (Polyvalent antivenom for hemat toxin)
(7) เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบประสาท (Polyvalent antivenom for neurotoxin)
(8) Esmolol inj.
(9) Diphenhydramine inj.

3.2.2.1) เมื่อได้รับยาสำรองขอให้หน่วยบริการลงข้อมูล รับยาเข้าคลังกรณี Initial โดยให้ลงข้อมูลแยกรายรุ่นการผลิต และลงวันหมดอายุ ในโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าและยาต้านพิษ ของ สปสช.โดยกรณียาที่ส่งให้มียาและสารทำละลายในกล่องเดียวกันให้ลงวันหมดอายุโดยยึดตัวยาสำคัญเป็นหลัก ระบบจะแสดงสถานะยาใกล้หมดอายุ เมื่ออายุยาเหลือน้อยกว่า 1 เดือนสำหรับยากำพร้า และเมื่ออายุยาเหลือน้อยกว่า 7 เดือนสำหรับเซรุ่ม และส่งข้อมูลให้ สปสช. เขต

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 185 9/14/17 9:04 AM

3.2.2.2) กรณียากำพร้า ให้ สปสช. เขต อนุมัติตัดจ่ายยาทดแทนให้กับหน่วยบริการ โดยพิจารณาประสานปรับปริมาณการใช้ให้เหมาะสมกับปริมาณการใช้ในพื้นที่

3.2.2.3) กรณีเซรุ่มต้านพิษงู ให้ สปสช. เขตประสานปรับเกลี่ยในระดับเขตและปรับปรุง stock ให้ตรงกับที่หน่วยบริการมีจริง และเมื่อยาหมดอายุ ให้ สปสช. เขต อนุมัติตัดจ่ายยาทดแทนให้กับหน่วยบริการ โดยพิจารณาประสานปรับปริมาณการใช้ให้เหมาะสมกับปริมาณการใช้ในพื้นที่

3.2.2.4) เมื่อยาหมดอายุ องค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งยารุ่นการผลิตใหม่ทดแทนให้หน่วยบริการก่อนยาเดิมหมดอายุ ตามรายการและจำนวนที่ สปสช. เขตอนุมัติทดแทน

3.2.2.5) ให้หน่วยบริการดำเนินการรวบรวมยาหมดอายุเพื่อรอการทำลาย และดำเนินการลงรับยารุ่นการผลิตใหม่เป็นยา initial ในโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าและยาต้านพิษ ของ สปสช.

3.2.2.6) สปสช. จะรวบรวมข้อมูลยาที่หมดอายุในปีงบประมาณ ขออนุมัติทำลายยาในภาพรวม และออกหนังสือแจ้งหน่วยบริการทำลายยาที่หมดอายุ ในเดือนกันยายนของแต่ละปีงบประมาณ

3.2.2.7) สปสช. สรุปรายการและจำนวนยาที่หมดอายุ ในหน่วยบริการ พร้อมแนบหนังสืออนุมัติทำลายยาในภาพรวมของ สปสช. รายงานต่อหัวหน้าหน่วยงาน และดำเนินการทำลายยาต่อไป

3.3) หน่วยบริการสามารถ Download โปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าและยาต้านพิษและคู่มือการใช้งานได้ที่ www.nhso.go.th โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

(1) เข้าสู่ Website: www.nhso.go.th

(2) กดเลือก “บริการข้อมูล”

(3) เลือกหัวข้อ “Download/เอกสารบรรยาย

(4) เลือกหัวข้อย่อย “Download”

(5) ที่หัวข้อระบบยากดเลือก Download “โปรแกรมเบิกยากำพร้าและยาต้านพิษ” หรือ คู่มือการใช้โปรแกรม

4) การเบิกชดเชยค่ายารักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟิเลีย

การดูแลรักษาโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)

สำหรับผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียทั้งรายเก่า และรายใหม่ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่างเพื่อให้ผู้ป่วยฮีโมฟีเลียเข้าถึงบริการแฟคเตอร์เข้มข้น โดยเก็บไว้ที่บ้าน และนำมารักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้นอย่างทันท่วงที สามารถลดการนอนโรงพยาบาล ลดภาวะทุพพลภาพ ลดการเสียชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการรับส่งต่อให้บริการที่มีมาตรฐานและสนับสนุนการจัดเครือข่ายบริการ โดยมีการบริหารจัดการ ดังนี้

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 186 9/14/17 9:04 AM

1) สิทธิประโยชน์

1.1) ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่างจะได้รับการคุ้มครองเฉพาะการจ่ายแฟคเตอร์เข้มข้นไปเก็บไว้ที่บ้านหรือหน่วยบริการเพื่อรักษาภาวะเลือดออก ในระยะเริ่มต้น โดยผู้ป่วยต้องมารับยาที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ที่ตนเองได้ลงทะเบียนไว้ หรือหน่วยบริการเฉพาะโรคที่อยู่ใกล้ภูมิลำเนาผู้ป่วย ตามกำหนดนัดของหน่วยบริการนั้น และแพทย์ผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่กำหนดจ่ายยาตาม Protocol (แผนการรักษา) ตามที่กำหนดในระบบบัญชียาหลักแห่งชาติ และนำไปเก็บไว้ที่บ้านตามความเหมาะสม ในแต่ละระดับอาการ

1.2) ผู้มีสิทธิจะได้รับแฟคเตอร์เข้มข้นจำนวนหนึ่งสำหรับการรักษาโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) รุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต หรือกรณีผ่าตัดฉุกเฉินตามเงื่อนไขที่กำหนด โดยโรคหรือภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต หรือผ่าตัดฉุกเฉินที่อยู่ในเงื่อนไขได้รับชดเชยค่าแฟคเตอร์เข้มข้นจำนวนหนึ่ง ได้แก่ อาการเลือดออกรุนแรงในอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น สมอง ปอด หัวใจ ในช่องท้อง และการผ่าตัดฉุกเฉิน เช่น ผ่าตัดสมอง ผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดไส้ติ่ง

1.3) ผู้มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียนกับหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ในโครงการ ที่อยู่ใกล้บ้านและสะดวกในการเข้ารับบริการโดยไม่ต้องใช้ใบส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 49 แห่ง มีรายชื่อดังต่อไปนี้ (ทั้งนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจประกาศเพิ่มเติมในภายหลัง กรณีที่มีหน่วยบริการเข้าร่วมโครงการเพิ่มเติมในแต่ละปี)

1) คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี
2) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
3) คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
4) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
5) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์ขอนแก่น
6) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
7) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
8) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
9) โรงพยาบาลราชวิถี
10) โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
11) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
12) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
13) โรงพยาบาลสระบุรี
14) โรงพยาบาลชลบุรี
15) โรงพยาบาลระยอง
16) โรงพยาบาลพระปกเกล้า
17) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์
18) โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช
19) โรงพยาบาลราชบุรี
20) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
21) โรงพยาบาลขอนแก่น
22) โรงพยาบาลสุรินทร์
23) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
24) โรงพยาบาลอุดรธานี
25) โรงพยาบาลลำปาง
26) โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
27) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
28) โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
29) โรงพยาบาลพุทธชินราช
30) โรงพยาบาลนครพิงค์

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 187 9/14/17 9:04 AM

31) โรงพยาบาลหาดใหญ่
32) โรงพยาบาลตรัง
33) โรงพยาบาลน่าน
34) โรงพยาบาลนครปฐม
35) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
36) รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
37) โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
38) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
39) โรงพยาบาลสกลนคร
40) โรงพยาบาลพุทธโสธร
41) โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์
42) โรงพยาบาลนราธิวาส
43) โรงพยาบาลกระบี่
44) โรงพยาบาลศรีสะเกษ
45) โรงพยาบาลเลิดสิน
46) โรงพยาบาลชัยภูมิ
47) โรงพยาบาลบุรีรัมย์
48) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
49) โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

1.4) ผู้ป่วยต้องใช้สิทธิเข้ารับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ หน่วยบริการประจำเหมือนเดิมทุกประการ รวมถึงการรักษาภาวะเลือดออกในภาวะฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ยกเว้นการตรวจรักษาต่อเนื่องตามนัดเพื่อรับแฟคเตอร์เข้มข้นเท่านั้น ซึ่งจะต้องเข้ารับบริการที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียที่ผู้ป่วยลงทะเบียนไว้ หรือหน่วยบริการเฉพาะโรคที่อยู่ใกล้ภูมิลำเนาผู้ป่วย

1.5) บริการที่ไม่ครอบคลุมในการจ่ายค่าบริการส่วนประกอบของเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย)

1.5.1) การรักษาภาวะเลือดออกอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ข้างต้นและไม่ตรงตามแนวทางที่บัญชียาหลักกำหนด หน่วยบริการไม่สามารถเบิกชดเชยค่าแฟคเตอร์จาก สปสช.ได้ ให้ใช้ส่วนประกอบของเลือดในการรักษาตามปกติ

1.5.2) การรักษาความเจ็บป่วยทั่วไป เป็นภาระหน้าที่ของหน่วยบริการประจำ

1.5.3) การรักษาในภาวะฉุกเฉิน หากมีความจำเป็นต้องข้ามขั้นตอนการส่งต่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2559)

2) คุณสมบัติของหน่วยบริการ หน่วยบริการสามารถสมัครเข้าร่วมโครงการกับ สปสช. โดยโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน ในโครงการนี้จะเรียกว่า “หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย” ซึ่งต้องมีศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ดังนี้

2.1) หลักเกณฑ์ทั่วไป

2.1.1) ต้องผ่านการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพตามมาตรฐานระบบใดระบบหนึ่ง

2.1.2) สามารถให้บริการทั้งภาวะปกติและภาวะวิกฤติฉุกเฉินได้ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง

2.1.3) มีการบริการที่เอื้อต่อการบริการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน วินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 188 9/14/17 9:04 AM

2.1.4) มีเครือข่ายหน่วยบริการรับส่งต่อและดูแลรักษาในทุกระดับ พร้อมทั้งระบบสนับสนุนเครือข่ายด้านการจัดการการส่งต่อ ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และวิชาการอย่างต่อเนื่อง

2.2) ด้านบุคลากร

2.2.1) มีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และทีมบุคลากรที่สามารถให้การดูแลครบวงจรปฏิบัติงานประจำเต็มเวลา สามารถให้คำปรึกษาและบริการได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง ดังนี้ คือ อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือนักเทคนิคการแพทย์

2.2.2) มีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์เฉพาะด้านโลหิตวิทยาไม่น้อยกว่า 1 ปี เป็นหัวหน้าทีมปฏิบัติงานในหน่วยบริการเป็นประจำ

2.3) ด้านการจัดบริการ สถานที่ และเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

2.3.1) มีหน่วยงานเวชระเบียนรับผิดชอบในการจัดระบบข้อมูล และเวชระเบียนผู้ป่วย อย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้ เรียกข้อมูลย้อนหลังได้ไม่ต่ำกว่า 3 ปี และรายงานให้กับ สปสช. ได้ตามที่กำหนด

2.3.2) มีหอผู้ป่วยในที่มีศักยภาพ และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโลหิตวิทยา

2.3.3) มีห้องปฏิบัติการ ธนาคารเลือด และรังสีวินิจฉัยที่ได้มาตรฐาน และมีความพร้อมให้บริการในภาวะฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง

2.3.4) มีความพร้อมด้านยาที่กำหนดไว้ในแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ สปสช. และมูลนิธิโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียกำหนด

3) แนวทางการจัดบริการ

3.1) กรณีเลือดออกในระยะเริ่มต้น รูปแบบการให้แฟคเตอร์เข้มข้นมีหลายวิธี เช่น กรณีที่ผู้ป่วยมี ภูมิลำเนาไม่ไกล หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียอาจเลือกวิธีสำรองยาไว้ที่หน่วยบริการโดยไม่จ่ายยาให้ผู้ป่วยเก็บไว้กับตัว เมื่อเกิดเลือดออกให้ผู้ป่วยรีบเดินทางมารับการบำบัดที่หน่วยบริการรับส่งต่อโดยตรงในทันที แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ไกลจากหน่วยบริการรับส่งต่อหรือไม่สะดวกในการเดินทางมารับยาได้อย่างทันท่วงที หน่วยบริการรับส่งต่ออาจเลือกวิธีจ่ายแฟคเตอร์เข้มข้นจำนวนหนึ่งให้ผู้ป่วยเก็บไว้ที่บ้านหรือหน่วยบริการประจำใกล้บ้าน เมื่อเกิดเลือดออกสามารถนำยาไปฉีดหรือรับบริการที่หน่วยบริการประจำใกล้บ้านพร้อมกับนำสมุดประจำตัวผู้ป่วยไปให้หน่วยบริการนั้นลงบันทึกการให้บริการไว้เป็นหลักฐาน เมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ที่หน่วยบริการรับส่งต่อตามนัดในครั้งต่อไป ให้หน่วยบริการรับส่งต่อเก็บบันทึกดังกล่าวไว้เป็นหลักฐานและเบิกค่าแฟคเตอร์เข้มข้นชดเชยคืนส่วนที่ใช้ไป โดยลงข้อมูลการให้ บริการทางเว็บไซต์ www.nhso.go.th ต่อไป

3.2) กรณีเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงพิการ เสียชีวิต หรือผ่าตัดฉุกเฉิน หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลียสามารถให้แฟคเตอร์เข้มข้นแก่ผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียที่มีอาการเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่มีเลือดออกบ่อย เช่น ในข้อและกล้ามเนื้อ อาการเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงขั้นพิการ เสียชีวิต หรือจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยโดยใช้ร่วมกับส่วนประกอบ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 189 9/14/17 9:04 AM

ของเลือดชนิดอื่นตามความเหมาะสม ทั้งนี้ สปสช.จะจ่ายค่าแฟคเตอร์เข้มข้นคืนให้หน่วยบริการ โดยระบบชดเชยย้อนหลังในอัตราและเงื่อนไขที่กำหนด ทั้งนี้โรคหรือภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงขั้นพิการ เสียชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉินที่อยู่ในเงื่อนไขได้รับชดเชยค่าแฟคเตอร์เข้มข้นจำนวนหนึ่ง ได้แก่ อาการเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่มีเลือดออกบ่อย เช่น ในข้อและกล้ามเนื้อ รวมทั้งอาการเลือดออกรุนแรงในอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น สมอง ปอด หัวใจ ในช่องท้อง และการผ่าตัดฉุกเฉิน เช่น ผ่าตัดสมอง ผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดไส้ติ่ง

3.3) การติดตามดูแลผู้ป่วย ดำเนินการได้หลายช่องทาง เช่น การเยี่ยมบ้าน (Home care) หรือทางโทรศัพท์ โดยมีการบันทึกเป็นหลักฐานใน OPD card หรือสมุดบันทึกการโทรศัพท์ของหน่วยบริการ หรือส่งแบบสอบถามติดตามผู้ป่วยยืนยันสิทธิการรับแฟคเตอร์เข้มข้นตามโครงการโรคเลือดออกง่าย ฮีโมฟีเลีย ให้ผู้ป่วยตอบกลับมาที่หน่วยบริการ เพื่อเป็นหลักฐานแสดงการมีชีวิตอยู่และการเข้าร่วมโครงการของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักฐานในการตรวจสอบข้อมูลประกอบหลังการจ่ายชดเชยค่าบริการ ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ให้ต้องสงสัยในการติดตามการรักษา หรือการ Follow Up ติดตามดูแลผู้ป่วย

4) การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

4.1) เกณฑ์และอัตราการจ่าย การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการแฟคเตอร์แก่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคฮีโมฟีเลีย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

4.2) กรณีรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early Bleeding Treatment) เป็นการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการแฟคเตอร์ สำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (ทั้ง Hemophilia A, Hemophilia B และ Von Willibrand disease ชนิดรุนแรงมาก) เพิ่มจากเงินชดเชยค่าอัตราเหมาจ่ายรายหัวในระบบปกติ (ซึ่งไม่ได้จ่ายเงินชดเชยค่าบริการแฟคเตอร์) ตามจำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียนและรับบริการ โดยจำแนกการจ่ายชดเชยตามเงื่อนไขอายุและระดับความรุนแรงของโรคในอัตรา ดังนี้

ตารางที่ 7 แสดงอัตราจ่ายชดเชยการรักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟิลเลีย

ประเภทผู้ป่วย	ฮีโมฟิเลีย A		ฮีโมฟิเลีย B	
	อัตรา (บาท/คน/เดือน)	อัตรา (บาท/คน/ปี)	อัตรา (บาท/คน/เดือน)	อัตรา (บาท/คน/ปี)
1. อายุน้อยกว่า 10 ปี				
- Severe	30,000	360,000	25,200	302,400
- Moderate	15,000	188,000	12,600	151,200
- Mild	3,000	36,000	6,300	75,600
2. อายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป				
- Severe	36,000	432,000	31,500	378,000
- Moderate	18,000	216,000	18,900	226,800
- Mild	6,000	72,000	6,300	75,600

ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายเป็นงวดรายเดือนตามผลการให้บริการ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 190 9/14/17 9:04 AM

หมายเหตุ

กรณีการรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early Bleeding Treatment) ในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปีลงมา รวมทั้งในเด็กอายุตั้งแต่ 10 ปี และผู้ใหญ่ ในระดับ Mild , Moderate และ Severe แพทย์ผู้ทำการรักษาต้องให้บริการรักษาผู้ป่วยด้วยแฟคเตอร์ตามจำนวนที่ระบุไว้ในแต่ละระดับอาการ ของแผนการรักษา (Protocol) เท่านั้น และสำหรับในกรณีผู้ป่วยที่มีระดับอาการ Mild ผู้ป่วยต้องได้รับบริการแฟคเตอร์ ร่วมกับการ Follow Up ติดตามดูแลผู้ป่วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงจะทำการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการแฟคเตอร์ให้แก่หน่วยบริการ

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

4.3.1) สำหรับกรณีเลือดออกรุนแรงที่มีภาวะเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่มีเลือดออกบ่อย เช่นในข้อและกล้ามเนื้อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพจะจ่ายชดเชยเป็นครั้งๆ ตามค่าใช้จ่ายจริงที่หน่วยบริการรับส่งต่อรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยนอก และสังเกตอาการ แต่ไม่เกิน 150,000 บาท/ครั้ง ของการเข้ารับการรักษา โดยจำกัดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วย 1 คนเข้ารับการรักษา ไม่เกิน 2 ครั้ง/ 1 เดือน

4.3.2) สำหรับกรณีเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่มีเลือดออกบ่อย เช่น ในข้อและกล้ามเนื้อ หรือภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต หรือผ่าตัดฉุกเฉินจ่ายเป็นครั้งๆ ตามค่าใช้จ่ายจริงที่หน่วยบริการรับส่งต่อรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน แต่ไม่เกิน 300,000 บาท/ครั้ง ของการเข้ารับการรักษา และนอนโรงพยาบาล (ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่นอนโรงพยาบาลในปีงบประมาณ)

4.4) เงื่อนไขการจ่ายเงิน สปสช.จะจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลการรักษา การให้บริการแฟคเตอร์ (แพทย์ผู้ทำการรักษาจะต้องจ่ายแฟคเตอร์ให้ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย ในทุกกลุ่มอายุ และทุกระดับอาการ ตามที่ระบุไว้ในแผนการรักษา) และการตรวจติดตามผู้ป่วย (Follow up) ในโปรแกรมระบบ DMIS เท่านั้น โดยหน่วยบริการต้องทำการบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยภายใน 30 วันหลังเข้ารับบริการในแต่ละครั้งและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะดำเนินการตัดข้อมูลการให้บริการเพื่อประมวลผลข้อมูลทุกสิ้นเดือนและจะทำการจ่ายชดเชยภายในเดือนถัดๆไป

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสิทธิขอตรวจประวัติการรักษาเพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลหลังการรักษา (Post audit) ในกรณีมีข้อขัดแย้ง หรือข้อบ่งชี้ว่าการรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้

5) บทบาทการจัดบริการ

5.1) บทบาทของ Case manager

5.1.1) ทำทะเบียนผู้ป่วย ทบทวนการบริการ และติดตามผู้ป่วยให้มารับบริการตามแผนการรักษา รวมทั้งการประเมินผล

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 191 9/14/17 9:04 AM

5.1.2) ประสาน สนับสนุน และให้ข้อมูลแก่แพทย์ และทีมสหสาขาวิชาชีพในการบริการรักษา

5.1.3) เป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพในการติดตามรักษา/ดูแลผู้ป่วย

5.1.4) ให้คำปรึกษา แนะนำ และความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยจากอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

5.1.5) แนะนำผู้ป่วยและเครือญาติให้ช่วยค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษา

5.2) บทบาทหน่วยบริการประจำ

5.2.1) ให้บริการดูแลรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปตามปกติ ตามสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.2.2) แนะนำและส่งผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ที่อยู่ในความดูแลไปลงทะเบียนเพื่อรับสิทธิประโยชน์ที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคที่เข้าร่วมโครงการ

5.2.3) ให้บริการฉีดแฟคเตอร์เข้มข้นแก่ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ที่เริ่มมีอาการเลือดออก ตลอดจนดูแลรักษากรณีมีอาการเลือดออกที่ไม่ใช่อาการเลือดออกรุนแรงมากที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือการผ่าตัดฉุกเฉินด้วยส่วนประกอบของเลือด (พลาสม่าสด, พลาสม่าแห้ง, ไครโอ-ปริซิปิเตรต เป็นต้น) หากเกินขีดความสามารถการรักษาให้ส่งผู้ป่วยไปรักษาที่หน่วยบริการระดับสูงขึ้นไปตามระบบส่งต่อ หรือที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคที่เข้าร่วมโครงการ

5.2.4) ตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติทางพันธุกรรม และส่งเข้ารับการตรวจวินิจฉัยที่หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคที่เข้าร่วมโครงการ

5.3) บทบาทหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย)

5.3.1) ลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย)

5.3.2) ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ที่มีภาวะเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต หรือจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ซึ่งลงทะเบียนกับหน่วยบริการ หรือถูกส่งตัวมาจากหน่วยบริการประจำ

5.3.3) ติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) และจ่ายยาแฟคเตอร์เข้มข้นให้ผู้ป่วยที่ลงทะเบียน เพื่อนำไปใช้กรณีที่เริ่มมีเลือดออกตามแนวทางเวชปฏิบัติและดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

5.3.4) จัดทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม

5.3.5) ประสานกับหน่วยบริการประจำ เพื่อการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสภาพ

5.3.6) เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัว และดูแลผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ให้สามารถประกอบภารกิจในชีวิตประจำวันได้โดยปลอดภัย และลดโอกาสเสี่ยงจากภาวะเลือดออก หรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการเลือดออก

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 192 9/14/17 9:04 AM

5.3.7) จัดกิจกรรมเสริมสร้างองค์ความรู้ทางวิชาการด้านโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้มแข็งแก่เครือข่ายบริการ และเครือข่ายผู้ป่วยแบบบูรณาการ

5.3.8) ส่งรายงานให้ สปสช.ตามเงื่อนไขที่กำหนด

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม DMIS

รายละเอียดตามภาคผนวก 19 การบันทึกการเบิกจ่ายโรคฮีโมฟีเลีย http://ucapps4.nhso.go.th/disease/FrmDmisLogin.jsp

กลุ่มที่ 5 การจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

เป็นกลุ่มของความผิดปกติทางพันธุกรรมของเม็ดเลือดแดงอันสามารถก่อให้เกิดพยาธิสภาพแทบทุกอวัยวะ ในประเทศไทยมีผู้ที่มีกรรมพันธุ์หรือยีน ธาลัสซีเมียกว่า 10 ล้านคน ผู้ที่มียีนธาลัสซีเมียมีทั้งผู้ที่เป็นโรคและไม่เป็นโรค ผู้ที่เป็นโรคมีอาการต่างๆ กัน ตั้งแต่มีโลหิตจางเล็กน้อย โลหิตจางมาก ไปจนถึงเป็นโรคที่รุนแรงมาก จนเสียชีวิตทั้งหมดตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือหลังคลอดไม่กี่นาที ผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดต่างๆ รวมกันมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 1 ของ หรือประมาณ 600,000 คน ผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่มีอาการหนักจะมีความทุกข์ทรมานมากจากการมีโลหิตจางเรื้อรัง มีความผิดปกติในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความพิการ ความป่วย ความเจ็บ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ และสุขภาพทางเศรษฐกิจ ทั้งของตนเองและครอบครัว ในรายที่ซีดมาก ต้องได้รับการให้เลือดเป็นระยะๆ ให้มากพอตั้งแต่เด็กๆ เพื่อป้องกันความพิการต่างๆ แต่ต้องให้ยาขับเหล็กออกจากร่างกายตลอดชีวิตด้วย เพราะผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ทั้งที่ได้รับการถ่ายเลือดและไม่ได้รับการถ่ายเลือด จะสะสมเหล็กไว้ในร่างกายมากเกิน ก่อให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่างๆ เช่น ทำให้ตับแข็ง ทำให้เป็นพังผืดในหัวใจ ทำให้หัวใจวาย ทำให้เป็นเบาหวาน สปสช.เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน และ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

1. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้รับเลือดและหรือยาขับเหล็กตามความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง

1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

1.3 เพื่อให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยฯระดับจังหวัด/เขต

2. เป้าหมายและวงเงินงบที่ได้รับ และประเด็นที่เปลี่ยนแปลงจากปีงบประมาณ 2560

งบประมาณ 2561 ได้รับค่าใช้จ่ายบริการ วงเงิน 251,332,539 บาท เป้าหมายจำนวน 12,381 ราย เพื่อให้หน่วยบริการประจำ ลงทะเบียน ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียรุนแรง หรือพึ่งพาเลือด (Transfusion dependent thalassemia :TDT) หรือ มีความจำเป็นต้องได้รับเลือดเป็นการประจำ ในความรับผิดชอบ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 193 9/14/17 9:04 AM

มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ซึ่งอาจจัดบริการหรือมีระบบส่งต่อ ให้ผู้ป่วยได้รับเลือดและหรือยาขับเหล็กตามแนวทางเวชปฏิบัติ (Deferoxamine,Deferiprone,Deferasiroxl) การผ่าตัด หรือ บริการอื่นอย่างเหมาะสม ตามความจำเป็น

3. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

เป็นการเหมาจ่ายเพิ่มเติม เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ ของหน่วยบริการประจำ หรือ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ที่ดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง กลุ่มที่พึ่งพาเลือด (Transfusion dependent thalassemia :TDT) หรือ มีความจำเป็นต้องได้รับเลือดเป็นการประจำ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทุกกลุ่มอายุ ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวม รวมถึงการได้รับเลือดและหรือยาขับเหล็ก เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีการเติบโต พัฒนาการสมวัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย โดยคณะทำงานจัดทำแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย โดยมีแนวทางดังนี้

3.1 <u>บทบาทของหน่วยบริการ</u>

3.1.1 หน่วยบริการประจำ มีหน้าที่ จัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือมีความจำเป็นต้องได้รับเลือดเป็นการประจำ เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายในลักษณะโรคเรื้อรังอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง มีระบบการปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยตามความจำเป็น มีระบบการให้ความรู้พ่อแม่/ญาติอย่างเพียงพอ และอาจสนับสนุนให้มีการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายผู้ป่วย/ครอบครัว ยืนยันและเพิ่มเติมได้ในระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย http://thalassemia registry.nhso.go.th ภายในวันที่ 31 พฤษภาคม 2561

3.1.2 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ มีหน้าที่ ให้คำปรึกษา รับส่งต่อ เตรียมเลือด ให้เลือด ให้ยาขับเหล็ก ให้การรักษาอื่นๆ ตามความจำเป็น และประสานส่งกลับผู้ป่วยเพื่อการดูแลใกล้บ้านอย่างมีคุณภาพ

3.2 <u>บทบาทสำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ</u>

3.2.1 จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือ มีความจำเป็นต้องได้รับเลือดเป็นการประจำ และยาขับเหล็ก ในระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย http://thalassemia registry.nhso.go.th ภายในวันที่ 31 มีนาคม 2561

3.2.2 จัดสรรเป้าหมายและวงเงิน รายเขต และแจ้ง สปสช.เขต

3.2.3 กำกับติดตามการดำเนินงานและการจ่ายเงิน

3.3 <u>บทบาทสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต</u>

3.3.1 ประชุมผู้เชี่ยวชาญ/คณะทำงาน ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยฯ ประกอบด้วย กุมารแพทย์ แพทย์โลหิตวิทยา อายุรแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น

3.3.1.1 จัดเครือข่ายหน่วยบริการ ตามศักยภาพการดูแลผู้ป่วย กำหนดระบบการให้คำปรึกษา ส่งต่อ-รับกลับ การบริหารจัดการเครือข่ายการจัดหา/เตรียม/ให้เลือด และยาขับเหล็ก และอาจสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการภายในเขต

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 194 9/14/17 9:04 AM

3.3.1.2 กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการจัดสรรงบประมาณให้ หน่วยบริการประจำหน่วยบริการที่เตรียมเลือด ,ให้เลือด หรือ ให้ยาขับเหล็ก เป็นต้น

3.3.2 คำนวณและเบิกจ่ายงบประมาณให้หน่วยบริการ ให้แล้วเสร็จ ภายใน 31สิงหาคม 2561

4. การกำกับติดตามประเมินผลการจัดสรร

4.1 ติดตามกำกับการจัดสรรและจ่ายเงินของสปสช.เขต

4.2 ประมวลผลข้อมูลการได้รับเลือดและหรือยาขับเหล็กของผู้ป่วย

4.3 ประเมินอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน/ตายของผู้ป่วย

วิธีบันทึกขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

เบิกจ่ายชดเชยในระบบเอกสาร ไปยัง สปสช. ตามแนวทางที่กำหนด

2. การดูแลผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้งการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็ก

การบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2561

1. หลักการและเหตุผล

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญทั้งยังเป็นปัญหาสาธารณสุข เป็นสาเหตุของการป่วย และการเสียชีวิตในหลายประเทศทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย สาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมามีปัญหาใหม่ทั่วโลกคือการไม่ได้รับการรักษา หรือได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องหรือไม่มีคุณภาพ การอพยพย้ายถิ่น และแรงงานเคลื่อนย้าย การแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์ที่ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกจัดประเทศไทยเป็นประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าวัณโรคยังเป็นปัญหาสุขภาพที่น่าเป็นห่วงของประเทศไทย นอกจากนั้นยังมีปัญหาวัณโรคดื้อยาจากการกินยาไม่ต่อเนื่องอีกด้วย

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สปสช. จึงจัดให้มีการบริหารจัดการในการดูแลรักษาวัณโรคอย่างครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการค้นหาและเข้าถึงบริการดูแลรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมีผลลัพธ์การรักษาที่ดี ส่งผลให้อัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคลดลง รวมถึงสนับสนุนให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพในระบบการดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค

2. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

1.2 เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการค้นหาและการเข้าถึงบริการดูแลรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

1.3 เพื่อสนับสนุนการจัดบริการการดูแลรักษาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา (Multi-drug resistance tuberculosis : MDR TB) การตรวจวินิจฉัยและการติดตามการรักษาวัณโรคและวัณโรคดื้อยาที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 195 9/14/17 9:04 AM

3. ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

บุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง

หมายเหตุ: ผู้ป่วยวัณโรคควรเข้ารับบริการรักษาและขึ้นทะเบียน ที่หน่วยบริการประจำของตน แต่หากมีเหตุจำเป็นสามารถไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่นได้

4. สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

4.1 บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค

4.1.1 บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค ทั้งสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา

4.1.2 บริการรักษาการติดเชื้อระยะแฝง สำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

4.2 บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา

4.2.1 บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อการติดตามการรักษาวัณโรค

4.2.2 บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา

4.2.3 บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา

4.3 บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม

4.4 บริการกำกับการกินยา (Directly Observed Treatment : DOT)

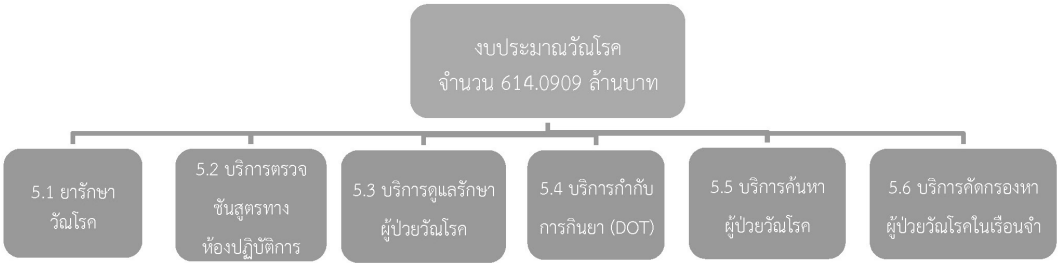
4.5 บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

4.6 บริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ

5. กรอบการบริหารจัดการงบประมาณ

สปสช. สนับสนุนงบประมาณสำหรับสนับสนุนระบบบริการดูแลรักษาวัณโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยแบ่งเป็นหมวดดังแสดงในแผนภูมิ

แผนภูมิแสดงกรอบการบริหารเงินกองทุนวัณโรค ปีงบประมาณ 2561



5.1 ยารักษาวัณโรค

5.1.1 การรักษาวัณโรคด้วยยารักษาวัณโรค

ชดเชยเป็นยา หรือเงินค่ายารักษาวัณโรค แก่หน่วยบริการตามจำนวนที่หน่วยบริการจ่ายจริงให้ผู้ป่วย โดยหน่วยบริการบันทึก/นำเข้าข้อมูลการให้บริการในระบบ TB Data Hub ที่ URL http://tbdatahub.nhso.go.th รายละเอียดตามตารางที่ 9

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 196 9/14/17 9:04 AM

5.1.2 การรักษาการติดเชื้อระยะแฝง สำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

ชดเชยเป็นยา หรือเงินค่ายารักษาการติดเชื้อระยะแฝง แก่หน่วยบริการตามจำนวนที่หน่วยบริการจ่ายจริงให้ผู้ป่วย โดยหน่วยบริการบันทึก/นำเข้าข้อมูลการให้บริการในระบบ TB Data Hub ที่ URL http://tbdatahub.nhso.go.th รายละเอียดตามตารางที่ 10

หมายเหตุ : สปสช.ชดเชยยารักษาวัณโรค ให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการ ที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้น หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ชดเชยเป็นเว้นค่ายารักษาวัณโรค

5.2 บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการวัณโรค

สปสช. ชดเชยเงินค่าบริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการวัณโรค กรณีเป็นการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน (Sputum exam for AFB, CXR) และการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการวัณโรคดื้อยา กรณีเป็นการตรวจเสมหะโดยการเพาะเลี้ยงเชื้อ (Culture) การทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) การตรวจเชื้อวัณโรคดื้อยาด้วยเทคนิค Molecular assay โดยหน่วยบริการบันทึก/นำเข้าข้อมูลการให้บริการในระบบ TB Data Hub ที่ URL http://tbdatahub.nhso.go.th รายละเอียดตามตารางที่ 11

5.3 บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม

สปสช. ชดเชยเงินค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการให้บริการได้แก่ บริการดูแลรักษา การติดตามการรักษา บริการให้คำปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค บันทึกข้อมูล และกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยหน่วยบริการบันทึก/นำเข้าข้อมูลการให้บริการในระบบ TB Data Hub ที่ URL http://tbdatahub.nhso.go.th รายละเอียดตามตารางที่ 9

5.4 บริการกำกับการกินยา (DOT)

สปสช. จัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนบริการ มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนบริการที่ส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ได้แก่ บริการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง การกำกับการกินยาของผู้ป่วยเพื่อให้กินยาครบถ้วนต่อเนื่อง เป็นต้น

5.5 บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

สปสช. จัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนบริการ มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนบริการที่เกี่ยวข้องกับการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และนำเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาแต่เนิ่น ๆ เช่น การตรวจคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค กิจกรรมค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป็นต้น

5.6 บริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ

สปสช. จัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนบริการคัดกรองวัณโรคในเรือนจำ มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้ผู้ต้องขังในเรือนจำซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการป่วยเป็นวัณโรคและวัณโรคดื้อยา รวมถึงมีการแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วให้ได้รับการตรวจคัดกรอง โดยการสนับสนุนบริการการคัดกรองวัณโรคในเรือนจำดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยวัณโรคได้เข้ารับการรักษาแต่เนิ่นๆ รวมถึงเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในเรือนจำ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 197 9/14/17 9:04 AM

6. สรุปการชดเชยบริการ

แนวทางการเบิกชดเชยบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด รายละเอียดตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงการจ่ายชดเชยบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

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

หมายเหตุ : สปสช.ชดเชยยารักษาวัณโรค ให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการ ที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้น หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ชดเชยเป็นเงินค่ายารักษาวัณโรค

- **บริการผู้ป่วยวัณโรค ด้วยยารักษาวัณโรค**

วิธีการเบิกชดเชย

แนวทางการเบิกชดเชยการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ด้วยยารักษาวัณโรค ต้องดำเนินการบันทึก/นำเข้าข้อมูลในระบบ TB Data Hub ที่ URL http://tbdatahub.nhso.go.th รายละเอียดตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงอัตราการเบิกชดเชยการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ด้วยยารักษาวัณโรค

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
ยารักษาวัณโรค		
- หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้ายาและเวชภัณฑ์	หน่วยบริการเบิกชดเชยยารักษาวัณโรคได้ตามที่ใช้จริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในระบบ TB Data Hub	ชดเชยเป็นเงินค่ายารักษาวัณโรค
- หน่วยบริการอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์		ชดเชยเป็นยารักษาวัณโรค
- บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าบริการดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวม โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในระบบ TB Data Hub	20 บาท/ครั้ง

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 198 9/14/17 9:04 AM

หมายเหตุ: 1) สปสช.ชดเชยยารักษาวัณโรค ให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการ ที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้น หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ชดเชยเป็นเงินค่ายารักษาวัณโรค

2) ค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตามดังกล่าว รวมกิจกรรมทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ ได้แก่ การดูแลรักษา ติดตามการรักษา บริการให้คำปรึกษาและให้ความรู้ การบันทึกข้อมูลและกิจกรรมอื่นๆ

3) อัตราค่าชดเชยเงินค่ายารักษาวัณโรค รายละเอียดตามคู่มือกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และเอกสารอ้างอิงประกอบการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- **บริการรักษาการติดเชื้อระยะแฝง สำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค**

วิธีการเบิกชดเชย

แนวทางการเบิกชดเชยการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง สำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ด้วยยารักษาวัณโรค ต้องดำเนินการบันทึกข้อมูลในระบบ TB Data Hub ที่ URL http://tbdatahub.nhso.go.th รายละเอียดตามตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แนวทางการเบิกชดเชยการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง สำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ด้วยยารักษาวัณโรค

รายการ	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
ยารักษาวัณโรค		
- หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้ายาและเวชภัณฑ์	หน่วยบริการเบิกชดเชยยารักษาวัณโรคได้ตามที่ใช้จริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในระบบ TB Data Hub	ชดเชยเป็นเงินค่ายารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง
- หน่วยบริการอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายด้านยาและเวชภัณฑ์		ชดเชยเป็นยารักษาการติดเชื้อวัณโรค ระยะแฝง
- บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าบริการดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวม โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในระบบ TB Data Hub	20 บาท/ครั้ง

หมายเหตุ:

1) สปสช.ชดเชยยารักษาการติดเชื้อระยะแฝง สำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการ ที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้น หน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ชดเชยเป็นเงินค่ายารักษาการติดเชื้อระยะแฝง สำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

2) ค่าบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตามดังกล่าว รวมกิจกรรมทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ ได้แก่ การดูแลรักษา ติดตามการรักษา บริการให้คำปรึกษาและให้ความรู้ การบันทึกข้อมูล และกิจกรรมอื่นๆ

3) อัตราค่าชดเชยเงินค่ายารักษาวัณโรค รายละเอียดตามคู่มือบริหารกองทุน ปีงบประมาณ 2561 (รายละเอียดตามหนังสือรวบรวม กฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 199 9/14/17 9:04 AM

- **บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการวัณโรค เพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา**

วิธีการเบิกชดเชย

แนวทางการเบิกชดเชยการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรคต้องดำเนินการบันทึก/นำเข้าข้อมูลในระบบ TB Data Hub ที่ URL http://tbdatahub.nhso.go.th รายละเอียดตามตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงอัตราการจ่ายชดเชยการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค

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

หมายเหตุ:

1) อัตราการชดเชยบริการต่อครั้งในตาราง หมายความถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผล

2) สปสช. จะชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการผ่านการประเมินตามแนวทางการประเมินหน่วยตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการวัณโรคของ สปสช. รายละเอียดดังภาคผนวก 7 เท่านั้น

3) กรณีหน่วยบริการส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธีการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) แล้ว จะไม่สามารถตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay

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

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 200 9/14/17 9:04 AM

- **บริการกำกับการกินยารักษาวัณโรค (DOT)**

วิธีการเบิกชดเชย

สปสช เขตพิจารณาจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการโดยจ่ายตามผลงานบริการกำกับการกินยา (DOT) หรือจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการที่เสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินกิจกรรมการกำกับการกินยา (DOT) ทั้งนี้ การจ่ายเป็นไปหลักเกณฑ์ที่ อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต (อปสข.) เห็นชอบ

หน่วยบริการรายงานผลการให้บริการกำกับการกินยา (DOT) โดยบันทึกข้อมูลบริการในโปรแกรม TB Data Hub

- **การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค**

วิธีการเบิกชดเชย

สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการโดยจ่ายตามผลงานบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค หรือจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการที่เสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินกิจกรรมการให้บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ทั้งนี้ การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต (อปสข.) เห็นชอบ

หน่วยบริการรายงานผลบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค โดยบันทึกข้อมูลบริการในโปรแกรม TB Data Hub

- **การคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ**

วิธีการเบิกชดเชย

สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการโดยจ่ายตามผลงานบริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ ทั้งนี้การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต (อปสข.) เห็นชอบ

หน่วยบริการรายงานผลบริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ โดยบันทึกข้อมูลบริการในโปรแกรม TB Data Hub

การชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

กระบวนการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

สปสช. ดำเนินการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ตามเงื่อนไขการชดเชยที่ สปสช. กำหนด โดยมีกระบวนการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ รายละเอียดตามแผนภูมิแสดงกระบวนการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ และรอบการประมวลผลชดเชยการให้บริการ ตามรายละเอียดตารางที่ 12

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 201 9/14/17 9:04 AM

แผนภูมิแสดงกระบวนการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

หน่วยบริการ	• บันทึกข้อมูลการให้บริการ และนำส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ TB Data Hub
สปสช. (สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน)	• ประมวลผลข้อมูล ตามเงื่อนไข และรอบการประมวลผลที่ สปสช. กำหนด
สปสช. (สำนักบริหารการจัดสรรชดเชยค่าบริการ)	• ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล • จัดทำรายงานการชดเชย โดยหากมีรายการใดที่ปฏิเสธการจ่าย (Deny) ต้องมีคำชี้แจงประกอบ • จัดส่งรายงานการชดเชย ให้แก่ สำนักการเงินและบัญชีกองทุน และ แผนงานสนับสนุนระบบบริการเอดส์ วัณโรค และผู้ติดเชื้อ
สปสช. (สำนักการเงินและบัญชีกองทุน)	• ตรวจสอบข้อมูลทางบัญชี • ขออนุมัติโอนเงิน • จัดทำหนังสือแจ้งหน่วยบริการ และนำข้อมูลการจ่ายชดเชยขึ้นเว็ปไซต์ www.nhso.go.th
หน่วยบริการ	• ตรวจสอบข้อมูลการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ได้จากเว็ปไซต์ www.nhso.go.th หัวข้อ NHSO Budget • กรณีพบว่าข้อมูลการชดเชยไม่ตรงกับข้อมูลการให้บริการที่บันทึกผ่านโปรแกรม NAP สามารถทำหนังสืออุทธรณ์มายัง สปสช.เขต โดยระบุ หมวดกิจกรรม/การชดเชยที่ขออุทธรณ์รายละเอียดงวดของการจ่ายชดเชยปีงบประมาณ ข้อมูลที่ สปสช. ชดเชย และข้อมูลของหน่วยบริการที่บันทึกในโปรแกรม NAP ในช่วงเวลาเดียวกัน
สปสช. เขต	• พิจารณาหาสาเหตุเบื้องต้น กรณีพบว่าไม่ถูกต้องจริง ให้ดำเนินการจัดส่งหนังสืออุทธรณ์ไปยัง สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
สปสช. (สำนักบริหารการจัดสรรชดเชยค่าบริการ)	• ดำเนินการตรวจสอบตามขั้นตอน • กรณีพบข้อผิดพลาดตรงตามที่อุทธรณ์ ดำเนินการแจ้ง สำนักการเงินและบัญชีกองทุน ดำเนินการชดเชยเพิ่มเติม • แจ้งผลการอุทธรณ์ให้หน่วยบริการทราบ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 202 9/14/17 9:04 AM

ตารางที่ 12 ตารางแสดงรอบการประมวลผลชดเชยการให้บริการ ปีงบประมาณ 2561

ลำดับ	เดือนที่ส่งข้อมูล (Sent date)	วันที่ตัดข้อมูล
1	ตุลาคม 2560	31 ตุลาคม 2560
2	พฤศจิกายน 2560	30 พฤศจิกายน 2560
3	ธันวาคม 2560	31 ธันวาคม 2560
4	มกราคม 2561	31 มกราคม 2561
5	กุมภาพันธ์ 2561	28 กุมภาพันธ์ 2561
6	มีนาคม 2561	31 มีนาคม 2561
7	เมษายน 2561	30 เมษายน 2561
8	พฤษภาคม 2561	31 พฤษภาคม 2561
9	มิถุนายน 2561	30 มิถุนายน 2561
10	กรกฎาคม 2561	31 กรกฎาคม 2561
11	สิงหาคม 2561	31 สิงหาคม 2561
12	กันยายน 2561	30 กันยายน 2561

หมายเหตุ: กรณีมีการเปลี่ยนแปลงวันที่ตัดข้อมูล สปสช. จะเวียนหนังสือแจ้งให้หน่วยบริการทราบ

หลักเกณฑ์การชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

สปสช. ชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ตามผลงานการให้บริการจริงโดยใช้ข้อมูลผลงานการบริการที่มีการบันทึก และนำส่งเข้าสู่ระบบ TB Data Hub โดย สปสช. จะประมวลผลข้อมูลการจ่ายชดเชยตามวันที่มีการบันทึกและส่งข้อมูล (Sent date) เป็นรายเดือน

- **ระยะเวลาการส่งข้อมูล**

หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลบริการได้ภายใน 90 วันหลังให้บริการ กรณีหน่วยบริการที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการเองไม่ได้ ต้องส่งไปตรวจที่ห้องปฏิบัติการของหน่วยบริการอื่น สปสช. จะนับจากวันที่ส่งตรวจและหากเป็นกรณีส่งเพาะเชื้อสามารถส่งข้อมูลได้ภายใน 120 วัน ทั้งนี้หากส่งข้อมูลเกินเวลาที่กำหนด แต่ไม่เกิน 360 วันนับจากวันที่ให้บริการ สปสช. จะประมวลผลข้อมูลการจ่ายชดเชยในรอบเดือนกันยายน 2561

- **การอุทธรณ์ข้อมูล**

เป็นการแก้ไขข้อมูลหลังวันตัดยอดข้อมูล ซึ่งหน่วยบริการหรือ สปสช. สามารถอุทธรณ์การจ่ายชดเชยได้หากตรวจสอบแล้วพบว่าการจ่ายชดเชยไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ และเงื่อนไขที่กำหนด หรือไม่ครบถ้วน โดยหน่วยบริการต้องอุทธรณ์เป็นหนังสือราชการภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2561 ไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ของหน่วยบริการ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 203 9/14/17 9:04 AM

ตรวจสอบการโอนเงินที่ NHSO Budget และตรวจสอบรายละเอียดรายบุคคล

โดยตรวจสอบการโอนเงินที่ NHSO Budget และตรวจสอบรายละเอียดรายบุคคลที่ โปรแกรม Seamless For DMIS ที่เมนู REP (เฉพาะ ค่าบริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ) ซึ่งเป็นเมนูสำหรับการดูข้อมูลที่มีการออก REP ตามรอบ แบบ Summery เพื่อแจ้งให้หน่วยบริการทราบว่าในการแจ้งขอเงินในรอบของการจ่ายนั้นมีรายการที่ได้รับเงินจำนวนเท่าไร ไม่ได้รับเงินจำนวนเท่าไร

3. แนวทางการขอรับค่าบริการแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

เป้าหมายและวงเงินงบที่ได้รับ

ปีงบประมาณ 2561 ได้รับค่าใช้จ่ายบริการ วงเงิน 81,028,339 บาท เป้าหมายจำนวน 15,390 ราย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มเข้าเกณฑ์เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านที่ได้คุณภาพมาตรฐาน ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์กำหนด โดยมีการประสาน ส่งต่อ ให้คำปรึกษา และพัฒนาระบบบริการการร่วมกัน ระหว่าง หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ ครอบครัว/ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง อย่างไร้รอยต่อ

แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการ ที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการ ที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในช่วงวันที่ 1 เมษายน 2560 ถึง 30 กันยายน 2561 โดย ดึงข้อมูลเสียชีวิตตั้งแต่ 26 กันยายน 2560 ถึง 25 กันยายน 2561 มี 2 เงื่อนไข ดังนี้

1.1 เยี่ยมบ้านครั้งแรก ช่วง 1 เมษายน 60 – 30 กันยายน 60 และเสียชีวิตตั้งแต่ 26 กันยายน60 ถึง 25 กันยายน 61 จ่ายตามเกณฑ์ 60

1.2 เยี่ยมบ้านครั้งแรก ช่วง 1 ตุลาคม 60 - 25 กันยายน 61 และเสียชีวิตตั้งแต่ 1 ตุลาคม 60 ถึง 25 กันยายน 61 จ่ายตามเกณฑ์ 61

2. ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามเกณฑ์แนวทางที่กรมการแพทย์กำหนดและได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. เป็นการเหมาจ่ายต่อราย ตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้าน โดยประมวลผลจากวันที่เริ่มให้บริการที่บ้านครั้งแรก จนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต เมื่อตรวจสอบกับฐานทะเบียนราษฎร์ ซึ่งกำหนดอัตราจ่าย ดังนี้

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 204 9/14/17 9:04 AM

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

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการ ด้วยโปรแกรม e-Claim ของ สปสช.ภายใน 30 วันหลังให้บริการ หลังจากนั้น สปสช.จะประมวลผลจ่ายชดเชยและตอบกลับให้หน่วยบริการทราบทุกวันจันทร์ วันพุธ วันศุกร์ หลังจากนั้น สปสช.จะออก Statement การจ่ายเงินให้หน่วยบริการโดยตัดรอบการส่งข้อมูลทุกสิ้นเดือน มีรายละเอียด ดังนี้

1. บันทึกข้อมูลทั่วไปให้ครบถ้วน เลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บ (F1) กรณีรักษาในจังหวัดเดียวกับหน่วยบริการหรือหน่วยบริการรักษาเป็นหน่วยบริการประจำ ไม่ต้องเลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บ ดังภาพที่ 136



ภาพที่ 136 การบันทึกเงื่อนไขการเรียกเก็บบริการดูแลแบบประคับประคอง

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 205 9/14/17 9:04 AM

2. บันทึกข้อมูลหน้า (F2) บันทึกรหัสโรค ตามภาพที่ 137



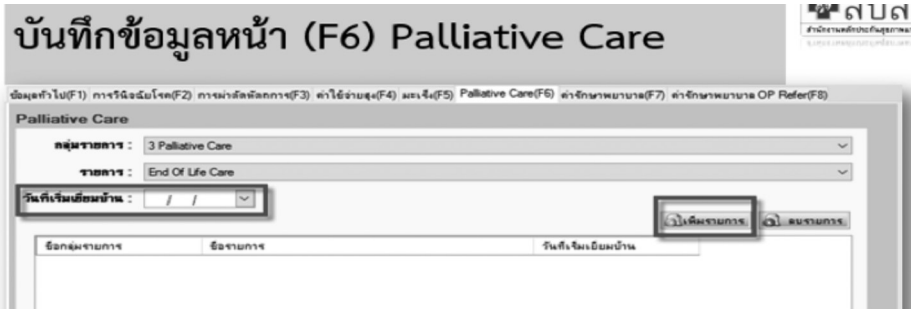
ภาพที่ 137 แสดงการบันทึกรหัสโรค.

3. บันทึกข้อมูลหน้า (F3) บันทึกรหัสหัตถการให้สอดคล้องกับกรณีที่ขอเบิก ตามภาพที่ 138



ภาพที่ 138 บันทึกข้อมูลหน้า (F3) บันทึกรหัสหัตถการ

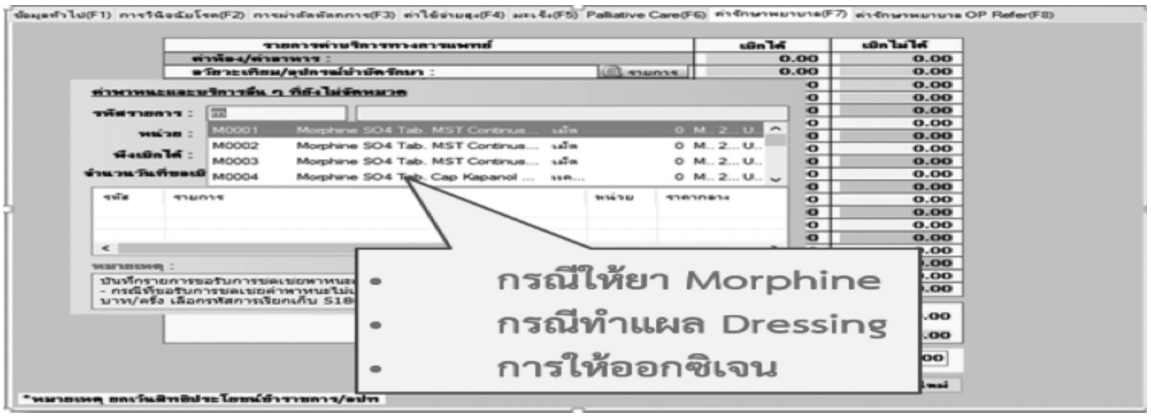
4. บันทึกข้อมูลหน้า (F6) Palliative Carey เลือกกลุ่มรายการ 3 เลือกรายการ : End Of Life Care และระบุวันที่เริ่มเยี่ยมบ้าน แล้วกดปุ่มเพิ่มรายการ ดังภาพที่ 139



ภาพที่ 139 บันทึกข้อมูลหน้า (F6) Palliative Care

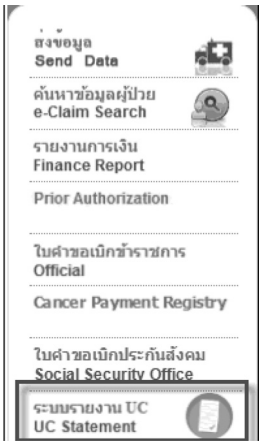
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 206 9/14/17 9:04 AM

5. บันทึกข้อมูลหน้า F7 เลือกที่ปุ่มรายการบริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด กรณีที่หน่วยบริการมีการให้บริการเกี่ยวกับการให้ยา Morphine และหรือทำแผล (Dressing) และหรือมีการให้ออกซิเจน โดยเลือกตามรายการ ถ้าไม่ได้ให้บริการกรณีดังกล่าวแต่มีการออกเยี่ยมบ้าน ไม่ต้องบันทึกรายการในส่วนนี้ ดังภาพที่ 140



ภาพที่ 140 บันทึกข้อมูลหน้า F7 เลือกที่ปุ่มรายการบริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด

6. การตรวจสอบรายงาน Statement การจ่ายชดเชย เลือกเมนูระบบรายงาน UC UC Statement / เลือกปีงบประมาณ/เดือน/ประเภท/รหัสหน่วยบริการ ตามภาพที่ 141



จะพบเมนูระบบรายงาน UC UC Statement



ภาพที่ 141 การตรวจสอบรายงาน Statement การจ่ายชดเชย

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 207 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 208 9/14/17 9:04 AM

บทที่ 4 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย การบริหารจัดการบริการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

แผนงานป้องกันและควบคุมความผิดปกติแต่กำเนิด

ประกอบด้วย

1. การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์
2. การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์
3. การป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด

แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย การป้องกันและควบคุมความผิดปกติแต่กำเนิด โดยจ่ายชดเชยบริการให้แก่หน่วยบริการ ดังนี้

1. การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

1.1 หน่วยบริการ

(1) หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์

(2) หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

1.2 กลุ่มเป้าหมาย

(1) หญิงตั้งครรภ์ สัญชาติไทย ทุกสิทธิ ทุกอายุ

(2) สามีของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง

1.3 อัตราค่าใช้จ่ายในการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยทารกในครรภ์ การตรวจยืนยันทารกในครรภ์ทางห้องปฏิบัติการ และการยุติการตั้งครรภ์ ดังนี้

(1) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(ก)	Hemoglobin typing	ราคา 270 บาทต่อราย
(ข)	Alpha – thalassemia 1	ราคา 500 บาทต่อราย
(ค)	Beta – thalassemia	ราคา 1,200 บาทต่อราย

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 209 9/14/17 9:04 AM

(2) การทำหัตถการ ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ อย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้ ราคา 2,500 บาทต่อราย

(ก) การตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic villus sampling,CVS) หรือ

(ข) การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ

(ค) การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)

(3) การยุติการตั้งครรภ์ ราคา 3,000 บาทต่อราย

1.4 หลักเกณฑ์การจ่าย

(1) กรณีหญิงตั้งครรภ์ และสามี สัญชาติไทย จ่ายค่าตรวจทั้งคู่ หากหญิงตั้งครรภ์ หรือสามี คนใดคนหนึ่งเป็นคนไทย จ่ายเฉพาะคนไทยเท่านั้น

(2) กรณีที่ทั้งหญิงตั้งครรภ์ และสามี มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการในระบบบูรณาการการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดแล้ว ให้นำผลการตรวจสรุปคู่เสี่ยง หากสรุปว่ามีความเสี่ยงโรคโลหิตจางชนิดรุนแรงโรคใดโรคหนึ่ง ได้แก่ Hb Bart's hydrop fetalis, Homozygous Beta thalassemia, Beta thalassemia/Hb E ให้ดำเนินการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ต่อ

(3) กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการส่งตัวมาทำการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์มีผลสรุปคู่เสี่ยง มาจากหน่วยบริการอื่นที่ไม่ได้บันทึกในระบบบูรณาการการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด ให้บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(ไม่ได้รับค่าใช้จ่าย) และสรุปคู่เสี่ยงด้วย

2. การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

2.1 หน่วยบริการ

(1) หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์

(2) หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

2.2 กลุ่มเป้าหมาย

(1) ในพื้นที่ดำเนินงานโครงการนำร่องการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน นครสวรรค์ ขอนแก่น สงขลาและยะลา กลุ่มเป้าหมาย หญิงตั้งครรภ์ สัญชาติไทย ทุกสิทธิ ทุกอายุ ทุกครรภ์ ทุกราย

(2) ในพื้นที่ขยายกลุ่มเป้าหมาย หญิงตั้งครรภ์ สัญชาติไทย ทุกสิทธิ อายุ 35 ปีขึ้นไป ทุกครรภ์ ทุกราย

2.3 อัตราค่าใช้จ่ายในการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยทารกในครรภ์ การตรวจยืนยันทารกในครรภ์ทางห้องปฏิบัติการ และการยุติการตั้งครรภ์ ดังนี้

(1) การจัดเก็บ และจัดส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ เหมาจ่าย รายละ 100 บาท ในพื้นที่โครงการนำร่อง

(2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 210 9/14/17 9:04 AM

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

(ข) การตรวจโครโมโซมยืนยันทารกในครรภ์ รายละ 2,500 บาท

(3) การทำหัตถการ ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ อย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้ ราคา 2,500 บาทต่อราย

(ก) การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ

(ข) การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis)

(4) การยุติการตั้งครรภ์ ราคา 3,000 บาทต่อราย

3. การป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด (TSH)

3.1 หน่วยบริการ

(1) หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการตรวจทางห้องปฏิบัติการการคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด

(2) หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์

3.2 กลุ่มเป้าหมาย

(1) เด็กไทยคลอดครบกำหนด น้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม ทุกสิทธิ ทุกราย อย่างน้อย 1 ครั้ง

(2) เด็กเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 36 สัปดาห์ หรือมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมหรือ ทารกแฝดที่เป็น monozygotic twin ตรวจคัดกรอง 2 ครั้ง เมื่อแรกเกิด และเมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์ ทุกสิทธิ ทุกราย

3.3 อัตราค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรอง (TSH) ทางห้องปฏิบัติการ ครั้งละ 123.80 บาท

4. การขอรับค่าใช้จ่ายและรายงานผลการตรวจแก่หน่วยบริการที่ส่งตรวจ

(1) การบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ

(ก) บันทึกข้อมูลรายงานผลการตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ การตรวจยืนยันทารกในครรภ์ให้หน่วยบริการที่ส่งตรวจ เมื่อทราบผลการตรวจ

(ข) บันทึกการทำหัตถการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์, การยุติการตั้งครรภ์ ผ่านระบบบูรณาการการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (National Perinatal Registry Portal NPRP) http//:nprp.nhso.go.th หากต้องการแก้ไขข้อมูลขอให้ดำเนินการภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป

(2) สปสช.ประมวลผลข้อมูลจาก National Perinatal Registry Portal และจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นรายกิจกรรม รายเดือน ภายในวันที่ 15 และดำเนินการจ่ายภายในวันที่ 20 ของเดือนถัดไป โดยสามารถตรวจสอบได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget ->-> ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ ซึ่งหน่วยบริการที่รับตรวจ ต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการ, หญิงตั้งครรภ์ หรือ ผู้รับบริการ เพิ่มเติม

(3) กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่าย ที่กำหนด ขอให้หน่วยบริการจัดทำเอกสารอุทธรณ์พร้อมแนบหลักฐาน ภายใน 30 วันหลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 211 9/14/17 9:04 AM

การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

1. การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ขอบเขตบริการ

1. ผู้มีสิทธิ: หญิงไทยที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ทุกสิทธิ ที่อยู่ในภาวะหลังคลอดหรือแท้งหรือต้องการคุมกำเนิด โดยรับบริการได้จากหน่วยบริการที่สมัครใจให้บริการ

2. เป็นบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ด้วยยาฝังคุมกำเนิดหรือห่วงอนามัย อย่างใดอย่างหนึ่ง

3. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย

(1) หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมหน่วยบริการปฐมภูมิ)

(2) หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วมบริการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ

1. หน่วยบริการสามารถเบิกค่าบริการได้ 1 คน 1 ครั้ง 1 รายการ ต่อ 1 ปีงบประมาณ และต้องบันทึกการให้บริการลงในเวชระเบียนประกอบด้วย การวินิจฉัยตาม ICD 10 และการทำหัตถการตาม ICD 9CM ที่ระบุชนิดของการบริการ ได้แก่ บริการห่วงอนามัย หรือบริการยาฝังคุมกำเนิด และพร้อมที่จะให้ตรวจสอบเวชระเบียน หาก สปสช. ร้องขอ

2. หากผู้รับบริการมีผลข้างเคียงจากการรับบริการดังกล่าว หน่วยบริการต้องให้การดูแลรักษาโดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ

3. อัตราค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรในวัยรุ่น มีดังนี้

(1) บริการห่วงอนามัย	จ่ายในอัตรา 800 บาทต่อราย
(2) บริการยาฝังคุมกำเนิด	จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อราย

วิธีการส่งข้อมูลขอรับค่าบริการและรายงานผลการบริการ

1. หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลการบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วง / ยาฝังคุมกำเนิด) ผ่านโปรแกรม e-Claim ของสปสช. รายละเอียดตามเอกสารวิธีการบันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรในวัยรุ่น หากต้องการแก้ไขข้อมูลขอให้ดำเนินการภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป

2. สปสช.ประมวลผลข้อมูลบริการจากโปรแกรม e-Claim เพื่อจ่ายเพิ่มเติมเป็นรายกิจกรรม รายเดือน ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป และดำเนินการตรวจสอบข้อมูลพร้อมทั้งออกรายงานและดำเนินการจ่ายเพิ่มเติมภายในวันที่ 20 ของเดือนถัดไป โดยสามารถตรวจสอบได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget ->-> NPP_ใส่ห่วง/ยาฝัง (มี Link ไปที่ระบบ e-Claim) ซึ่งหน่วยบริการที่รับค่าบริการ ต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายใด ๆ จากหน่วยบริการตามสิทธิ และผู้รับบริการ เพิ่มเติม

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 212 9/14/17 9:04 AM

3. กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าบริการไม่เป็นไปตามเงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่ายที่กำหนด ขอให้หน่วยบริการจัดทำเอกสารอุทธรณ์พร้อมแนบหลักฐาน ภายใน 30 วันหลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

4. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับสปสช.เขต 13 กทม.(ยกเว้น รพ.สมุทรสาคร) ให้บันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านโปรแกรม BPPDS ของ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร (จ่ายค่าบริการเพิ่มเติม โดยสปสช.เขต 13)

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

5. กรณี PID ซ้ำ จะ Deny และสามารถอุทธรณ์เป็นเอกสาร ภายใน 30 กย. ของปีถัดไป

2. การป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

ขอบเขตบริการ

1. ผู้มีสิทธิ: หญิงไทย ทุกสิทธิ ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตามเงื่อนไขของกฎหมายอาญาและข้อบังคับแพทยสภา โดยรับบริการได้จากหน่วยบริการที่สมัครใจให้บริการ

2. เป็นบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธี Medical Abortion หรือ Surgical Abortion โดยแพทย์

3. หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย

(1) หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมหน่วยบริการปฐมภูมิ)

(2) หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วมบริการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ

1. เป็นการให้บริการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560

2. หน่วยบริการสามารถเบิกค่าบริการได้ 1 คน 1 ครั้ง 1 รายการ ต่อ 1 ปีงบประมาณ และต้องบันทึกการให้บริการลงในเวชระเบียนประกอบด้วย การวินิจฉัยตาม ICD 10 และการทำหัตถการตาม ICD 9 ที่ระบุชนิดของการบริการ ได้แก่ บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา Medabon หรือบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีศัลยกรรม เช่น การใช้กระบอกดูดสูญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA), การใช้เครื่องดูดสูญญากาศไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration: EVA) และพร้อมที่จะให้ตรวจสอบเวชระเบียน หาก สปสช ร้องขอ

3. หากผู้รับบริการมีผลข้างเคียงจากการรับบริการดังกล่าว หน่วยบริการต้องให้การดูแลรักษาโดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ

4. อัตราค่าบริการการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ดังนี้

(1) บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา Medabon® จ่ายในอัตราไม่เกิน 3,000 บาทต่อราย

(2) บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีทางศัลยกรรม จ่ายในอัตราไม่เกิน 3,000 บาทต่อราย

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 213 9/14/17 9:04 AM

วิธีการส่งข้อมูลขอรับค่าบริการและรายงานผลการบริการ

1. หน่วยบริการ ต้องบันทึกข้อมูลการบริการยุติการตั้งครรภ์ (ด้วยยา Medabon® / ด้วยวิธีทางศัลยกรรม) ผ่านโปรแกรม e-Claim ของสปสช. รายละเอียดตามเอกสารวิธีการบันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ หากต้องการแก้ไขข้อมูลขอให้ดำเนินการภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป

2. สปสช.ประมวลผลข้อมูลบริการจากโปรแกรม e-Claim เพื่อจ่ายชดเชยบริการเป็นรายกิจกรรมรายเดือน ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป และดำเนินการตรวจสอบข้อมูลพร้อมทั้งออกรายงาน และดำเนินการจ่ายชดเชยภายในวันที่ 20 ของเดือนถัดไป โดยสามารถตรวจสอบได้จาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget ->-> NPP_ยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (มีLink ไปที่ระบบ e-Claim) ซึ่งหน่วยบริการที่รับค่าบริการต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายใด ๆ จากหน่วยบริการตามสิทธิ และผู้รับบริการ เพิ่มเติม

3. กรณีที่หน่วยบริการได้รับค่าบริการไม่เป็นไปตามเงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่าย ที่กำหนด ขอให้หน่วยบริการจัดทำเอกสารอุทธรณ์พร้อมแนบหลักฐาน ภายใน 30 วันหลังจากการแจ้งค่าใช้จ่ายจาก www.nhso.go.th ->-> nhso Budget

4. กรณี PID ซ้ำ จะ Deny และสามารถอุทธรณ์เป็นเอกสาร ภายใน 30 กย. ของปีถัดไป

รายการบริการยุติการตั้งครรภ์	รหัส	ICD-10	ICD-9CM	อัตราจ่าย (บาท)
ด้วยยา Medabon	AB001	Z33.2	-	3,000
การใช้กระบอกดูดสูญญากาศ (MVA)	AB002	Z33.2	69.51	3,000
การใช้เครื่องดูดสูญญากาศไฟฟ้า(EVA)	AB003	Z33.2	69.51	3,000

ICD-10 Diagnosis codes. Z33.2 Encounter for elective termination of pregnancy

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

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 214 9/14/17 9:04 AM

บทที่ 5 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการกรณีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

1.1 แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการระดับประเทศ กำหนดให้ สปสช. ดำเนินการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ดังนี้

1) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ สำหรับหน่วยบริการตติยภูมิด้านงานฟื้นฟูสมรรถภาพ (สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ) ตามผลงานในปีงบประมาณที่ผ่านมา

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

3) เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นโครงการนำร่อง

1.2 แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ จาก Global budget ระดับเขต ให้ สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ภายใต้วงเงินที่ได้รับการจัดสรรโดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. ดังนี้

1) ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ สนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้กับคนพิการ ตามจำนวนเป้าหมายในแต่ละเขต ภายในกรอบวงเงินที่ได้รับจัดสรร โดย สปสช.จ่ายชดเชยไม่เกินราคาที่หน่วยบริการจัดซื้อหรือจัดหาได้จริง บวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณี และไม่เกินเพดานราคากลาง ตามประเภท/รายการ/แนวทาง/เงื่อนไขบริการ/อัตราที่ สปสช. กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2559 และ หรือ ที่มีประกาศปรับปรุงเพิ่มเติม (รายละเอียดตามหนังสือ รวบรวม กฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ) โดย สปสช. อาจขอเอกสาร/หลักฐานการจัดหา

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 215 9/14/17 9:04 AM

อุปกรณ์เพื่อตรวจสอบได้ ทั้งนี้ สปสช. สามารถเพิ่มรายการ/และหรือกำหนดราคากลางได้ และอาจมีการปรับลักษณะหรือข้อบ่งชี้ที่ไม่กระทบกับราคากลางระหว่างปีได้

1.1) กรณีการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังกับคนพิการที่สูญเสียการได้ยิน

1.1.1) กำหนดวงเงินไม่เกินร้อยละ 15 ของงบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ที่ สปสช.เขต ได้รับจัดสรร

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

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

1.2) การจ่ายการจัดบริการซ่อม/ผลิต กายอุปกรณ์/อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และอุปกรณ์ประยุกต์ดัดแปลงสำหรับคนพิการ กำหนดให้มีการจัดสรรวงเงินจากค่าใช้จ่าย เพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการจัดบริการซ่อม/ผลิตอุปกรณ์ ประยุกต์ดัดแปลงเพื่อช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับคนพิการให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพความพิการ และการใช้ชีวิตในชุมชน ทั้งนี้ ตามความพร้อมของหน่วยบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยกำหนดเป้าหมายมีหน่วยงานจัดบริการดังกล่าวอย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง

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

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

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 216 9/14/17 9:04 AM

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

ทั้งนี้ หน่วยบริการที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในแต่ละประเภทของกิจกรรมตามข้อ 1) ถึง 4) ต้องให้บริการตามแนวทางปฏิบัติด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ตามขอบเขตมาตรฐานของวิชาชีพ ตามประกาศระเบียบ และกฎข้อบังคับของกระทรวงสาธารณสุข และผู้ประกอบวิชาชีพต้องมีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพในแต่ละสาขาวิชาชีพนั้นๆ เช่น สาขากิจกรรมบำบัด สาขากายภาพบำบัด เป็นต้น

5) แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการระดับเขต กำหนดการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการ เป็น 3 งวด ดังนี้

งวดที่ 1 จ่ายจริงตามผลงานการให้บริการ (ข้อมูลบริการตาม Service Date) ภายในเดือนธันวาคม 2560 โดยพิจารณาจากผลงาน 4 เดือนของปีงบประมาณ 2560 ในช่วงเดือน มิถุนายน 2560 ถึงกันยายน 2560

งวดที่ 2 จ่ายจริงตามผลงานการให้บริการ (ข้อมูลบริการตาม Service Date) ภายในเดือนเมษายน 2561 โดยพิจารณาจากผลงาน 4 เดือนของปีงบประมาณ 2561 ในช่วงเดือน ตุลาคม 2560 ถึงมกราคม 2561

งวดที่ 3 จ่ายจริงตามผลงานการให้บริการ (ข้อมูลบริการตาม Service Date) ภายในเดือนสิงหาคม 2561 โดยพิจารณาจากผลงาน 4 เดือนของปีงบประมาณ 2561 ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ 2561 ถึงพฤษภาคม 2561

6) การส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

6.1) หน่วยบริการจัดส่งข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ ตามโครงสร้างข้อมูลที่ สปสช. กำหนด ภายในระยะเวลา 30 วันหลังให้บริการ

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

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

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 217 9/14/17 9:04 AM

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

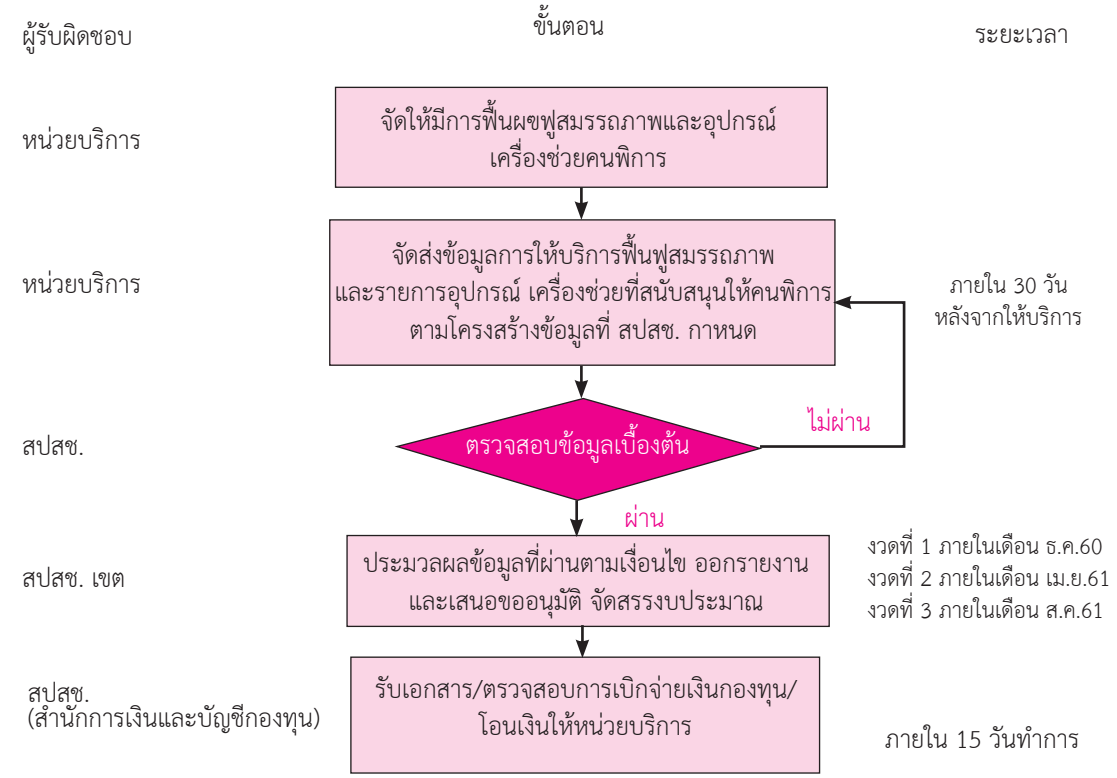
6.4.1) การเบิกแขนเทียม 2 ข้าง รหัสโรค ได้แก่ Z893 รหัสหัตถการต้องระบุ Extension code +21

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

6.5) การบันทึกรายงานการให้บริการฟื้นฟูรายการเดียวกัน สามารถบันทึกได้ 1 ครั้ง/ราย/วัน เท่านั้น

6.6) กรณีตรวจพบว่า หน่วยบริการมีการให้บริการที่ไม่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงของการให้บริการ หรือไม่สอดคล้องกับหลักวิชาการทางการแพทย์ สปสช. จะชะลอ (Pending) การจ่ายเงินตามผลงานการให้บริการของหน่วยบริการนั้นไว้ชั่วคราวเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลต่อไป

ผังขั้นตอนการดำเนินงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจาก สปสช. ถึงหน่วยบริการ



□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 218 9/14/17 9:04 AM

2. กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

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

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 219 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 220 9/14/17 9:04 AM

บทที่ 6

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการแพทย์แผนไทย

***รายละเอียดตามคู่มือบริหารกองทุนปี 2561**

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 221 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 222 9/14/17 9:04 AM

บทที่ 7

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)

***รายละเอียดตามคู่มือบริหารกองทุนปี 2561**

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 223 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 224 9/14/17 9:04 AM

บทที่ 8

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เงินช่วยเหลือเบื้องต้น ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

***รายละเอียดตามคู่มือบริหารกองทุนปี 2561**

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 225 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 226 9/14/17 9:04 AM

บทที่ 9

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

***รายละเอียดตามคู่มือบริหารกองทุนปี 2561**

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 227 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 228 9/14/17 9:04 AM

บทที่ 10

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข การปรับค่าแรงหน่วยบริการของรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

***รายละเอียดตามคู่มือบริหารกองทุนปี 2561**

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 229 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 230 9/14/17 9:04 AM

บทที่ 11

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข การบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน

***รายละเอียดตามคู่มือบริหารกองทุนปี 2561**

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 231 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 232 9/14/17 9:04 AM

บทที่ 12 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

วิธีบันทึกการชดเชยบริการ

แนวทางการเบิกชดเชยบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ให้เป็นไปตามตารางที่ 13

ตารางที่ 13 การชดเชยบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

รายการ	การจ่ายชดเชย
- ยาต้านไวรัส และยาลดไขมัน	ชดเชยเป็นยาต้านไวรัสและยาลดไขมัน
- บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ	ชดเชยเป็นเงินค่าบริการ
- บริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อโดยสมัครใจ (VCT)	ชดเชยเป็นเงินค่าบริการ
- บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	ชดเชยเป็นเงินค่าบริการ
- บริการถุงยางอนามัย	ชดเชยเป็นถุงยางอนามัย
- บริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาและติดตาม	ชดเชยเป็นเงินค่าบริการ
- การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี - และผู้ป่วยเอดส์	จัดสรรตามกิจกรรมที่ สปสช. กำหนด
- การให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	จัดสรรตามกิจกรรมที่ สปสช. กำหนด
- การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซีในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบซี	ชดเชยเป็นเงินค่าบริการ

หมายเหตุ : สปสช. ชดเชยยาต้านไวรัสและถุงยางอนามัยให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 233 9/14/17 9:04 AM

บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัส

วิธีบันทึกการเบิกชดเชย

การเบิกชดเชยการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ต้องดำเนินการผ่านการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP ที่ URL http://dmis.nhso.go.th/NAPPLUS/login.jsp รายละเอียดตามตารางที่ 14

ตารางที่ 14 แนวทางการเบิกชดเชยการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัส

รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย
ยาต้านไวรัส	หน่วยบริการเบิกชดเชยยาต้านไวรัสได้ตามที่ใช้ โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู“การรักษาและติดตามผล” เลือก “บันทึกการรักษาและติดตามผล” หรือ เมนู “การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก” กรณีหญิงตั้งครรภ์	ชดเชยเป็นยาต้านไวรัส
ยาลดไขมัน	หน่วยบริการเบิกชดเชยยาลดไขมันได้ตามที่ใช้จริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู“การรักษาและติดตามผล” เลือก “บันทึกการรักษาและติดตามผล”	ชดเชยเป็นยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง
ถุงยางอนามัย	หน่วยบริการได้รับจัดสรรถุงยางอนามัยตามสัดส่วนจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ ปัจจุบัน	ชดเชยเป็นถุงยางอนามัย
บริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มารับการรักษาและติดตาม	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าบริการดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวม โดยบันทึกข้อมูลบริการในโปรแกรม NAP เมนู “การรักษาและติดตามผล” เลือก “บันทึกการรักษาและติดตามผล” หรือ เมนู “การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก” กรณีหญิงตั้งครรภ์	20 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 12 ครั้ง/ปี)

หมายเหตุ: 1) สปสช. ชดเชยยาต่านไวรัสและถุงยางอนามัยให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

2) ค่าบริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มารับการรักษาและติดตาม ดังกล่าวรวมกิจกรรมทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ ได้แก่ การดูแลรักษา ติดตามการรักษา บริการให้คำปรึกษาและให้ความรู้ การส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง การบันทึกข้อมูล และกิจกรรมอื่นๆ

บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยยาต้านไวรัส

วิธีบันทึกการเบิกชดเชย

แนวทางการเบิกชดเชยการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ต้องดำเนินการผ่านการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP ที่ URL http://dmis.nhso.go.th/NAPPLUS/login.jsp รายละเอียดตามตารางที่ 15

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 234 9/14/17 9:04 AM

ตารางที่ 15 แนวทางการเบิกชดเชยการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย
ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กแรกเกิด	หน่วยบริการเบิกชดเชยยาต้านไวรัสตามที่ใช้จริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู “การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก”	ชดเชยเป็นยาต้านไวรัส
ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังสัมผัสจากการทำงาน หรือ ถูกล่วงละเมิดทางเพศ	หน่วยบริการเบิกชดเชยยาต้านไวรัสตามที่ใช้จริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู “การให้คำปรึกษา VCT”	ชดเชยเป็นยาต้านไวรัส
บริการตรวจ DNA PCR สำหรับเด็กที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู “การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ” เลือก “ข้อมูลการส่งตรวจการติดเชื้อ HIV”	1,000 บาท/ครั้ง (ทั้งนี้จำนวนครั้งของบริการตรวจให้เป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรีประเทศไทย ปี 2560)
บริการตรวจ Anti-HIV Testing	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู “การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ” เลือก “ข้อมูลการส่งตรวจการติดเชื้อ HIV”	140 บาท/ครั้ง
บริการให้คำปรึกษาสำหรับบุคคลที่สัมผัสจากการทำงาน หรือ ถูกล่วงละเมิดทางเพศ	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าบริการได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู “การให้คำปรึกษา VCT”	7 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 6 ครั้ง/คน/ปี)

หมายเหตุ:

1) สปสช. ชดเชยยาต้านไวรัสสำหรับป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

2) อัตราการชดเชยค่าให้คำปรึกษาเป็นการชดเชยค่าให้คำปรึกษาก่อนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี(Pre-test Counseling)

3) อัตราการชดเชยค่าตรวจ Anti-HIV testing หาการติดเชื้อเอชไอวี หมายความถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผล และมีการให้บริการให้คำปรึกษาหลังการหาการติดเชื้อเอชไอวี (Post-test counseling) กรณีบุคคลที่สัมผัสจากการทำงาน หรือ ถูกล่วงละเมิดทางเพศ

4) อัตราการชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าว รวมค่าวัสดุอุปกรณ์เก็บตัวอย่าง ค่าขนส่ง และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ

5) การตรวจ DNA PCR สำหรับทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี มารดาจะต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และมีการบันทึกข้อมูลการคลอดของทารกที่ประสงค์ตรวจ DNA PCR ในระบบ NAP แล้วเท่านั้น

6) “หน่วยบริการ” ที่ไม่สามารถตรวจ DNA PCR ได้เอง สามารถส่งตัวอย่างเลือดไปตรวจยังหน่วยบริการอื่น หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่ผ่านการประเมินตามแนวทางการประเมินหน่วยตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี ที่ สปสช. กำหนด (รายละเอียดตามหนังสือ รวบรวม กฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

7) การส่งตัวอย่างตรวจไปยังหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ หน่วยบริการที่ส่งตรวจจะต้องบันทึกข้อมูลพร้อมกับพิมพ์คำขอรับบริการตรวจ (request form) ในโปรแกรม NAP ก่อน แล้วจึงส่งตัวอย่างตรวจ พร้อมใบคำขอไปยังหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 235 9/14/17 9:04 AM

บริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

วิธีบันทึกการเบิกชดเชย

แนวทางการเบิกชดเชยการบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ต้องดำเนินการผ่านการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP ที่ URL http://dmis.nhso.go.th/NAPPLUS/login.jsp รายละเอียดตามตารางที่ 16

ตารางที่ 16 อัตราการจ่ายชดเชยการบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

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

หมายเหตุ:

1) สปสช. ชดเชยถุงยางอนามัยสำหรับบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

2) อัตราการชดเชยค่าให้คำปรึกษา เป็นการชดเชยค่าให้คำปรึกษาก่อนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (pre-test counseling)

3) อัตราการชดเชยค่าตรวจ Anti-HIV testing หมายความถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผลและมีการให้บริการให้คำปรึกษา
หลังการหาการติดเชื้อเอชไอวี (post-test counseling)

4) อัตราการชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าว รวมค่าวัสดุอุปกรณ์เก็บตัวอย่าง ค่าขนส่ง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ

บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเอชไอวีเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา

วิธีบันทึกการเบิกชดเชย

แนวทางการเบิกชดเชยค่าตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี ให้เป็นไปตามตารางที่ 17

ตารางที่ 17 แนวทางการเบิกชดเชยค่าตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี

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

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 236 9/14/17 9:04 AM

กิจกรรม	การเบิกชดเชย	อัตราค่าชดเชย
บริการตรวจ CD4	หน่วยบริการเบิกชดเชยโดยบันทึกข้อมูลบริการในโปรแกรม NAP เมนู “การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ” เลือก “ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ”	400 บาท/ครั้ง
บริการตรวจ HIV Viral Load	หน่วยบริการเบิกชดเชยโดยบันทึกข้อมูลบริการลงในโปรแกรม NAP เมนู “การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ” เลือก “ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ”	1,350 บาท/ครั้ง
บริการตรวจ HIV Drug Resistance (Commercial)	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Drug Resistance โดยบันทึกข้อมูลบริการลงในโปรแกรม NAP เมนู “การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ” เลือก “ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ”	6,000 บาท/ครั้ง
บริการตรวจ HIV Drug Resistance (In-House)		5,500 บาท/ครั้ง
วัสดุอุปกรณ์เจาะ/เก็บเลือดและค่าขนส่ง (กรณีการตรวจ CD4 และ HIV Viral Load)	หน่วยบริการเบิกชดเชยโดยบันทึกข้อมูลบริการในโปรแกรม NAP เมนู “การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ” เลือก “ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ”	20 บาท/ตัวอย่าง
วัสดุอุปกรณ์เจาะ/เก็บเลือดและค่าขนส่ง (กรณีการตรวจ Drug Resistance)	หน่วยบริการเบิกชดเชยโดยบันทึกข้อมูลบริการลงในโปรแกรม NAP เมนู “การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ” เลือก “ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ”	100 บาท/ตัวอย่าง

หมายเหตุ:

1) อัตราการชดเชยบริการต่อครั้งในตาราง หมายความถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผล

2) สปสช. จะชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีเป็นหน่วยบริการ หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่ผ่านการประเมินตามแนวทางการประเมินหน่วยตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเอชไอวีที่ สปสช. กำหนด (รายละเอียดตามหนังสือ รวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

3) การส่งตัวอย่างตรวจไปยังหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ หน่วยบริการที่ส่งตรวจจะต้องบันทึกข้อมูลพร้อมกับพิมพ์คำขอรับบริการตรวจ (request form) ในโปรแกรม NAP ก่อน แล้วจึงส่งตัวอย่างตรวจ พร้อมใบคำขอไปยังหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4) หน่วยบริการ ที่ไม่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการบางรายการได้เอง เช่น CD4, HIV Viral Load, HIV Drug Resistance สามารถส่งตัวอย่างเลือดไปตรวจยังหน่วยตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ (รายละเอียดตามหนังสือ รวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

5) การขอรับค่าชดเชยการตรวจ HIV Drug Resistance จะต้องแนบไฟล์ผลการตรวจ และ Sequence ในโปรแกรม NAP

การตรวจคัดกรอง และการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี

วิธีบันทึกการเบิกชดเชย

แนวทางการเบิกชดเชยค่าตรวจคัดกรอง และตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบซี ตามที่ สปสช.กำหนด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 237 9/14/17 9:04 AM

ตารางที่ 18 แนวทางการเบิกชดเชยการตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี

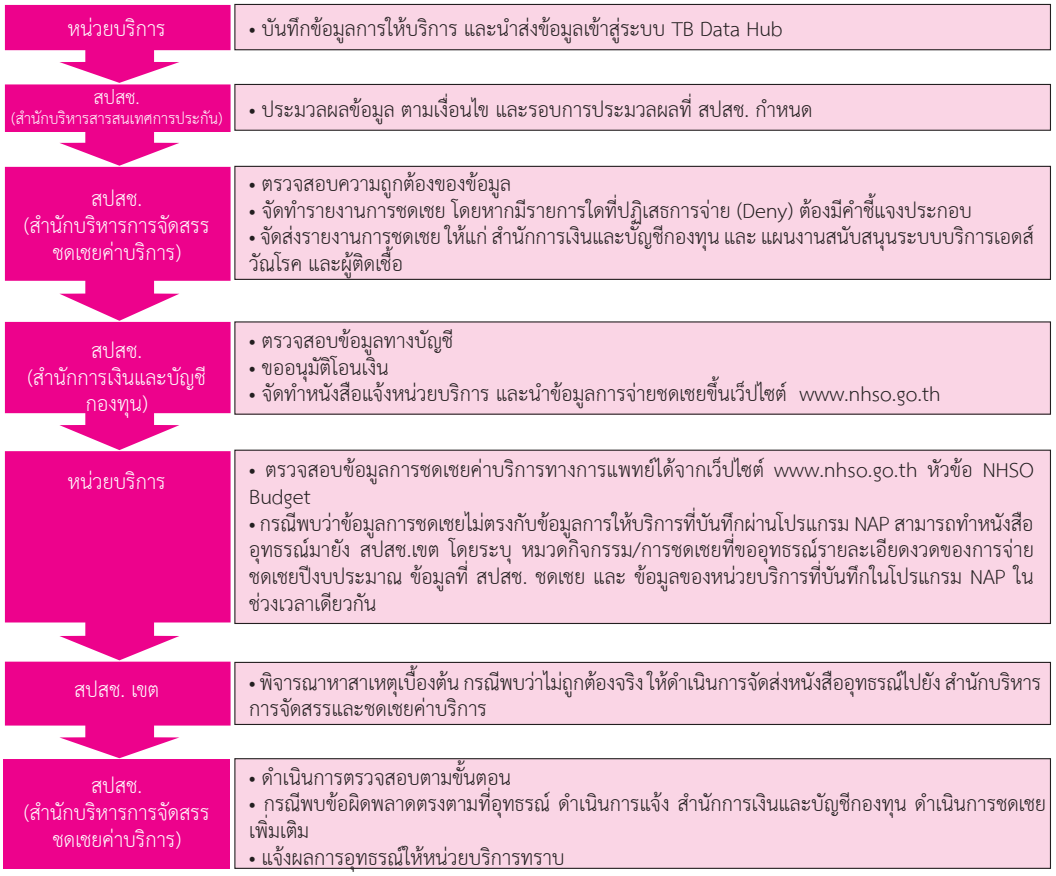
รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย
การตรวจคัดกรอง	หน่วยบริการเบิกชดเชยได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP	ชดเชยเป็นเงินค่าบริการตามที่ สปสช.กำหนด
การตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี	หน่วยบริการเบิกชดเชยได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP	ชดเชยเป็นเงินค่าบริการตามที่ สปสช.กำหนด

การชดเชยค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการให้บริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี การให้คำปรึกษา ค่าตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนค่าวัสดุอุปกรณ์และค่าขนส่ง

วิธีบันทึกการเบิกชดเชย

สปสช. ชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ตามเงื่อนไขและอัตราที่ สปสช. กำหนด โดยมีกระบวนการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ แสดงกระบวนการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ และรอบการประมวลผลชดเชยการให้บริการ รายละเอียดดังตารางที่ 19

แผนภูมิที่ แสดงกระบวนการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์



□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 238 9/14/17 9:04 AM

ตารางที่ 19 รอบการประมวลผลชดเชยการให้บริการ ปีงบประมาณ 2561

1	ตุลาคม 2560	31 ตุลาคม 2560
2	พฤศจิกายน 2560	30 พฤศจิกายน 2560
3	ธันวาคม 2560	31 ธันวาคม 2560
4	มกราคม 2561	31 มกราคม 2561
5	กุมภาพันธ์ 2561	28 กุมภาพันธ์ 2561
6	มีนาคม 2561	31 มีนาคม 2561
7	เมษายน 2561	30 เมษายน 2561
8	พฤษภาคม 2561	31 พฤษภาคม 2561
9	มิถุนายน 2561	30 มิถุนายน 2561
10	กรกฎาคม 2561	31 กรกฎาคม 2561
11	สิงหาคม 2561	31 สิงหาคม 2561
12	กันยายน 2561	25 กันยายน 2561

หมายเหตุ: กรณีมีการเปลี่ยนแปลงวันที่ตัดข้อมูล สปสช. จะเวียนหนังสือแจ้งให้หน่วยบริการทราบ

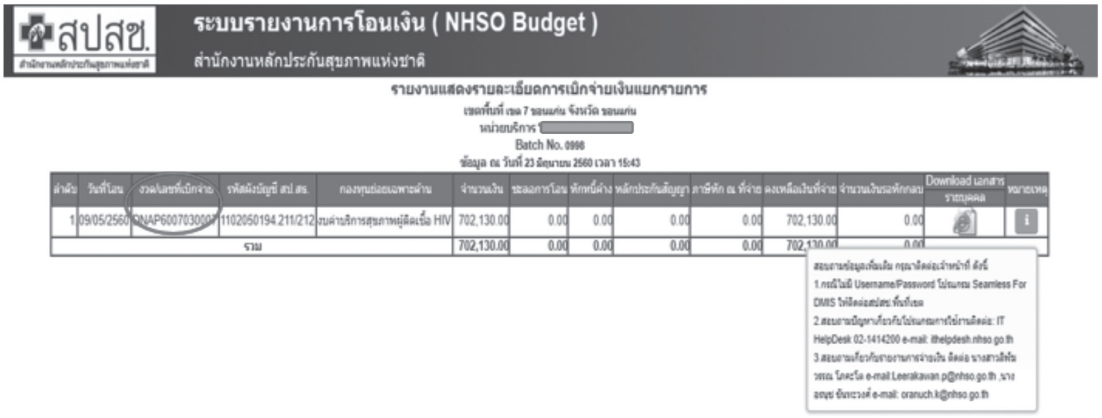
ตรวจสอบการโอนเงินที่ NHSO Budget และตรวจสอบรายละเอียดรายบุคคล

โดยตรวจสอบการโอนเงินที่ NHSO Budget และตรวจสอบรายละเอียดรายบุคคลที่ โปรแกรม Seamless For DMIS ที่เมนู REP **(เฉพาะ ค่าบริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ)** ซึ่งเป็นเมนูสำหรับการดูข้อมูลที่มีการออก REP ตามรอบ แบบ Summery เพื่อแจ้งให้หน่วยบริการทราบว่าในการแจ้งขอเงินในรอบของการจ่ายนั้นมีรายการที่ได้รับเงินจำนวนเท่าไร ไม่ได้รับเงินจำนวนเท่าไร ตามภาพที่ 91-93

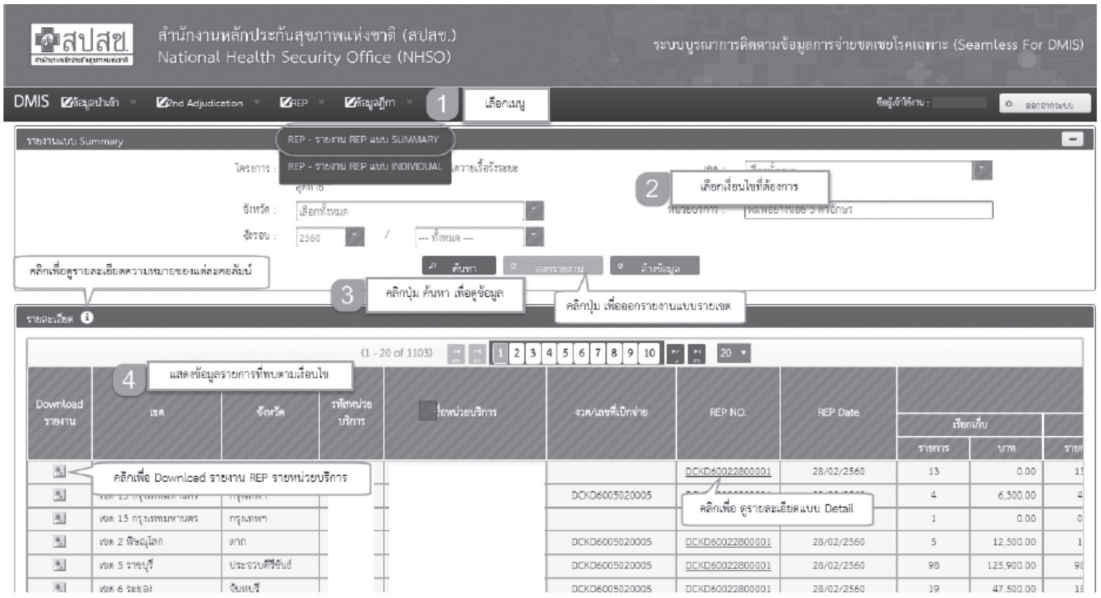


ภาพที่ 142 แสดงการตรวจสอบการโอนเงินที่ NHSO Budget

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 239 9/14/17 9:04 AM



ภาพที่ 143 แสดงการตรวจสอบการโอนเงินที่ NHSO Budget



ภาพที่ 144 แสดงผลการออกรายงาน REP แบบ SUMMARY

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 240 9/14/17 9:04 AM

บทที่ 13 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

1. ขอบเขตบริการ

งบประมาณเพื่อการบริการบำบัดทดแทนไตเป็นค่าใช้จ่ายชดเชยบริการให้กับหน่วยบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมค่าบริการ ค่ายา และบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง การบริหารเป็นภาพรวมระดับประเทศ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการทดแทนไต จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ เป็นไปตามมาตรการหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด และตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังนี้

1. การบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่าที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือดการให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะฟอกเลือดตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

3. การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 เป็นต้นไป และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

4. การปลูกถ่ายไต ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาคโดยเป็นค่าเตรียม การผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาคค่าบริการกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึง

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 241 9/14/17 9:04 AM

ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยกำหนด

2. เงื่อนไขและการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

2.1 บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD)

หน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ CAPD จะได้รับการสนับสนุนการชดเชยบริการ โดยมีรายละเอียดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวปฏิบัติการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) พ.ศ. 2560 (รายละเอียดตามหนังสือรวบรวม กฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

2.1.1 การสนับสนุนน้ำยาและเวชภัณฑ์

(1) การสนับสนุนน้ำยา CAPD

สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือองค์การเภสัชกรรมหรือหน่วยงานของรัฐอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมายจะเป็นผู้จัดส่งให้หน่วยบริการ หรือส่งให้ผู้ป่วยโดยตรง (ตามที่หน่วยบริการระบุ) หน่วยบริการสามารถสั่งน้ำยา CAPD ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD หรือโปรแกรมอื่นที่ สปสช. กำหนดให้แก่ผู้ป่วยได้ ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ คนละไม่เกิน 4 ถุงต่อวัน กรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้น้ำยา CAPD เกินกว่า 4 ถุงต่อวัน ให้หน่วยบริการแจ้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต (สปสช.เขต) เพื่อพิจารณาสนับสนุนเพิ่มเป็นรายกรณีไป

ทั้งนี้ การสนับสนุนน้ำยา CAPD อาจปรับเปลี่ยนเป็นการจ่ายชดเชยเป็นเงินให้กับหน่วยบริการตามอัตราที่ สปสช. กำหนด

(2) การสนับสนุนยา Erythropoietin

สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย โดยใช้หลักเกณฑ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องแนวทางปฏิบัติการสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พ.ศ. 2560

ทั้งนี้ การสนับสนุนยา Erythropoietinอาจปรับเปลี่ยนเป็นการจ่ายชดเชยเป็นเงินให้กับหน่วยบริการตามอัตราที่ สปสช. กำหนด

(3) การสนับสนุนสาย Tenckhoff catheter

สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย โดยหน่วยบริการสามารถสั่งผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD หรือโปรแกรมอื่นที่ สปสช. กำหนด เพื่อใช้กับผู้ป่วยรายใหม่และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนไม่เกิน 1 สายต่อผู้ป่วย 1 รายต่อปี กรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ Tenckhoff catheter เกิน 1 สายต่อผู้ป่วย 1 รายต่อปี ให้หน่วยบริการแจ้งสปสช.เขต เพื่อพิจารณาสนับสนุนเพิ่มเป็นรายกรณีไป

ทั้งนี้ การสนับสนุนสาย Tenckhoff catheter อาจปรับเปลี่ยนเป็นการจ่ายชดเชยเป็นเงินให้กับหน่วยบริการตามอัตราที่ สปสช. กำหนด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 242 9/14/17 9:04 AM

2.1.2 การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

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

1) การประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา รวมทั้งค่าบริการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย CAPD

2) การวางสาย Tenckhoff catheter

3) ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเกี่ยวข้องกับการล้างไต ผ่านทางช่องท้อง เช่น CBC BUN Creatinine Electrolyte ตรวจความพอเพียงของการล้างไตทางช่องท้องและชนิดของเยื่อบุช่องท้อง การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ

4) การบริการ CAPD แบบผู้ป่วยนอกหรือค่ายาพื้นฐานและยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการบริการ CAPD โดยตรง รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนโดยตรงที่เกิดจากการบริการ CAPD ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หรือตามที่ สปสช.กำหนด

กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นแบบผู้ป่วยนอก ให้หน่วยบริการที่รับลงทะเบียนหรือหน่วยที่บันทึกติดตามผลการรักษา CAPD เป็นผู้ตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการบริการ CAPD ให้กับหน่วยบริการหรือสถานบริการที่รับการส่งต่อ

กรณีที่มีการส่งต่อหรือรักษาแบบผู้ป่วยใน และค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากการบริการ CAPD โดยตรง ให้หน่วยบริการหรือสถานบริการที่รับการส่งต่อเบิกจากบริการผู้ป่วยในทั่วไปกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1.3 การสนับสนุนค่าใช้จ่ายกรณีอื่น นอกจากค่าใช้จ่ายตามข้อ 2.1.2 แล้ว สปสช.ได้กำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายกรณีอื่นไว้ ดังนี้

(1) กรณีผู้ป่วยย้ายหน่วยบริการ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายในเดือนนั้นๆ ให้หน่วยบริการแห่งใหม่ที่ให้การรักษา

(2) กรณีผู้ป่วยใหม่ที่รอวางสายที่มีภาวะยูรีเมีย และผู้ป่วยเก่าที่มีความจำเป็นต้องหยุดล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) เป็นการชั่วคราว หากมีความจำเป็นต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว (Temporary HD) สปสช.จะจ่ายค่าตอบแทนในอัตรา 1,500 บาทต่อครั้ง จำนวนไม่เกิน 90 วัน ทั้งนี้ หากหน่วยบริการ CAPD ไม่สามารถให้บริการ HD ได้เอง และส่งผู้ป่วยไปรับบริการ HD ที่หน่วยฟอกเลือดอื่นที่ไม่ได้เป็นหน่วยบริการ CAPD ในกรณีที่หน่วยบริการรับฟอกเลือดเป็นเอกชน หน่วยบริการ CAPD ที่ส่งไปจะต้องรับผิดชอบค่าบริการในการฟอกเลือดให้กับสถานบริการนั้น โดยหน่วยบริการ CAPD ที่ส่งไปสามารถเบิกค่าบริการจาก สปสช. ตามอัตราที่ สปสช.กำหนด สำหรับในกรณีหน่วยบริการที่รับฟอกเลือดเป็นหน่วยบริการ CAPD ให้หน่วยบริการที่รับฟอกเลือดทำการเบิกค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดจาก สปสช. โดยตรง โดยบันทึกข้อมูลบริการ Temporary HD ในโปรแกรม DMIS-CAPD

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 243 9/14/17 9:04 AM

กรณีมีความจำเป็นต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว (Temporary HD) มากกว่า 90 วัน ให้หน่วยบริการทำเรื่องขอขยายระยะเวลาต่อคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไต ระดับเขต หรือคณะทำงานที่คณะกรรมการดังกล่าวมอบหมาย โดยขอขยายระยะเวลาได้ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน

(3) กรณีที่ไม่สามารถกลับมารักษาโดย CAPD ได้ต้องเปลี่ยนเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบถาวร ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไต ระดับเขต หรือคณะทำงานที่คณะกรรมการดังกล่าวมอบหมาย และเมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว สปสช.จะจัดให้มีการลงทะเบียนและเบิกค่าใช้จ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวปฏิบัติในการให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) พ.ศ. 2560 (รายละเอียดตามหนังสือ กฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

(4) กรณีเจ็บป่วยอื่นๆ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นนอกเหนือจาก CAPD หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป) และอื่นๆ ตามแนวทางเวชปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน

2.1.4 การส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

(1) การรับการสนับสนุนน้ำยา CAPD ยา Erythropoietin และ สาย Tenckhoff catheter

1) หน่วยบริการบันทึกข้อมูล เบิกจ่ายน้ำยา CAPD ยา Erythropoietin และสาย Tenckhoff catheter และอุปกรณ์อื่นๆ เช่น Transfer set , out port clamp , minicap ผ่าน **โปรแกรม DMIS_CAPD** หรือโปรแกรมอื่นที่ สปสช. กำหนด

2) สปสช. จะให้การสนับสนุนผ่านระบบการบริหารจัดการผลิตภัณฑ์ตามที่สำนักงานกำหนด

(2) การขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

1) การขอรับค่าตอบแทนหน่วยบริการแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติม (On top) ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการบริการ และการนัดติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD หรือโปรแกรมอื่นที่ สปสช. กำหนดทุกเดือน โดย สปสช.จะตรวจสอบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและการให้บริการและตอบแทนให้เป็นรายเดือน หรือตามที่ได้รับรายงานข้อมูลการให้บริการ

(3) การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดค่าบริการ

กำหนดวันในการส่งข้อมูลแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ให้ สปสช. คือ 30 วันภายหลังจากวันที่ให้บริการ

1) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 95 ของอัตราที่ที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 244 9/14/17 9:04 AM

2) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 90 ของอัตราที่ที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

3) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 80 ของอัตราที่ที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

กำหนดวันปิดรับข้อมูลการแจ้งหนี้ จะสิ้นสุดการแจ้งหนี้(ส่งเบิก(ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ภายใน 360 วันนับจากวันที่ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่ให้บริการในเดือนตุลาคม 2560 จะปิดรับการแจ้งหนี้ในวันที่ 30 ตุลาคม 2561

ทั้งนี้ข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย

สปสช. จะตัดข้อมูลจากโปรแกรม DMIS_CAPD ทุกวันสิ้นเดือนของเดือนพิจารณาตรวจสอบและออกรายงานขออนุมัติการจ่ายชดเชยในทุกวันสิ้นเดือนของเดือนถัดไป

2.2 การจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD)

หน่วยบริการหรือสถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการ HD จะได้รับการสนับสนุนการชดเชยบริการ โดยมีรายละเอียดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวปฏิบัติการให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) พ.ศ. 2560

2.2.1 การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

จ่ายค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงแก่หน่วยบริการหรือสถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการดังนี้

(1) ชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD

สำหรับผู้ป่วย HD รายเก่า และผู้ป่วย HD รายใหม่ ครั้งละ 1,500 บาท ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ ปอด ตับร่วมด้วย และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหน่วยบริการหรือสถานบริการขนาดใหญ่ที่มีการให้บริการหอผู้ป่วยไอซียู โดยชดเชยผู้ป่วยรายเก่าและผู้ป่วยรายใหม่ครั้งละ 1,700 บาท ไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์

(2) ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

1) การให้ยา Erythropoietin โดยใช้หลักเกณฑ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องแนวทางปฏิบัติการสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พ.ศ. 2560

ทั้งนี้ การสนับสนุนยา Erythropoietin อาจปรับเปลี่ยนเป็นการจ่ายชดเชยเป็นเงินให้กับหน่วยบริการตามอัตราที่ สปสช. กำหนด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 245 9/14/17 9:04 AM

2) การชดเชยค่าเตรียมเส้นเลือด (Vascular access)

หน่วยบริการ/สถานบริการ ที่เข้าร่วมให้บริการ HD จะรับการสนับสนุนการบริการ โดยมีรายละเอียดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis:HD) พ.ศ. 2560 ที่กำหนด

ตารางที่ 20 อัตราการจ่าย Vascular access สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ชนิดของ Vascular access	ข้อบ่งชี้	ราคาจ่าย	จำนวนครั้งในการเบิก	หน่วยบริการ
Tunnel cuffed catheter	สำหรับผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษา CAPD เป็น chronic hemodialysis ในกรณีดังนี้ (1) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD (2) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ไม่สามารถทำ AVF หรือ AVG	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 12,000 บาท (รวมค่าสายและ ค่าใส่สาย)	1 ครั้ง/ปี	ศูนย์ฟอกเลือดหรือโรงพยาบาล
AVF	สำหรับผู้ป่วย chronic hemodialysis ในกรณีดังนี้ (1) ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษาจาก CAPD เป็น chronic hemodialysis (2) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD (3) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ต้องทำ AVF ใหม่	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่า OR และค่าห้องปฏิบัติการ)	1 ครั้ง/ปี	โรงพยาบาล
AVG	สำหรับผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ไม่สามารถทำ AVF ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้ (1) ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษาจาก CAPD เป็น chronic hemodialysis (2) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD (3) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ต้องทำ AVG ใหม่	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่า OR และค่าห้องปฏิบัติการแต่ไม่รวมค่า graft) ค่า graft ไม่เกิน 14,000 บาท	1 ครั้ง/ปี	โรงพยาบาล
Temporary double lumen catheter	สำหรับผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่รอใช้ AVF หรือ AVG	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 5,000 บาท (รวมค่าสายและค่าใส่สาย)	1 ครั้ง/ปี	ศูนย์ฟอกเลือดหรือโรงพยาบาล

หมายเหตุ: ปีหมายถึงปีงบประมาณ

1. ผู้ป่วยใหม่ที่ต้องทำ Temporary hemodialysis ก่อนทำ CAPD ให้รวมค่าสาย Temporary double lumen catheter อยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัว 2,500 บาท/คน/เดือน
2. ผู้ป่วย CAPD ที่ต้องทำ Temporary hemodialysis หลังจากเริ่มทำ CAPD เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ให้รวมค่าสาย Temporary double lumen catheter อยู่ในค่าเหมาจ่าย 2,500 บาท/คน/เดือน
3. ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการแก้ไข AVF หรือ AVG สามารถเบิกค่าแก้ไขเพิ่มเติมตามที่ใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท ในระยะเวลา 1 ปี
4. ปีหมายถึงปีงบประมาณ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 246 9/14/17 9:04 AM

2.2.2 หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

(1) การจ่ายชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

อัตราค่าบริการฟอกเลือดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวปฏิบัติการให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) พ.ศ. 2560 ครอบคลุมการบริการ ดังต่อไปนี้

1) ค่าอุปกรณ์ ได้แก่ Dialyzer, Blood line, AVF needle, Bicarbonate dialysate, Anticoagulant

2) ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่แพทย์สั่งระหว่างการฟอกเลือดได้แก่ Glucose, Analgesic, Antihistamine และ Transquilizer drug

3) ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวเนื่องกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด ได้แก่ CBC , BUN ,Creatinine ,Electrolytes, Calcium, Phosphate, Albumin, KT/V, URR, HBsAg, HBsAb, Anti HCV., EKG และ Chest X-ray

4) การล้างไตต้องทำไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ยกเว้น 1.กรณีการล้างไตสัปดาห์แรก (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) น้อยกว่า 4 ชั่วโมง และ 2.กรณีผู้ป่วยอาการไม่ Stable ให้จ่ายชดเชยได้

5) กรณีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการล้างไตที่จำเป็นเร่งด่วน ให้หน่วยบริการที่รักษาภาวะแทรกซ้อนนี้ เรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามแนวทางเวชปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น กรณีฉุกเฉิน

6) ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการอื่นๆ เบิกจ่ายตามแนวทางการขอรับผู้ป่วยในให้เรียกเก็บตามระบบ DRG จากกองทุนผู้ป่วยใน ยกเว้นในกรณีสถานบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เป็นสถานบริการตามสัญญา สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายตามข้อ บังคับมาตรา 7 ได้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เช่น กรณีส่งต่อ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

7) กรณีเปลี่ยนสิทธิหรือเสียชีวิต จะหมดสิทธิในการขอรับค่าใช้จ่ายในเดือนที่ตรวจสอบหรือเป็นไปตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

8) กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่หน่วยบริการที่ลงทะเบียนไว้ จะต้องทำการส่งตัวผู้ป่วยไปรับการฟอกเลือดอีกหน่วยบริการหนึ่ง หน่วยบริการที่รับลงทะเบียนจะต้องส่งตัวผู้ป่วยผ่านระบบอิเลคทรอนิกส์ตามที่ สปสช.กำหนด (โปรแกรม สกส.) และหน่วยบริการที่ฟอกเลือดสามารถรับค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้

9) การเบิกชดเชยค่าบริการ หน่วย HD จะเบิกได้เฉพาะผู้ป่วยที่ลงทะเบียนและมารับบริการในหน่วยของตนเองเท่านั้น หาก สปสช. ตรวจพบว่า มีการนำข้อมูลที่ไม่ได้รับบริการที่หน่วยของตนเองมาเบิก หรือมีการตรวจสอบพบว่าการเบิกนั้น ๆ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยที่กำหนด หรือ ไม่มีคุณภาพในการให้บริการตามเกณฑ์และแนวทางการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สปสช. จะพิจารณาเรียกเงินคืนหรือดำเนินการตามแนวทางที่ สปสช. กำหนดต่อไป

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 247 9/14/17 9:04 AM

10) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องทำการฟอกเลือดที่หน่วยบริการหรือสถานบปหการแห่งอื่น (ที่อยู่ในโครงการ) นอกเหนือจากที่รับบริการประจำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในกรณีดังกล่าวขอให้หน่วยบริการ/สถานบริการแห่งอื่นที่รักษา ประสานแจ้งหน่วยบริการ HD ที่ผู้ป่วยลงทะเบียนไว้ให้ทำการส่งต่อผู้ป่วยผ่านโปรแกรม สกส. หรือโปรแกรมอื่นๆที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และหน่วยบริการ/สถานบริการแห่งอื่น ที่ฟอกเลือดสามารถรับค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้ โดยไม่ให้เบิกค่าตัวกรองเพิ่ม (การส่งตัวในโปรแกรมของ สกส.ในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี 3 แบบ ได้แก่ 1.โอนย้าย คือการส่งตัวชนิดถาวร 2.ชั่วคราว คือการส่งตัวเป็นระยะเวลา 7 วัน และ 3.ร่วมดูแล คือการส่งตัวที่สามารถเบิกจ่ายได้ทั้ง 2 หน่วย)

(2) การชดเชยค่าเตรียมเส้นเลือด

1) สปสช. จะจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ/หรือหน่วยบริการ/สถานบริการ ที่มีสัญญาให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2) ผู้ป่วยที่มีสิทธิได้รับการเตรียมเส้นเลือด สำหรับทำ HD (Vascular Access) ต้องเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD และลงทะเบียนแล้วเท่านั้น/ผู้ป่วย HD รายใหม่ที่ได้รับเฉพาะสิทธิ EPO จะไม่มีสิทธิเบิกค่า Vascular Access

3) หน่วยบริการ/สถานบริการ ที่ให้บริการเตรียมเส้นเลือดสำหรับทำ HD (Vascular Access) แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายได้ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

4) กรณีที่มีการส่งตัวผู้ป่วยจากหน่วยบริการ สถานบริการ ที่ไม่สามารถให้บริการเตรียมเส้นเลือดสำหรับทำ HD ได้ไปรับบริการที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือหน่วยบริการที่ทำสัญญาให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หน่วยบริการที่ให้บริการเตรียมเส้นเลือดสำหรับทำ HD สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้

5) สปสช. กำหนดการตัดรอบข้อมูลเพื่อการจ่ายชดเชยทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ทุกสัปดาห์ และทำการตรวจสอบข้อมูลพร้อมทั้งออกรายงานและขออนุมัติการจ่ายชดเชยภายใน 30 วันนับจากวันที่ตัดข้อมูล

2.2.3 การส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

(1) การบันทึกข้อมูลการให้บริการ HD

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

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 248 9/14/17 9:04 AM

การบันทึกค่าบริการ

1) บันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาลด้วยโปรแกรมทะเบียนการรักษาทดแทนไต (HD) เมื่อให้บริการผู้ป่วยทุกราย

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

3) สกส.จะส่งรายงานสรุปยอดรวมรายการค่ารักษาพยาบาล (Statement) ให้หน่วยบริการเดือนละ 2 ครั้ง

4) สกส. จะส่งรายงานสรุปยอดตามรายการยา Erythropoietin (EUR) ให้หน่วยบริการทุกวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

5) หลังจากได้รับข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำการประมวลผลและออกรายงานการชดเชยให้ภายใน 30 วัน นับจากตัดข้อมูล

(2) การบันทึกข้อมูลการเตรียมเส้นเลือดสำหรับทำ HD (Vascular access) บันทึกในโปรแกรม E- Claim ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่านั้น

สปสช. กำหนดการตัดรอบข้อมูลเพื่อการจ่ายชดเชยทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ทุกสัปดาห์ และทำการตรวจสอบข้อมูลพร้อมทั้งออกรายงานและขออนุมัติการจ่ายชดเชยภายใน 30 วันนับจากวันที่ตัดข้อมูล

(3) การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดค่าบริการ

กำหนดวันในการส่งข้อมูลแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ให้ สปสช. คือ 30 วันภายหลังจากวันที่ให้บริการ

1) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 95 ของอัตราที่ที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

2) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 90 ของอัตราที่ที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

3) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 80 ของอัตราที่ที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

กำหนดวันปิดรับข้อมูลการแจ้งหนี้ จะสิ้นสุดการแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ภายใน 360 วันนับจากวันที่ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่ให้บริการในเดือนตุลาคม 2560 จะปิดรับการแจ้งหนี้ในวันที่ 31 ตุลาคม 2561

ทั้งนี้ข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย สปสช. อาจกำหนดให้หน่วยบริการ สถานบริการ HD บันทึกข้อมูลการให้บริการ HD ตามข้อ 2.2.3 (1) ด้วยโปรแกรมอื่นตามที่ สปสช. กำหนด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 249 9/14/17 9:04 AM

2.3 การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT)

หน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ KT จะได้รับการสนับสนุนการชดเชยบริการ โดยมีราย ละเอียดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวปฏิบัติการให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไตและการให้บริการยากดภูมิภายหลังการปลูกถ่ายไต พ.ศ. 2560

2.3.1 การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

การสนับสนุนการให้บริการ KT ครอบคลุม ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด การปลูกถ่ายไต และการดูแลหลังปลูกถ่ายไต โดยการสนับสนุนเป็นไปตามแบบแผนการรักษา (Protocol) ตามที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยเสนอ โดย Protocol ดังกล่าว มีการจำแนกย่อย และมีค่าใช้จ่ายที่จ่ายเหมาตาม Protocol โดยแบ่งการจ่ายเงินเป็น 2 ช่วง มีรายละเอียดดังนี้

(1) ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

1) สำหรับผู้บริจาคอวัยวะ ทั้งผู้บริจาคที่มีชีวิต และผู้บริจาคสมองตาย

2) สำหรับผู้รับบริจาค

(2) ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการ แบบราคาเหมาจ่ายค่าบริการต่อชุดบริการ (Protocol) ในระหว่างเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในจนกระทั่งจำหน่าย รวมทั้งเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 2 กรณี คือ

1) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายตาม Protocol I-IV

2) กรณีมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย จ่ายตาม Protocol ดังนี้

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

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

2.3) Delayed Graft Function ประกอบด้วย Protocol DGF-A Protocol DGF-B และ Protocol DGF-C

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 250 9/14/17 9:04 AM

ตารางที่ 21 รายละเอียดการสนับสนุนค่าบริการปลูกถ่ายไต

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด		
1.1 สำหรับผู้บริจาค (Donor)		
1.1.1 ผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor)		
1.1.1.1 ค่าเตรียมผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor)	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้รับบริจาค 1 ราย	40,000
1.1.1.2 ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor) ระหว่างเข้ารับการผ่าตัด	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	32,800
1.1.2 ผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)		
1.1.2.1 ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor) (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย โดยผ่านหน่วยบริการที่ผ่าตัด)	• ค่าดูแล Donor • ค่าผ่าตัด • ค่าน้ำยาถนอมอวัยวะ • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	40,000
1.2 สำหรับเตรียมผู้รับบริจาค (Recipient)		
1.2.1 ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคที่มีชีวิต		
1.2.1.1 ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	31,300
1.2.2 ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคสมองตาย		
1.2.2.1 ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	31,300
1.2.2.2 ค่าส่งตรวจ Panel reactive antibody	• ค่าตรวจ Panel reactive antibody <u>ผู้บริจาคมีชีวิต</u> - ตรวจ screening 1 ครั้งต่อปี - ตรวจ SAB class I เพื่อ confirm กรณี screening class I ผลเป็นบวก 1 ครั้ง/ปี - ตรวจ SAB class II เพื่อ confirm กรณี screening class II ผลเป็นบวก 1 ครั้ง/ปี <u>ผู้บริจาคสมองตาย</u> - ตรวจ screening จ่ายตามจริง ไม่เกิน 7,200 บาทต่อรายต่อปี	 2,000 13,000 12,500 7,200

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 251 9/14/17 9:04 AM

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด		
2.1 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-I • สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย • ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Cyclosporine + Mycophenolate • ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ • ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	143,000
Protocol-II • สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย • ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus + Mycophenolate • ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ • ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	148,000
Protocol-III • สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย • ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximap + Cyclosporine + Mycophenolate • ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ • ค่ายา Basiliximab X 2 dose • ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	287,000
Protocol-IV • สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย • ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab + Cyclosporine + Mycophenolate • ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ • ค่ายา Basiliximab X 2 dose • ค่ายา Tacrolimus และMycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	292,000

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 252 9/14/17 9:04 AM

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
2.2 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีมีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol ACR-A (Acute Cellular Rejection) • ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Acute Cellular Rejection • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	• ค่าทำ Ultrasound guided renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ • ค่ายา Methylprednisolone • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Aute hemodialysis ให้เพิ่ม Protocol DGF-B)	23,000
Protocol ACR-B (Refractory Acute Cellular Rejection) • ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Acute Cellular Rejection • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	• ค่าทำ Ultrasound guided renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ • ค่ายา Methylprednisolone • ค่ายา Anti-thymocyte globulin • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่ม Protocol DGF-B)	493,000
Protocol AMR-A (Antibody Mediated Rejection) • ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Antibody Mediated Rejection • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	• ค่าทำ Ultrasound guided renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่ายา Methylprednisolone • ค่ายา Intravenous immunoglobulin • ค่า Plasmapheresis และตัวกรอง Plasma flux • ค่าสาย Double lumen catheter • ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย Protocol DGF-C)	340,000
Protocol AMR-B (Refractory Antibody Mediated Rejection) • ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Antibody Mediated Rejection • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	• ค่าทำ Ultrasound guided renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่ายา Methylprednisolone • ค่ายา Intravenous Immunoglobulin • ค่ายา Rifuximab • ค่า Plasmapheresis และตัวกรอง Plasmaflux • ค่าสาย Double lumen catheter • ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย Protocol DGF-C)	426,000

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 253 9/14/17 9:04 AM

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
Protocol DGF-A (Delayed Graft Function) • ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	• ค่าทำ Ultrasound guided renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่าสาย Double lumen catheter • ค่าทำ Acute hemodialysis	56,000
Protocol DGF-B (Delayed Graft Function Acute Cellular Rejection) • ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol ACR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay Gaft Function ร่วมกับ Aute Cellular Rejection • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่าสาย Double lumen catheter • ค่าทำ Acute hemodialysis • ไม่รวมค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน Protocol ACR-A และ ACR-B)	40,000
Protocol DGF-C (Delayed Graft Function with Antibody Mediated Rejection) • ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol AMR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function ร่วมกับ Antibody Mediated Rejection • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่าทำ Acute hemodialysis • ไม่รวมค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ และค่าสาย Double lumen catheter (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน Protocol AMR-A และ AMR-B)	35,000

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 254 9/14/17 9:04 AM

สรุปค่าใช้จ่ายในการให้บริการ KT

1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

ตารางที่ 22 แสดงค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดก่อนปลูกถ่ายไต

ประเภทการจ่าย		เงื่อนไข	อัตราจ่าย (บาท)
ผู้บริจาค	สมองตาย	ผ่าตัดนำอวัยวะออก	40,000 ต่อไต 1 ข้าง
	มีชีวิต	เตรียมผู้บริจาค	40,000
		ผ่าตัดนำอวัยวะออก	32,800
ผู้รับบริจาค		ก่อนรับผ่าตัด	31,300
		ค่าตรวจ PRA ทุก 3 เดือน	1,800 ต่อครั้ง

2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด แยกเป็นประภท ดังนี้

2.1 อัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ตามตารางที่ 4)

2.2 อัตราจ่ายกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย (ตามตารางที่ 5)

ตารางที่ 23 แสดงอัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

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

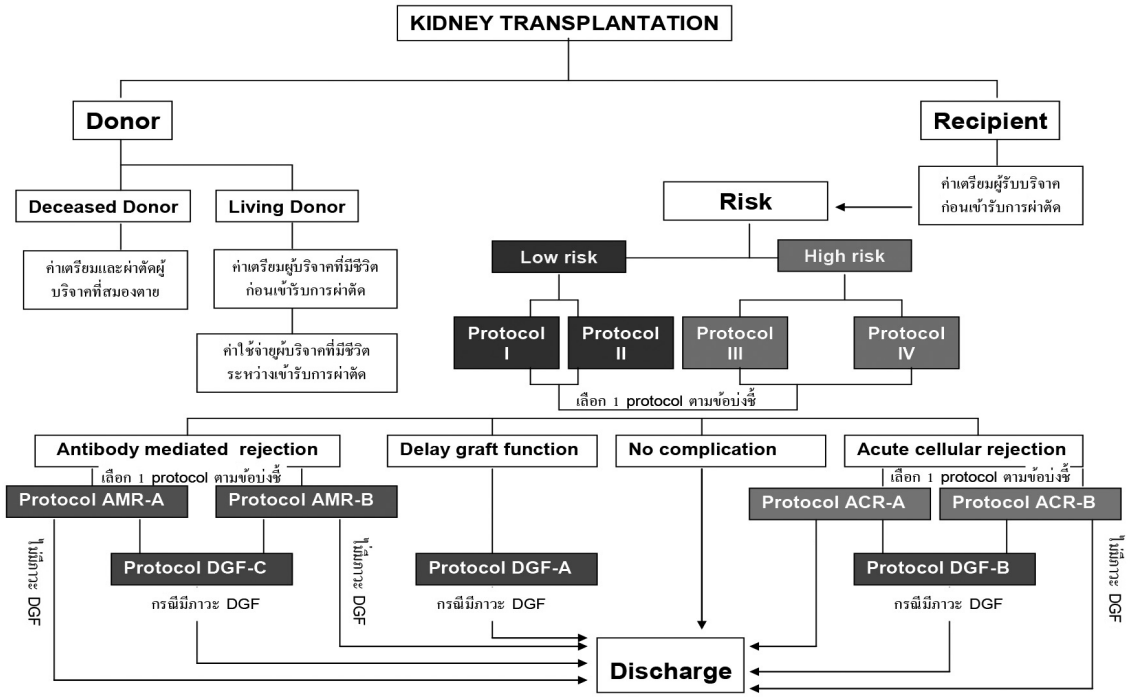
ตารางที่ 24 แสดงอัตราจ่ายกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนโดยตรงจากการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

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

หมายเหตุ: การรับบริการปลูกถ่ายไต ให้หน่วยบริการประจำจัดทำใบส่งตัวผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการที่ทำข้อตกลงปลูกถ่ายไต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้ถือว่าใบส่งตัวนั้น ครอบคลุมการส่งตัวรักษาโรคอื่น ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไต 1 ปี

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 255 9/14/17 9:04 AM

แผนภาพแสดงแนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการปลูกถ่ายไต



หมายเหตุ:

1. ภาวะแทรกซ้อน Protocol AMR และ Protocol ACR สามารถเกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัด (ในช่วงระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาล) หน่วยบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเพิ่มเติมจาก Protocol 1-4 ได้โดยบันทึกข้อมูลในโปรแกรม DMIS-KT แพทย์ผู้รักษาจะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามข้อบ่งชี้ของสมาคมปลูกถ่าย อวัยวะแห่งประเทศไทย

2. ภาวะแทรกซ้อน Protocol DGF (Delay graft function) สามารถเกิดขึ้นภายหลัง หน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านแล้วและกลับมานอนในโรงพยาบาลใหม่ หน่วยบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามที่กำหนด

2.3.2 เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1) การจ่ายค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่ายตาม Protocol ที่กำหนด หากมีการปรับ เปลี่ยน Protocol ระหว่างรับการรักษา จะได้รับค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณา

2) ค่าบริการที่จ่ายนี้ไม่ครอบคลุมโรคแทรกซ้อน หรือโรคที่เป็นอยู่เดิม หากหน่วย บริการต้องให้บริการในกรณีโรคแทรกซ้อน หรือโรคเดิม ให้ส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทาง ปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปี 2561 (หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ร่วมโครงการต้องแจ้งให้ผู้ป่วยผ่านระบบส่งต่อตั้งแต่แรกเริ่มเข้าสู่โครงการ เพื่อป้องกันการปฏิเสธการจ่ายในกรณีที่มีการรักษาโรคอื่นๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อน หรือโรคเดิม เป็นต้น)

3) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากโครงการตามขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขนี้ จนกระทั่งสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้มีสิทธิ เช่น เสียชีวิต หรือเปลี่ยนสิทธิ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 256 9/14/17 9:04 AM

4) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด ในช่วงเวลาประมาณ 21 วัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่าย ระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดใน Protocol

2.2.3 การส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

(1) การบันทึกข้อมูลการให้บริการ KT

ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม DMIS_KT ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยน Protocol หรือเสียชีวิต ระหว่างผ่าตัด หรืออื่นๆ สปสช. อาจขอสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยได้

สปสช. กำหนดการตัดข้อมูลเพื่อจ่ายชดเชยทุกวันสิ้นเดือน และทำการตรวจสอบและออกรายงานขออนุมัติจ่ายชดเชยภายใน 30 วัน

(2) การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดค่าบริการ

กำหนดวันในการส่งข้อมูลแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ให้ สปสช. คือ 30 วันภายหลังจากวันที่ให้บริการ

1) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 95 ของอัตราที่ที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

2) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 90 ของอัตราที่ที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

3) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 80 ของอัตราที่ที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

กำหนดวันปิดรับข้อมูลการแจ้งหนี้ จะสิ้นสุดการแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ภายใน 360 วันนับจากวันที่ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่ให้บริการในเดือนตุลาคม 2560 จะปิดรับการแจ้งหนี้ในวันที่ 30 ตุลาคม 2561

ทั้งนี้ข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย

2.4 การจัดบริการยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายไต

หน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ KT จะได้รับการสนับสนุนการชดเชยบริการ โดยมีรายละเอียดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวปฏิบัติการให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไตและการให้บริการยากดภูมิภายหลังการปลูกถ่ายไต พ.ศ. 2560

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 257 9/14/17 9:04 AM

2.4.1 การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

เกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มภายหลังการปลูกถ่ายไต ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันด้วย โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต ดังนี้

ตารางที่ 25 แสดงอัตราจ่ายชัดเจน การให้ยากดภูมิภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

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

2.4.2 เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

การจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายชดเชยต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือสิ้นสุดตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.4.3 การส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

(1) การบันทึกข้อมูล

ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการ บันทึกข้อมูลการรักษาและติดตามผลให้ครบถ้วน ในโปรแกรม DMIS_KT โดยหน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้ยาได้ไม่เกิน 1 ครั้ง/เดือน

(2) การออกรายงานการจ่ายเงิน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดรอบในการตัดข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย ทุกวันสิ้นเดือนของทุกเดือน และพิจารณาออกรายงานเพื่อขออนุมัติจ่ายเงินทุกวันสิ้นเดือนของเดือนถัดไป

(3) การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดค่าบริการ

กำหนดวันในการส่งข้อมูลแจ้งหนี้ (ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย) ให้ สปสช. คือ 30 วันภายหลังจากวันที่ให้บริการ

1) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 95 ของอัตราที่ที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

2) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 90 ของอัตราที่ที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

3) ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายชดเชยการบริการในอัตราร้อยละ 80 ของอัตราที่ที่จ่ายให้ของข้อมูลที่มีการแจ้งหนี้ภายในวันที่กำหนด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 258 9/14/17 9:04 AM

กำหนดวันปิดรับข้อมูลการแจ้งหนี้ จะสิ้นสุดการแจ้งหนี้(ส่งเบิก(ส่งเบิกหรือขอรับค่าใช้จ่าย)ภายใน 360 วันนับจากวันที่ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่ให้บริการในเดือนตุลาคม 2560 จะปิดรับการแจ้งหนี้ในวันที่ 31 ตุลาคม 2561

ทั้งนี้ข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย

2.5 การสนับสนุนยา Erythropoietin

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิรับบริการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(HD) และผู้ป่วยรายใหม่ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลังวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด มีสิทธิได้รับยาตามความจำเป็น และข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 26 แสดงเงื่อนไขและรายการสนับสนุนยา Erythropoietin

ชื่อยา	ขนาดยา	ระดับ Hct ≤ 30% เบิกได้ตามจ่ายจริงและไม่เกิน	ระดับ Hct > 30% เบิกได้ตามจ่ายจริงและไม่เกิน
Epiao	4,000 ü	4,000 ü X8 ครั้งต่อเดือน	4,000 ü X 4 ครั้งต่อเดือน
Eporon	4,000 ü	4,000 ü X 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 ü X 4 ครั้งต่อเดือน
Renogen	4,000 ü	4,000 ü X 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 ü X 4 ครั้งต่อเดือน
Hema-plus	4,000 ü	4,000 ü X 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 ü X 4 ครั้งต่อเดือน
Espogen	4,000 ü	4,000 ü X 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 ü X 4 ครั้งต่อเดือน
Hypercrit	4,000 ü	4,000 ü X 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 ü X 4 ครั้งต่อเดือน
Epokine	4,000 ü	4,000 ü X 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 ü X 4 ครั้งต่อเดือน

หมายเหตุ: รายการยาอาจมีการเปลี่ยนแปลงในระหว่างปีตามสถานการณ์ทางตลาด และคุณสมบัติของยาที่มีผลต่อจัดหา หรืออาจมีการปรับเปลี่ยนการชดเชยเป็นเงินค่ายาตามราคาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

2.5.1 วิธีปฏิบัติในการให้ยา Erythropoietin

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

(2) หน่วยบริการ/สถานบริการที่ให้ยา Erythropoietin ชื่อทางการค้าชื่อใดชื่อหนึ่ง ควรใช้ยาชื่อนั้นต่อเนื่องกันอย่างน้อย 1 ปี ยกเว้นมีเหตุจำเป็นทางการแพทย์ก็สามารถเปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่นหรือที่มีชื่ออื่นได้ โดยให้หน่วยบริการ/สถานบริการทำหนังสือชี้แจงเหตุผลในการเปลี่ยนยาให้ สปสช. ทราบ รวมทั้งต้องติดตามระดับ Hematocrit (Hct) ทุก 4 สัปดาห์ในผู้ป่วย HD และ ทุก 8 สัปดาห์ ในผู้ป่วย CAPD เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยาผู้ป่วย

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 259 9/14/17 9:04 AM

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

(4) การให้ยา Erythropoietin ต้องให้โดยบุคลากรทางการแพทย์ของหน่วยบริการ หรือสถานบริการโดยตรง สำหรับผู้ป่วย CAPD อาจให้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายที่อยู่ใกล้บ้านได้โดยจะต้องส่งยาด้วยระบบ Cold chain และมีใบส่งตัวผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะได้รับยาเมื่อมารับบริการฟอกเลือดในหน่วย HD โดยไม่ให้ผู้ป่วยนำยาไปฉีดเองที่บ้าน

2.5.2 เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1) ผู้ที่มีสิทธิรับยา เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีสิทธิล้างไตทางช่องท้อง CAPD ผู้ป่วยมีสิทธิฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD และผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลังวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (ผู้ป่วยที่จ่ายค่าฟอกเลือดเอง)

2) สปสช. จะจ่ายชดเชยยาให้หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ CAPD และหน่วยบริการ/สถานบริการ ที่มีสัญญาให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

3) หน่วยบริการ/สถานบริการ ที่ให้ยาแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสิทธิเบิกยาได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

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

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

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

2.5.3 การส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุน และชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริการ

(1) การบันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin

(1.1) หน่วยบริการ CAPD

1) บันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรม DMIS_CAPD โดยบันทึกข้อมูลหลังจากให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกเดือน และ สปสช. จะตัดข้อมูลการบริการของเดือนที่ผ่านมา ในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 260 9/14/17 9:04 AM

2) สปสช. จะประมวลข้อมูลและคำนวณเพื่อชดเชยยา Erythropoietin ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด ซึ่งยาจะส่งถึงหน่วยบริการหลังจากตัดข้อมูลประมาณ 10 วัน

3) หน่วยบริการสามารถตรวจสอบข้อมูลการได้รับชดเชยยา หรือ Erythropoietin Usage Report (EUR) ได้ที่ Web site DMIS_CAPD

(1.2) หน่วยบริการ/สถานบริการ HD

1) บันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรมฟอกเลือด ที่พัฒนาโดยสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)

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

3) สกส. จะตัดข้อมูลการบริการของรอบเดือนที่ผ่านมาในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป และจะประมวลผลเพื่อส่งยาให้หน่วยบริการ/สถานบริการ ซึ่งยาจะส่งถึงหน่วยบริการหลังจากตัดข้อมูลประมาณ 10 วัน

4) สกส.จะส่งรายงานสรุปยอดรวมการให้ยา Erythropoietin (EUR) ให้หน่วยบริการเดือนละ 1 ครั้ง

(2) การกำหนดรอบข้อมูล และการออกรายงาน

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

ทั้งนี้ รายละเอียดการสนับสนุนต่างๆ เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องแนวปฏิบัติการสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พ.ศ. 2560

3. การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

1. ความหมาย

การอุทธรณ์การจ่ายชดเชย เป็นการขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)พิจารณาทบทวนการจ่ายชดเชยค่าบริการที่ สปสช. ได้ตรวจสอบข้อมูลการจ่ายและทำการโอนเงินให้แล้ว และทางหน่วยบริการ/สถานบริการ ไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาการจ่ายชดเชยค่าบริการนั้น

การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการจะเกิดขึ้นได้ หลังจากหน่วยบริการ/สถานบริการได้ทราบผลการจ่ายชดเชยค่าบริการในแต่ละงวดแล้ว และมีความเห็นแย้งกับผลการจ่ายชดเชยทั้งกรณีไม่ได้รับการชดเชย ได้รับการชดเชยไม่ครบ หรือไม่ตรงกับที่ขอเบิก (กรณีที่ยังไม่ถึงรอบการพิจารณา หรือยังไม่ได้รับการตรวจสอบจึงไม่ใช่การขออุทธรณ์)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 261 9/14/17 9:04 AM

2. วิธีการขออุทธรณ์

2.1 ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis-CAPD) ให้หน่วยบริการทำหนังสือ เรื่องการขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายโดยระบุสาเหตุ และลงนามโดยผู้บริหารหน่วยบริการ พร้อมกับแนบหลักฐานประกอบ ได้แก่

2.1.1 รายงานการจ่ายเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จาก www.nhso.go.th/acc

2.1.2 สำเนาการบันทึกข้อมูล Follow up ในโปรแกรม DMIS_CAPD

2.2 ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD)

2.2.1 ให้หน่วยบริการ/สถานบริการ บันทึกขอแก้ไขข้อมูล พร้อมทั้งแนบหลักฐาน ประกอบการขออุทธรณ์ ในโปรแกรม HDepac ของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) รายละเอียดดังคู่มือการใช้งานโปรแกรม HDepac (สามารถ Download ได้ที่ http://cs3.chi.or.th/hdepac)

2.3 ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin)

2.3.1 กรณีผู้ป่วย HD ให้ใช้วิธีการเช่นเดียวกับการอุทธรณ์ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในข้อ 2.2

2.3.2 กรณีผู้ป่วย CAPD ให้ทำหนังสือขออุทธรณ์ ลงนามโดยผู้บริหารพร้อมแนบเอกสาร ได้แก่

1) รายงานการจ่ายชดเชยยา Erythropoietin (EUR) จากโปรแกรม DMIS_CAPD

2) รายงานการเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจาก www.nhso.go.th/acc (กรณีอุทธรณ์ค่าบริหารจัดการยา)

3) บันทึก ผลการตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematrocrit)

2.4 ค่าบริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

2.4.1 หน่วยบริการที่ได้ให้บริการนอกเหนือจากแนวทางปฏิบัติที่กำหนดใน Protocol สามารถส่งหลักฐาน ไปขออุทธรณ์ได้ที่ สปสช. ได้ คือ

1) หนังสือขออุทธรณ์ พร้อมสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์

2) รายงานการจ่ายเงินจาก สปสช. จาก www.nhso.go.th/acc

2.5 ค่ายากดภูมิคุ้มกัน ให้ทำหนังสือขออุทธรณ์ พร้อมแนบเอกสาร ได้แก่

2.5.1 รายงานการจ่ายเงินจาก สปสช. จาก www.nhso.go.th/acc

2.5.2 สำเนาการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม DMIS_KTI

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 262 9/14/17 9:04 AM

3. เงื่อนไขและระยะเวลาการอุทธรณ์

3.1 การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยต้องดำเนินการภายใน 30 วันหลังรับรายงานการโอนเงินทาง ww.nhso.go.th/acc สำหรับการอุทธรณ์ยา Erythropoietin ต้องดำเนินการภายใน 30 วันหลังรับรายงานสรุปยอดรวมการใช้ยา (EUR) การอุทธรณ์จะสิ้นสุด ภายใน 360 วันนับจากวันที่ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่ให้บริการในเดือนตุลาคม 2560 จะปิดรับการอุทธรณ์ในวันที่ 31 ตุลาคม 2561 หากหลังจากที่กำหนดแล้ว ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะอุทธรณ์

3.2 กรณีผู้ป่วย HD (ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และยา Erythropoietin) หน่วยบริการ/สถานบริการจัดทำหนังสือแจ้งการขออุทธรณ์ พร้อมแนบหลักฐานประกอบให้ครบถ้วน ให้ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม HDepac เท่านั้น

3.3 การตัดรอบการรับข้อมูลอุทธรณ์เพื่อนำมาตรวจสอบและพิจารณาจ่าย จะดำเนินการทุก 3 เดือน

3.4 กรณีอุทธรณ์ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(HD) จะพิจารณาจากข้อมูลที่หน่วยบริการสถานบริการบันทึกในโปรแกรมของ สกส.และมีผลการตอบรับเป็นปฏิเสธการชดเชยเท่านั้น กรณีไม่มีข้อมูลจาก สกส. จะไม่พิจารณา

3.5 หน่วยบริการ/สถานบริการ สามารถตรวจสอบข้อมูลการโอนเงิน ได้ทาง Website พร้อมกับงวดการจ่ายชดเชยปกติทาง www.nhso.go.th/acc

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 263 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 264 9/14/17 9:04 AM

บทที่ 14

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการกรณีควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

***รายละเอียดตามคู่มือบริหารกองทุนปี 2561**

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 265 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 266 9/14/17 9:04 AM

บทที่ 15 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

***รายละเอียดตามคู่มือบริหารกองทุนปี 2561**

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 267 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 268 9/14/17 9:04 AM

บทที่ 16 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ค่าบริการ LTC) จำนวน 1,159.2000 ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ/สถานบริการ อย่างเป็นระบบโดยในปีงบประมาณ 2561 มีเป้าหมายจำนวน 193,200 คน โดยรายละเอียดกรอบแนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการฯ เป็นไปตามคู่มือการบริหารกองทุนฯ ปี 2561 สำหรับคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข จะกล่าวถึงขั้นตอนการโอนค่าบริการ LTC (100,000 บาท/แห่ง) ให้กับหน่วยบริการประจำในพื้นที่ และการโอนงบ LTC (เหมาจ่าย 5,000 บาท/ราย/ปี) ให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงาน มีดังนี้

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 269 9/14/17 9:04 AM

การโอนค่าบริการ LTC (100,000 บาท/แห่ง) ให้กับหน่วยบริการประจำในพื้นที่

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ขั้นตอนการโอนงบ LTC(100,000บาท/แห่ง) ให้กับหน่วยบริการประจำในพื้นที่	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
- สปสช.ส่วนกลาง - สปสช.เขต1-12	สปสช.ส่วนกลางแจ้งการจัดสรรเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2561 ให้กับ สปสช.เขต	- หนังสือแจ้งสปสช.เขต เรื่อง การจัดสรรเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2561
- สปสช.เขต1-12 - สสจ. - หน่วยบริการฯ -อปท.	สปสช.เขต ประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) หน่วยบริการ (หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย) รวมทั้ง อปท. เพื่อดำเนินการพิจารณาอปท.พื้นที่ดำเนินงานดูแลระยะยาวฯ ปี 2561 ตามเป้าหมายที่ได้รับการจัดสรร และยืนยัน อปท.พื้นที่ดำเนินงานดูแลระยะยาวฯ ปี 2559 และ 2560	- หนังสือแจ้ง สสจ. หน่วยบริการเครือข่ายหน่วยบริการ และอปท. เรื่องการจัดสรรเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2561
- สปสช.เขต1-12 - สสจ. -หน่วยบริการประจำ - อปท.	สปสช.เขต ส่งรายชื่อหน่วยบริการประจำ พร้อมรายชื่อ อปท.พื้นที่ดำเนินงานดูแลระยะยาวฯ ปี 2559-2561 ให้กับส่วนกลาง เพื่อทำการโอนงบ 100,000 บาท/แห่ง ให้กับหน่วยบริการประจำ และประสาน สปสช.เขตเพื่อแจ้งหนังสือสนับสนุนค่าบริการLTC แก่หน่วยบริการในพื้นที่เป้าหมาย (ภายใน ต.ค.2560)	- แบบฟอร์มการส่งรายชื่อหน่วยบริการ อปท.พื้นที่ดำเนินงาน LTC และจำนวนเป้าหมาย - หนังสือแจ้งหน่วยบริการเรื่องสนับสนุนค่าบริการLTC
- หน่วยบริการฯ - อปท.	หน่วยบริการฯร่วมกับอปท.ในพื้นที่เป้าหมาย คัดกรองผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปสิทธิ์ UC *(รายใหม่ของ อปท.พื้นที่ใหม่ปี 2561 / รายใหม่ของ อปท.พื้นที่เดิมปี 2559 และ 2560 (ไม่ใช่รายทดแทนกรณีผู้สูงอายุที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณไปแล้วเสียชีวิต หรือสูญหาย) / รายเก่าของ อปท.พื้นที่เดิมปี 2559 และ 2560 ที่อนุมัติ care plan ครบ 1ปี)* มีคะแนน Barthel ADL index น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศกองทุนฯ (ฉบับที่2) พ.ศ. 2559 และส่งข้อมูลให้กับสปสช.เขตเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (ภายใน ต.ค.2560)	- แบบคัดกรอง: ADL - แบบฟอร์ม LTC 1
- สปสช.ส่วนกลาง - สปสช.เขต 1-12	สปสช.เขตส่งข้อมูลที่ตรวจสอบความถูกต้องแล้วให้กับสปสช.ส่วนกลาง เพื่อจัดสรรงตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ(ภายใน ม.ค.2561)	
- สปสช.ส่วนกลาง - สปสช.เขต 1-12 - หน่วยบริการประจำ	ส่วนกลาง จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมให้หน่วยบริการประจำตามแบบขั้นบันไดหรือตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป้าหมาย และสปสช.เขตแจ้งหนังสือสนับสนุนค่าบริการ LTC (เพิ่มเติม) ให้หน่วยบริการประจำ(ภายใน มี.ค.61)	- หนังสือแจ้งหน่วยบริการเรื่องสนับสนุนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เพิ่มเติม)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 270 9/14/17 9:04 AM

ขั้นตอนการโอน LTC (เหมาจ่าย 5,000 บาท/ราย/ปี) ให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ขั้นตอนการโอน LTC(เหมาจ่าย 5,000 บาท/ราย/ปี)ให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
- สปสช. ส่วนกลาง - สปสช. เขต 1--12 - หน่วยบริการ - อปท.	เฉพาะ อปท. ใหม่ที่เป็นพื้นที่ดำเนินงาน LTC ในปี 61 ให้ส่งหนังสือแสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงาน และบัญชีเงินฝาก ธกส.ชื่อ “บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ (....ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ให้กับ สปสช.เขต เพื่อรวบรวมส่งให้ สปสช.ส่วนกลาง เตรียมการจัดสรรงบประมาณ (ภายใน ต.ค. 2560)	- สำเนาบัญชีเงินฝาก ธกส.ชื่อ “บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ (...ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง”
- สปสช. ส่วนกลาง - สปสช. เขต 1- 12 - อปท.	สปสช. ส่วนกลางโอนงบ LTC เข้า“บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ (....ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น....) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ตามจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับแจ้งจาก สปสช.เขต ในอัตราเหมาจ่าย 5,000 บาท/ราย/ปี และ สปสช.เขต แจ้งการโอนงบให้กับ อปท. ในพื้นที่ดำเนินงาน (ภายใน ม.ค. 61)	- หนังสือแจ้ง อปท. เรื่อง สนับสนุนค่าบริการ LTC
- หน่วยบริการฯ - อปท.	หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับ อปท. จัดทำข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ และสรุปแผนการดูแลรายบุคคล (CP) พร้อมค่าบริการเหมาจ่าย/ราย/ปีตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559 (กรณีศูนย์ฯควรจัดทำรายละเอียดของโครงการฯแนบการจัดทำข้อเสนอ)เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (คณะอนุกรรมการ LTC) (ก.พ.- มี.ค. 61)	- แบบฟอร์มข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ - สรุปแผนการดูแลรายบุคคล - โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ
- หน่วยบริการฯ - อปท.	คณะอนุกรรมการ LTC พิจารณาข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ และ CP เพื่อสนับสนุนค่า ใช้จ่ายบริการดูแลระยะยาวฯ ตามประกาศคณะกรรมการฯ พ.ศ. 2557 และที่แก้ไขเพิ่มเติมข้อ 7/1 (ก.พ.- มี.ค 61)	ไม่เห็นชอบ/แจ้งกลับให้แก้ไข - แบบบันทึกผลการพิจารณาโครงการฯ
- หน่วยบริการฯ - อปท.	เห็นชอบ → แจ้งคณะกรรมการกองทุนฯท้องถิ่นทราบและพิจารณาอนุมัติให้เบิกจ่ายตามประกาศคณะกรรมการฯ พ.ศ.2557 และที่แก้ไขเพิ่มเติม อปท. จัดทำข้อตกลงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ กับหน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์ฯและสนับสนุนค่าบริการ LTC หรืองบกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ตาม CP ที่คณะกรรมการกองทุนฯ อนุมัติ (ภายในมี.ค.61)	- ข้อตกลงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ
- หน่วยบริการฯ - อปท.	หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์ฯ ให้บริการตาม CP โดย CM จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล มอบหมายให้ CG ปฏิบัติงาน (ภายในมี.ค.61)	- แผนการดูแลรายบุคคล

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 271 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 272 9/14/17 9:04 AM

บทที่ 17 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

วิธีบันทึกการเบิกชดเชย

หน่วยบริการไม่ต้องทำการบันทึกผ่านโปรแกรม หน่วยบริการจะได้รับการจัดสรรร่วมกับคณะทำงาน / กลไกระดับเขต และเสนอต่อกับอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต (อปสข.)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 273 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 274 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก I

แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีคนพิการที่เป็นผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคม ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บทนำ

หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติได้มีคำสั่ง ที่ ๕๘/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๙ เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม โดยกำหนดให้ผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข ที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขอบเขตบริการ

1. เป็นการให้บริการแก่คนพิการที่เป็นผู้ประกันตน สิทธิประกันสังคมที่ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เป็นกรณีการรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั่วไปทุกรายการ เช่นเดียวกับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. เป็นการรับบริการในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการเบิกจ่ายเงินชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

1. เป็นการจ่ายชดเชยการให้บริการแก่คนพิการที่เป็นผู้ประกันตน สิทธิประกันสังคมที่ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขของบุคคลกลุ่มดังกล่าว ให้ใช้สิทธิเช่นเดียวกับคนพิการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. เป็นการจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการที่เข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. หลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการเบิกจ่าย เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการเบิกจ่ายของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5. เป็นการรับบริการตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2559 เป็นต้นไป

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 275 9/14/17 9:04 AM

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสาร ขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการส่งข้อมูลเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีคนพิการที่เป็นผู้ประกันตน ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านทางโปรแกรม e-claim และโปรแกรมอื่นๆ ตามที่กำหนด ซึ่งประกอบไปด้วย

1. การส่งเบิกผ่านโปรแกรม e-claim

ส่งเบิกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ในโปรแกรม e-claim โดยเลือกสิทธิประโยชน์เป็นสิทธิ UC (ในหน้าข้อมูลทั่วไป F1) ตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

กรณีผู้ป่วยใน

1. เมื่อหน่วยบริการเข้าในโปรแกรม e-claim แล้ว ให้ทำการ login เลือกผู้ป่วยใน เลือกบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน

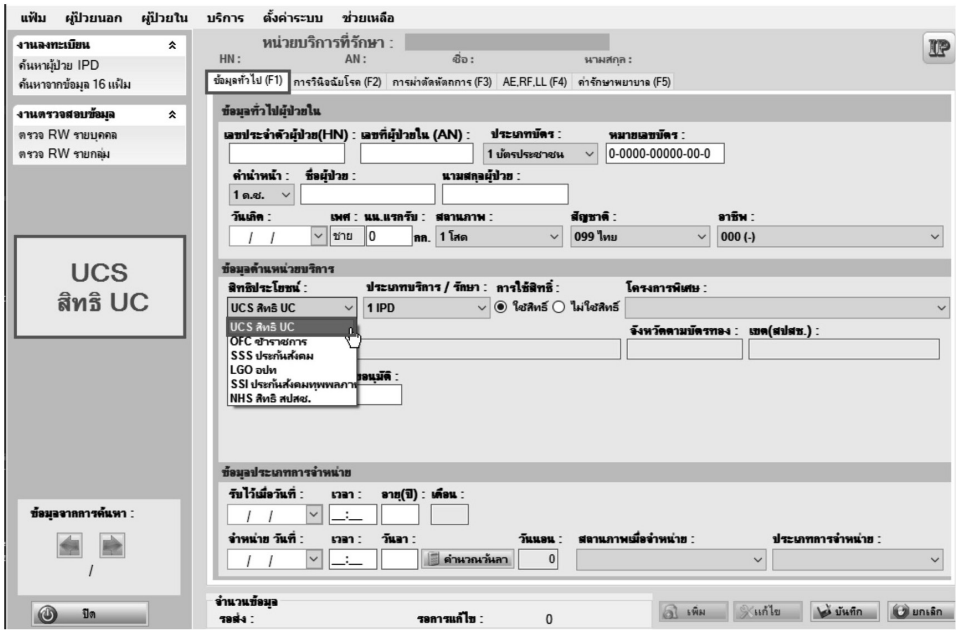


ภาพที่ 1 หน้าจอเลือกประเภทผู้ป่วย

M100.indd 276 9/14/17 9:04 AM

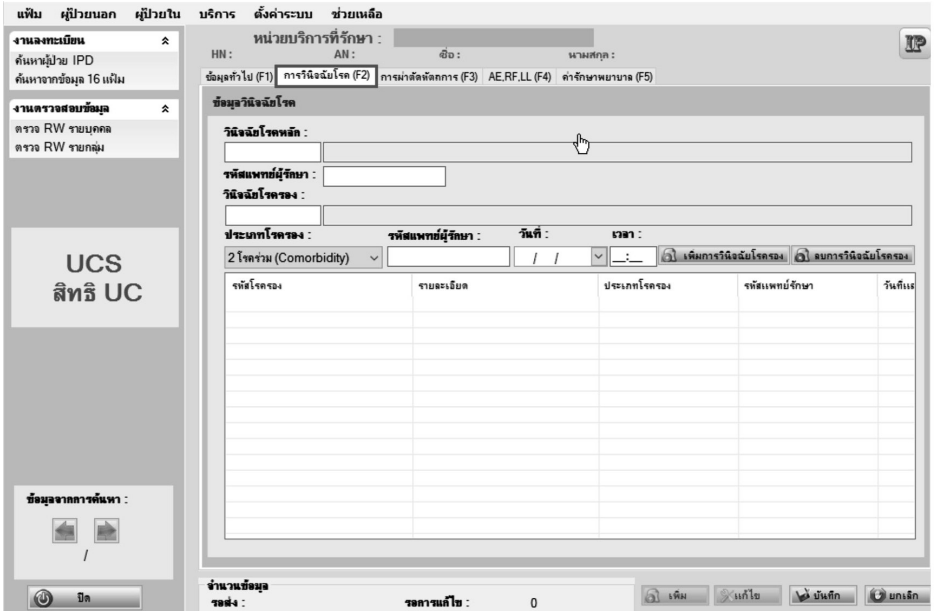
2. หน้าจอบันทึกข้อมูลทั่วไป [F1]

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยใน บันทึกให้ครบถ้วน โดยเลือกสิทธิประโยชน์เป็นสิทธิ UC



ภาพที่ 2 หน้าจอบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน

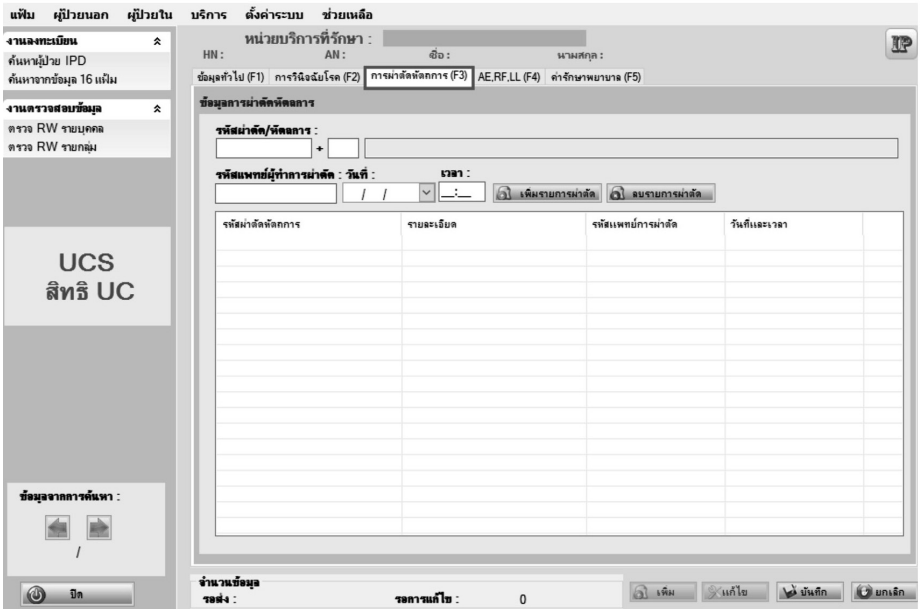
3. หน้าจอการวินิจฉัยโรค [F2]



ภาพที่ 3 หน้าจอบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยโรค

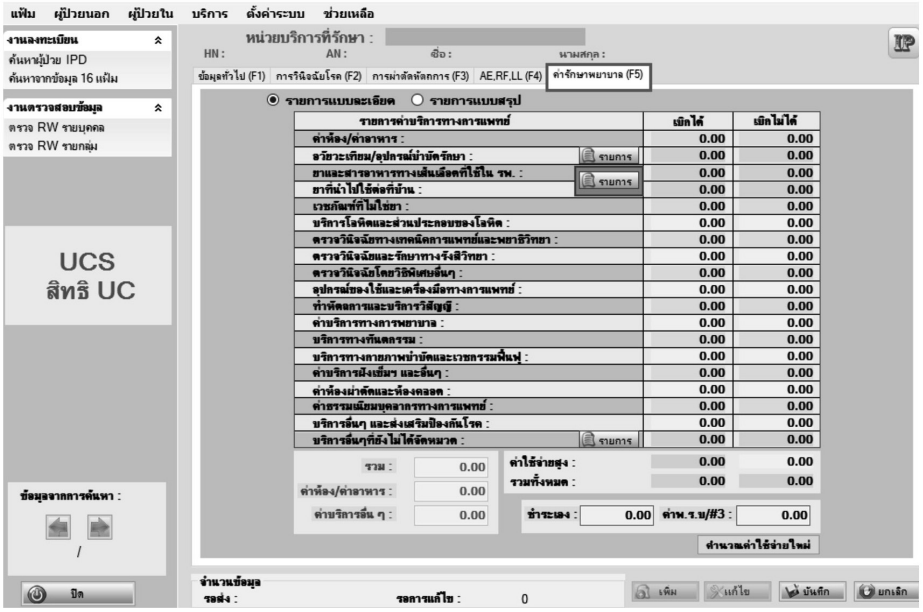
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 277 9/14/17 9:04 AM

4. หน้าจอการผ่าตัดหัตถการ [F3]



ภาพที่ 4 หน้าจอบันทึกข้อมูลการผ่าตัดหัตถการ

5. หน้าจอการผ่าตัดหัตถการ [F5]

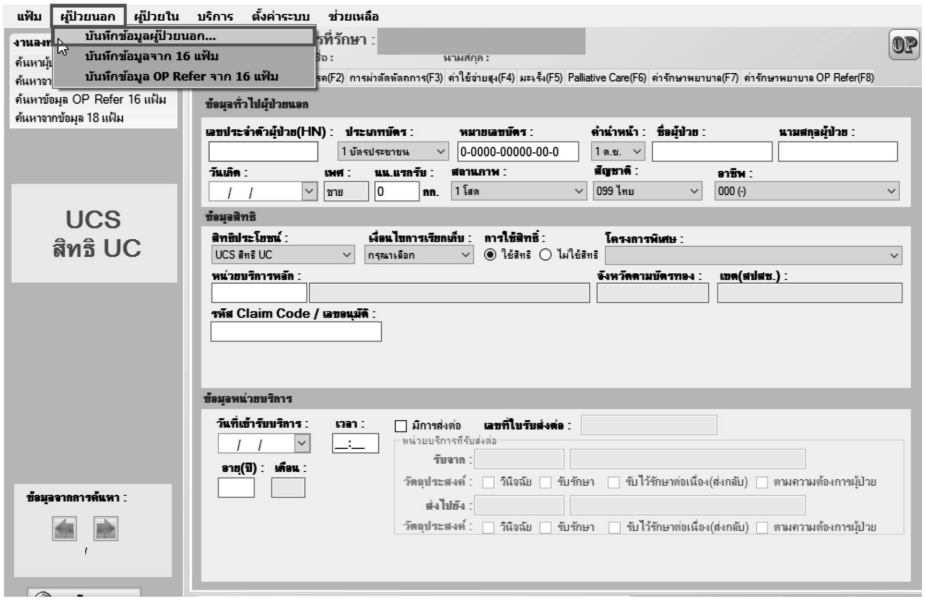


ภาพที่ 5 หน้าจอบันทึกข้อมูลการผ่าตัดหัตถการ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 278 9/14/17 9:04 AM

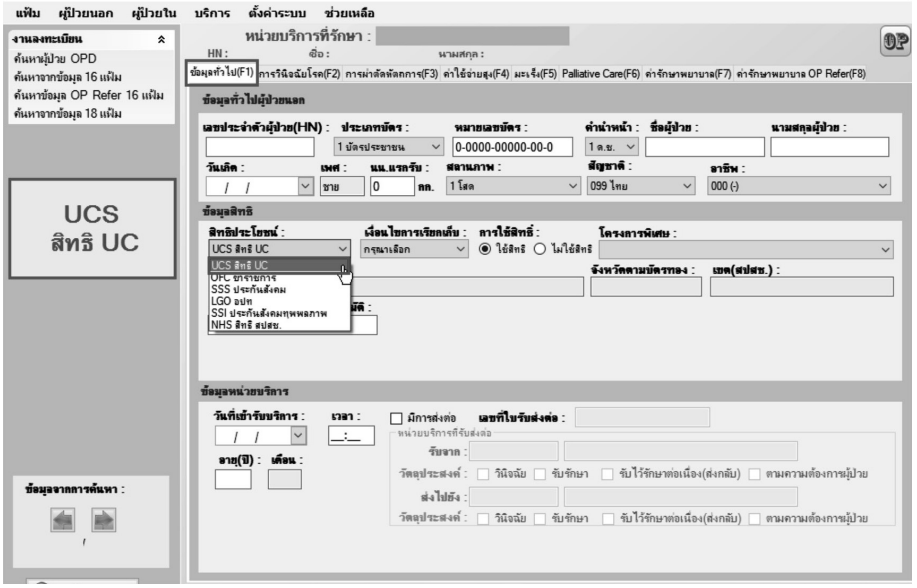
กรณีผู้ป่วยนอก

1. เมื่อหน่วยบริการเข้าในโปรแกรม e-claim แล้ว ให้ทำการ login เลือกผู้ป่วยนอก เลือกบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก



ภาพที่ 6 หน้าจอเลือกประเภทผู้ป่วย

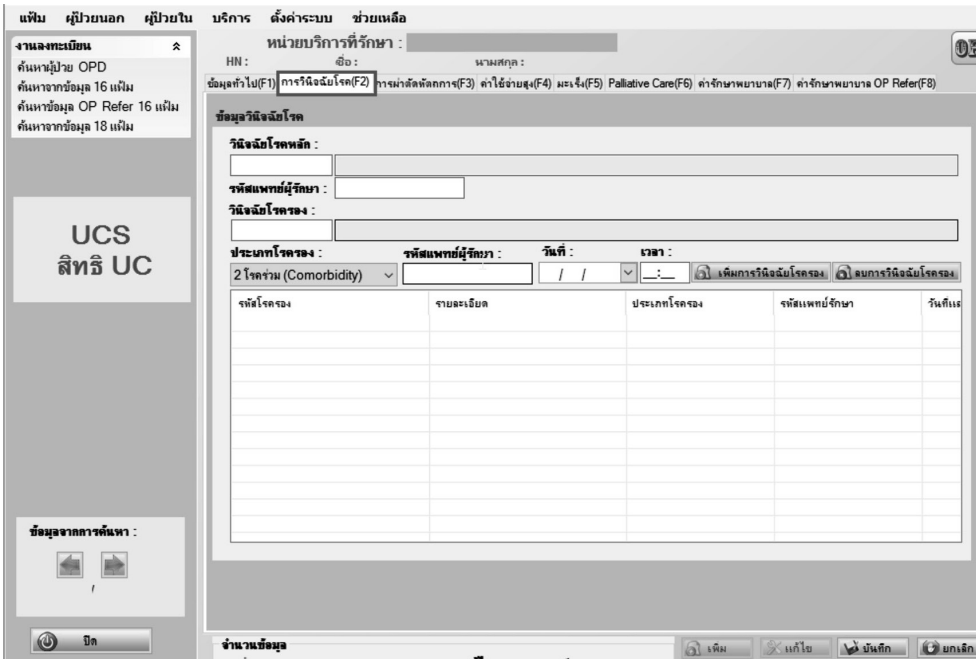
2. หน้าจอบันทึกข้อมูลทั่วไป [F1]



ภาพที่ 7 หน้าจอบันทึกข้อมูลทั่วไป

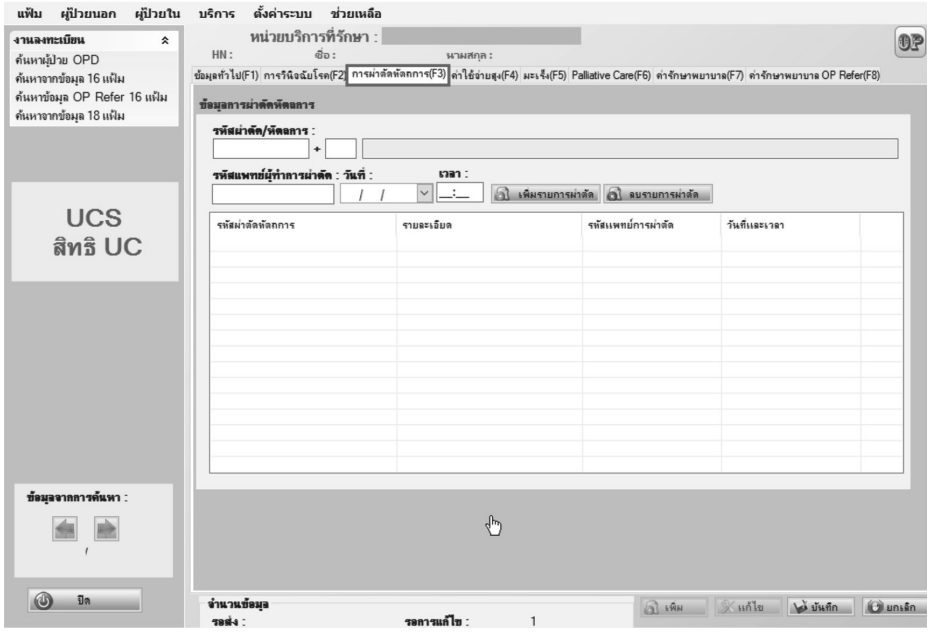
M100.indd 279 9/14/17 9:04 AM

3. หน้าจอบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยโรค [F2]



ภาพที่ 8 หน้าจอบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยโรค

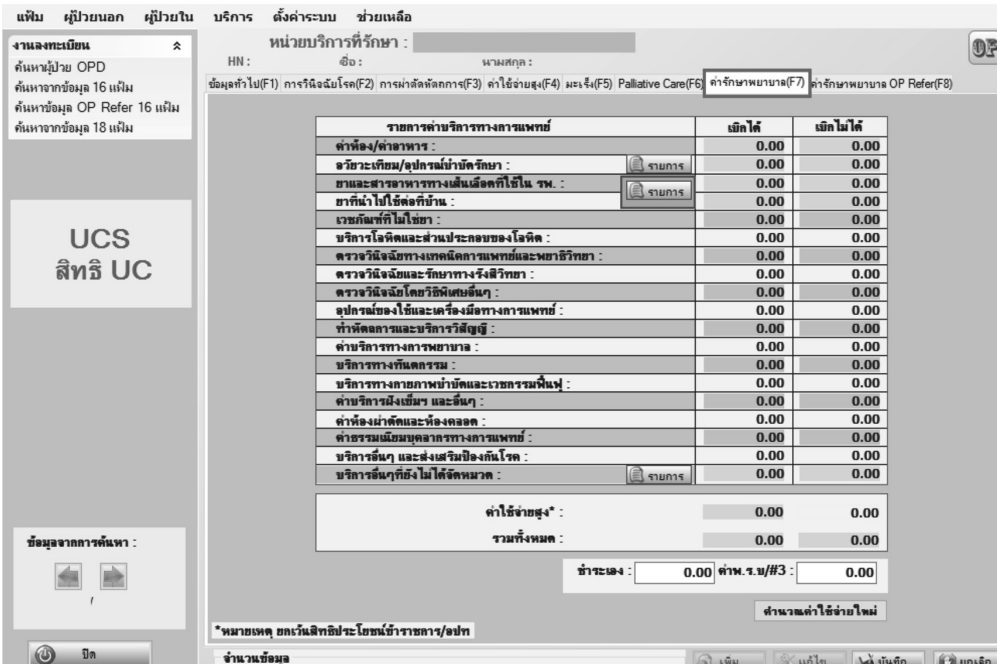
4. หน้าจอบันทึกข้อมูลการผ่าตัดหัตถการ [F3]



ภาพที่ 9 หน้าจอบันทึกข้อมูลการผ่าตัดหัตถการ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 280 9/14/17 9:04 AM

5. หน้าจอบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาล [F7]



ภาพที่ 10 หน้าจอบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาล

2. กรณีบริหารจัดการโรคเฉพาะนอกระบบ seamless

2.1 กรณีฮีโมฟีเลีย

ส่งเบิกผ่านโปรแกรม DMIS ไม่ต้องส่งเอกสาร (เฉพาะกรณีฮีโมฟีเลีย)

2.2 กรณีปากแหว่ง เพดานโหว่

2.3 Maxillary Distractor (ใช้ในผู้ป่วยที่ผ่านการลงทะเบียน Cleft Lip Cleft Palate)

2.4 การเบิกจ่ายรายการอุปกรณ์ข้อเข่าเทียม และ Stent ที่อยู่ในระบบ VMI

<u>แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่าย/วิธีการเบิก</u>

➢ **กรณีผู้ป่วยนอก**

- สำเนาใบ OPD card วันที่เข้ารับบริการ พร้อมรหัสโรค รหัสหัตถการ
- ใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย
- สำเนาบัตรประชาชน/เอกสารที่ปรากฏเลขประจำตัวประชาชนผู้มีสิทธิ/สำเนาตรวจสอบสิทธิ ณ วันรักษา

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 281 9/14/17 9:04 AM

➢ **กรณีผู้ป่วยใน**

- สำเนาใบ discharge summary พร้อมรหัสโรค รหัสหัตถการ
- ใบรายงานอาการแรกรับ
- ใบ Operative note (ถ้ามี)
- ใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย
- ใบแสดงรายการการใช้อุปกรณ์ (เบิกรายการ Instrument)
- สำเนาบัตรประชาชน/เอกสารที่ปรากฏเลขประจำตัวประชาชนผู้มีสิทธิ/สำเนาตรวจสอบสิทธิ ณ วันรักษา
- การเบิกจ่ายรายการอุปกรณ์ข้อเข่าเทียม และ Stent ที่อยู่ในระบบ VMI ส่งเบิกในระบบเอกสาร ใช้เอกสารตามรายการข้างบนโดย ไม่ต้องเบิก ตามระบบ VMI
- กรณีขอเบิก Maxillary distractor ให้เพิ่มสำเนาหนังสือขออนุมัติการใช้ Maxillary distractor และหนังสือรับรองการใช้ Maxillary distractor สำหรับหน่วยบริการ
- การเบิกทันตกรรมจัดฟันและบริการแก้ไขการพูดและการได้ยิน ในกรณีปากแหว่ง เพดานโหว่ ให้เพิ่มใบแสดงรายการดังนี้

➢ **ทันตกรรมจัดฟัน**

- ทำประวัติ ตรวจทางรังสีเพื่อรักษาทางทันตกรรม
- แก้ไขการสบฟันผิดปกติระยะแรกเพื่อป้องกันและเตรียมการในการจัดฟัน
- ดูแลรักษาสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน
- รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไขการสบฟันผิดปกติ
- ใส่ฟันเทียมหรือรักษาทางทันตกรรม อื่นๆ ที่จำเป็น

➢ **บริการแก้ไขการพูดและการได้ยิน Speed Language and hearing problem Intervention**

- ตรวจการได้ยิน
- การประเมินภาษา การพูด การได้ยิน
- การแก้ไขภาษา การพูด การได้ยิน
- การประเมินการสั่นพ้องผิดปกติจากปัญหา VPI ด้วยการฟัง
- การประเมิน instrumental VPI (ได้รับการจ่ายชดเชยจากกองทุนฟื้นฟูฯระดับเขต ให้บริการได้เฉพาะหน่วยบริการที่ได้รับการรับรองจากสมาคมโสตสัมผัสวิทยา และการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย)
- การตรวจติดตามการรักษาต่อเนื่อง

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 282 9/14/17 9:04 AM

3. การเบิกจ่ายกรณีไตวายเรื้อรัง

ประเภทการเบิกจ่าย

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

แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่าย/วิธีการเบิก

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

2. การลงทะเบียนผู้ป่วย

- กรณีผู้ป่วยใหม่ ต้องได้รับการพิจารณาจากสำนักงานประกันสังคมให้รับบริการในแต่ละประเภท และแจ้งให้ สปสช.ลงทะเบียนรับบริการ
- กรณีผู้ป่วยเก่า สำนักงานประกันสังคมแจ้งรายชื่อให้ สปสช. ลงทะเบียนรับบริการ

3. การจ่ายชดเชยค่าบริการ เงื่อนไข หลักเกณฑ์ ตามคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561

4. การอุทธรณ์การจ่ายชดเชย ต้องดำเนินการภายใน 30 วันหลังรับรายงานการโอนเงินทาง www.nhso.go.th/acc

โปรแกรมที่ใช้

1. โปรแกรม DMIS_CAPD บันทึกข้อมูลบริการ การติดตามผู้ป่วย CAPD เบิกจ่ายน้ำยาล้างไต การใช้ยา Erythopoietin เบิกจ่าย Tenckhoff catheter และอุปกรณ์
2. โปรแกรม HD สกส. บันทึกข้อมูลบริการ HD การใช้ยา Erythopoietin
3. โปรแกรม DMIS_KT บันทึกข้อมูลบริการ KT บันทึกข้อมูลบริการ KTI
4. โปรแกรม E-claim บันทึกข้อมูลบริการ Vascular access

4. การเบิกจ่ายยา จ.2

แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่าย/วิธีการเบิก

ส่งในระบบอิเลคทรอนิกส์ (ไม่ต้องส่งเอกสาร) โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการใน โปรแกรมเบิกชดเชยยา บัญชี ยา จ.2

โปรแกรมที่ใช้

โปรแกรมเบิกชดเชยยา บัญชี ยา จ.2

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 283 9/14/17 9:04 AM

5. การเบิกจ่ายกรณีการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่าย/วิธีการเบิก

ส่งในระบบอิเลคทรอนิกส์ (ไม่ต้องส่งเอกสาร) โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการใน โปรแกรมการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ

โปรแกรมที่ใช้

- โปรแกรมการเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูฯ (โปรแกรม Disability)
- Website : http://portal.nhso.go.th/disability/login

6. การเบิกจ่ายกรณีเอดส์ และ วัณโรค

แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่าย/วิธีการเบิก

ส่งในระบบอิเลคทรอนิกส์

โปรแกรมที่ใช้

1. โปรแกรม NAP สำหรับชดเชยเอดส์ ไปที่ http://dmis.nhso.go.th/NAPPLUS
2. โปรแกรม TB Data HUB สำหรับชดเชยวัณโรค ไปที่ http://tbdatahub.nhso.go.th/tbdatahuboln/

7. หน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่าย/วิธีการเบิก

เฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ให้บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม OPBKKCLAIM ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเดียวกับกรณีผู้พิการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โปรแกรมที่ใช้

โปรแกรม OPBKKCLAIM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 284 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก 2

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลสิทธิประกันสังคม

บทนำ

ตามที่คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2556 เห็นชอบให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายและระบบข้อมูลบริการสาธารณสุข (National Clearing House) ตามนโยบายการบูรณาการและเพิ่มประสิทธิภาพระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล โดยมติคณะรัฐมนตรีมอบหมายให้สำนักงานประกันสังคมให้ความร่วมมือกับ สปสช. ในการทำหน้าที่เป็น National Clearing House รับส่งข้อมูลบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลที่ส่งเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลกับสำนักงานประกันสังคม โดยสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้กำหนดสิทธิประโยชน์และอนุมัติการเบิกจ่ายเงินตามอำนาจหน้าที่เช่นเดิม

รายการค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมันสิทธิประกันสังคม ได้แก่

1) การรักษาไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน ด้วยวิธีการฟอกโลหิต (Hemodialysis) และการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis)

2) การรักษาโรคมะเร็งอื่นๆ (ที่ไม่ใช่ 10 ชนิด)

3) การรักษาโรคมะเร็ง 10 ชนิดตามแนวทางการรักษาที่กำหนด (Protocol)

4) ค่ายาในการรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal Meningitis

5) การรักษาโรคสมองด้วยวิธี STEREOTATIC RADIOSURGERY

6) การใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument)

7) การทำหมันหญิง และการทำหมันชาย

8) ค่ายาละลายลิ่มเลือดในการรักษาโรคเกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Tract)

9) ค่ายาละลายลิ่มเลือดในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้า ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Tract)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 285 9/14/17 9:04 AM

สิทธิในการรับบริการและขั้นตอนการให้บริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมันสิทธิประกันสังคม

การให้บริการแก่ผู้ประกันตนตามโครงการสิทธิประกันสังคม ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

1. ผู้มีสิทธิรับบริการ

ผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมที่ส่งเงินสบทบครบตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

2. ขั้นตอนการเข้ารับบริการ และเงื่อนไขการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ

ผู้ประกันตนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานจะต้องไปรับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้ผู้ประกันตนผู้นั้นมีสิทธิไปรับบริการทางการแพทย์ โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลด้วยวิธีเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานประกันสังคมได้กำหนดไว้ให้แก่สถานพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมัน สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินเพิ่มตามการให้บริการแก่สถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนด โดยขั้นตอนในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่แจ้งใช้สิทธิประกันสังคมมีดังนี้

2.1 ตรวจสอบรายชื่อผู้ประกันตนจากข้อมูลที่สำนักงานประกันสังคมจัดเตรียมไว้ให้ และให้คำแนะนำการใช้บริการตามสิทธิ

2.2 ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และทำการรักษาพยาบาลตามข้อกำหนดและมาตรฐานที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

2.3 จัดให้มีบริการตรวจรักษาโรคทุกโรคยกเว้นโรคตามที่คณะกรรมการการแพทย์ได้กำหนดไว้

2.4 จัดทำข้อมูลการรักษาพยาบาลและข้อมูลค่าบริการทางการแพทย์โดยโปรแกรม e-Claim ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมันตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

2.5 ตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมันตามรอบที่กำหนด

หลักเกณฑ์ในการขอรับค่าบริการทางการแพทย์ ปี 2561

1. การจัดทำข้อมูล

1.1 ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

(1) การให้รหัสโรค ให้ใช้รหัสการวินิจฉัยโรคตาม International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2010 (ICD-10 ของ WHO ฉบับปี ค.ศ. 2010) และ ICD-10 TM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 286 9/14/17 9:04 AM

หมายเหตุ รหัสโรคตาม ICD-10-TM สามารถใช้ได้เฉพาะรหัสการวิเคราะห์หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 5 รองรับได้

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

(3) คำนวณหาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight : RW) กรณีผู้ป่วยในตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 5 (DRGs version 5)

1.2 คำขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์

ให้สถานพยาบาลจัดทำคำขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมันตามรอบการสรุปค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลได้ยืนยัน และรับรองความถูกต้องในแต่ละงวด ตามแบบคำขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดโดยลงลายมือชื่อผู้มีอำนาจในการลงนามขอเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์

2. วิธีการส่งข้อมูล

สถานพยาบาลส่งข้อมูลตามรูปแบบและวิธีการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในโปรแกรม e-Claim ส่งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์เงื่อนไขการจ่ายชดเชย (ข้อมูลผ่าน A) สปสช. จะคำนวณจ่ายชดเชยค่าบริการในรายงานการรับส่งข้อมูลรายวัน (REP) ที่ สปสช. กำหนดวางให้สถานพยาบาลตรวจสอบทางหน้า web ของระบบโปรแกรม e-Claim ในวันทำการ (จันทร์, พุธ และศุกร์) หากข้อมูลไม่เข้าเกณฑ์เงื่อนไขการจ่ายชดเชย สปสช. จะยังไม่รับข้อมูล (ข้อมูลติด C โดยมีรหัสเป็นรหัสที่ถูกปฏิเสธการจ่ายชดเชย สถานพยาบาล ต้องแก้ไขให้ข้อมูลผ่านหากต้องการขอเบิกชดเชย)

3. การขอเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์

(1) ให้สถานพยาบาลตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องของข้อมูลค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมันตามที่สปสช.ได้ตรวจสอบและส่งกลับให้สถานพยาบาล โดยการยืนยันความถูกต้องให้แนบแบบคำขอเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคมทางระบบอิเล็กทรอกนิกส์ตามวิธีการที่ สปสช. กำหนดภายใน 4 วันทำการนับตั้งแต่ที่ออกรายงานบัญชีสรุปค่าบริการทางการแพทย์ (Statement)

(2) ให้สถานพยาบาลเก็บรวบรวมต้นฉบับคำขอเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์แต่ละครั้งไว้กับหนังสือโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมันที่สำนักงานประกันสังคมจัดส่งให้ไว้เพื่อใช้ในการตรวจสอบ

(3) หากสถานพยาบาลยืนยันความถูกต้องของข้อมูลตามข้อ (2) ภายหลังระยะเวลาที่กำหนด ให้ถือว่าสถานพยาบาลแสดงความเจตนาขอเบิกในงวดถัดไป

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 287 9/14/17 9:04 AM

4. ระยะเวลาในการส่งข้อมูล

ให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลการให้บริการเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์ ภายใน 2 ปี นับวันถัดจากวันที่บริการผู้ป่วยนอก กรณีผู้ป่วยในนับถัดจากวันที่จำหน่ายออกจากสถานพยาบาล หากวันที่ครบ 2 ปี ตรงกับวันหยุดราชการ ให้ใช้วันทำการถัดไปเป็นวันที่ครบ 2 ปี สำหรับข้อมูลที่ส่งช้ากว่ากำหนด จะไม่ได้รับการชดเชยจากสำนักงานประกันสังคม

5. การแก้ไขข้อมูลและการขออุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

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

Download คู่มือการขออุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์
http://eclaim.nhso.go.th --> เมนู ดาวน์โหลด --> หัวข้อ เอกสารประกอบการชดเชย สิทธิประกันสังคม

6. การออกรายงานบัญชีสรุปค่าบริการทางการแพทย์ (Statement)

สำนักงานประกันสังคม จะกำหนดปฏิทินการออก Statement สำหรับ ปี 2561 โดย สปสช.จะตัดข้อมูล ทุกวันที่ 25 ของเดือน หลังจากนั้น 2 วันทำการ จะออก Statement และคำขอเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์เพื่อให้สถานพยาบาลตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องของข้อมูลค่าบริการทางการแพทย์ในคำขอเบิก

----------ปฏิทินออก Statement 2561 ภาคผนวก 12----------

(1) เลขงวด = SSS(Socail Security Scheme) + YY(ปี คศ.) + MM(เดือน) + งวด
(2) ประจำเดือน = เดือนที่สถานพยาบาลบันทึกส่งข้อมูล
(3) สปสช. จะดำเนินการตัดข้อมูลเพื่อออก Statement เวลา 23.59 น ของวันที่ 25
(4) สปสช. จะส่ง Statement ให้สถานพยาบาล ก่อนเวลา 08.30 น ภายใน 2 วันทำการหลังจากตัดข้อมูล
(5) สปสช. จะปิดรับคำขอเบิกเวลา 23.59 น. ภายใน 4 วันทำการหลังวันออก Statement
(6) สปสช. ส่งข้อมูลและคำขอเบิกให้ สปส.ภายใน 5 วันทำการหลังจากปิดรับคำขอเบิก
(7) สปส. โดยสบท. และสปย. จัดทำรายงานและเสนอเรื่องขออนุมัติสั่งจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ต่อเลขาธิการภายในวันทำการ
(8) สปย. ส่งเรื่องที่เลขาธิการอนุมัติสั่งจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้สบง. ภายใน 5 วันทำการ
(9) สบง. โอนเงินให้สถานพยาบาลภายในวันโอนเงินที่กำหนด 5 วันทำการ

หมายเหตุ กรณีวันที่กำหนดตรงกับวันหยุด จะเลื่อนวันดังกล่าวเป็นวันทำการถัดไป

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 288 9/14/17 9:04 AM

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงินรายการค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมันสิทธิประกันสังคม

1. การรักษาไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน ด้วยวิธีการฟอกโลหิต (Hemodialysis) และการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis)

- **ขอบเขตบริการ**

เป็นการให้บริการผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน ด้วยวิธีการฟอกโลหิต (Hemodialysis) หรือการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) โดยจะต้องเป็นการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป หรือผู้ป่วยใน (IP) ที่ Admit ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไข**

1. ต้องเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน
2. เป็นการให้บริการฟอกโลหิต (Hemodialysis) หรือการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis)
3. เป็นกรณีผู้ป่วยนอก (OP) หรือผู้ป่วยใน (IP) กรณีผู้ป่วยในจะต้องมี adj.RW < 2

- **อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข**

จ่ายตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม ดังนี้

1. กรณี Hemodialysis จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครั้งละ 3,000 บาท
2. กรณี Peritoneal dialysis จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินวันละ 500 บาท

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข

<u>กรณีผู้ป่วยนอก</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

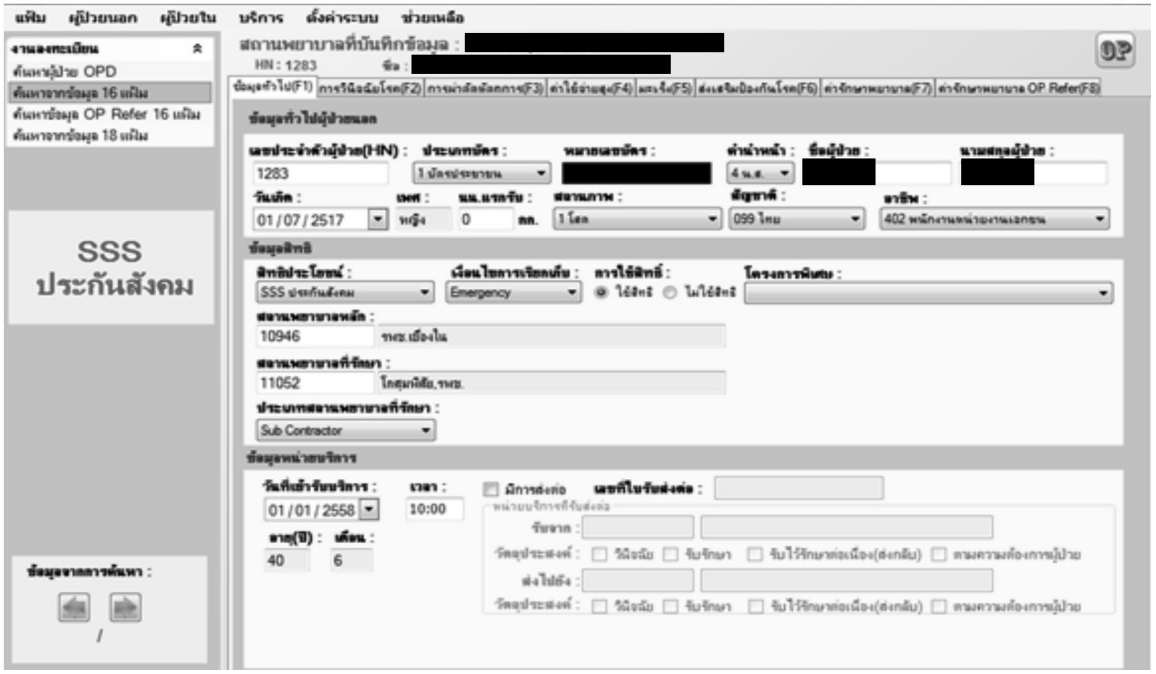
- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่าใช้จ่ายสูง [F4]
- ค่ารักษาพยาบาล [F7]

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 289 9/14/17 9:04 AM

<u>กรณีผู้ป่วยใน</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F5]

➢ การบันทึกข้อมูลทั่วไปในหน้า F1

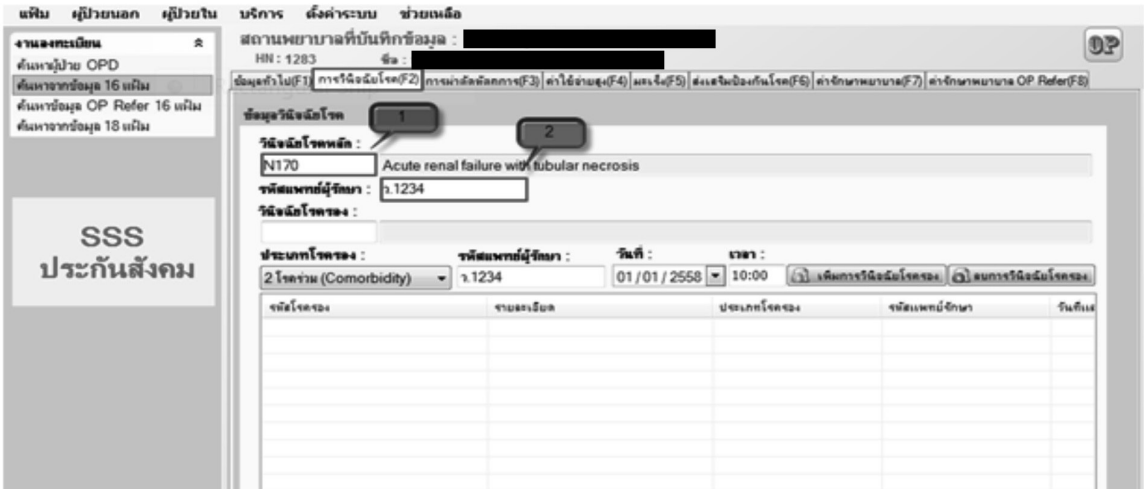


ภาพที่ 1 บันทึกข้อมูลทั่วไป

➢ การบันทึกรหัสการวินิจฉัยโรค และรหัสหัตถการ ในหน้า F2 และ F3

1. บันทึกรหัสการวินิจฉัยโรค และรหัสหัตถการ ให้สอดคล้องกับกรณีการเบิกจ่าย
2. ต้องบันทึกเลขที่เวชกรรมของแพทย์ผู้ให้การรักษา ในหน้า F2 ทุกครั้ง

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 290 9/14/17 9:04 AM



ภาพที่ 2 บันทึกรหัสการวินิจฉัยโรค และเลขที่เวชกรรมของแพทย์ผู้ให้การรักษา

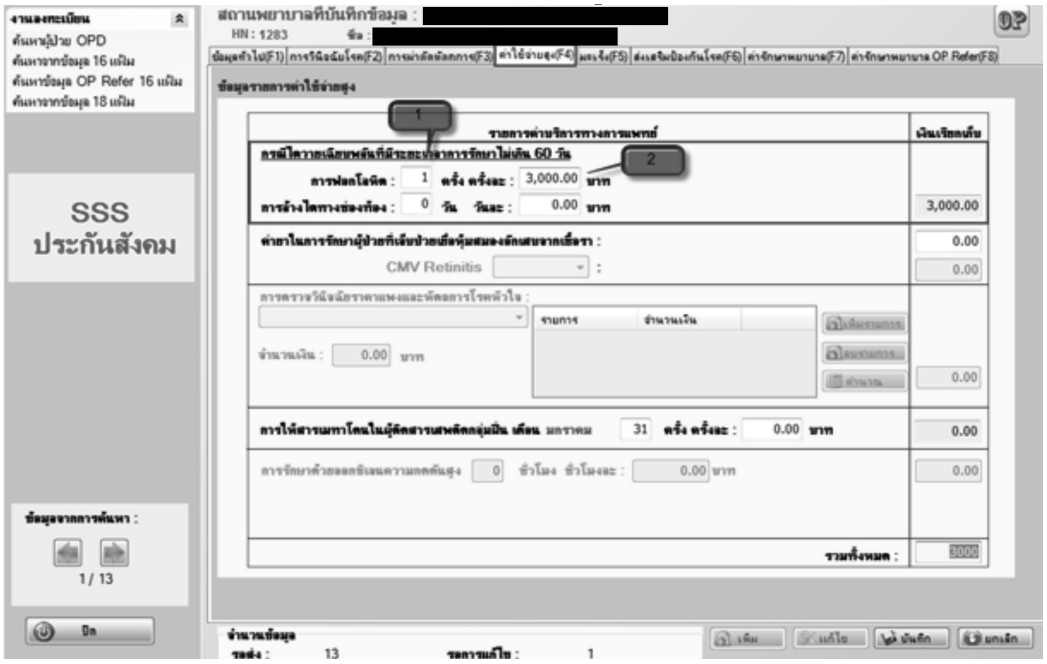
➢ **การบันทึกรหัสหัตถการในหน้า F3**



ภาพที่ 3 บันทึกรหัสหัตถการ

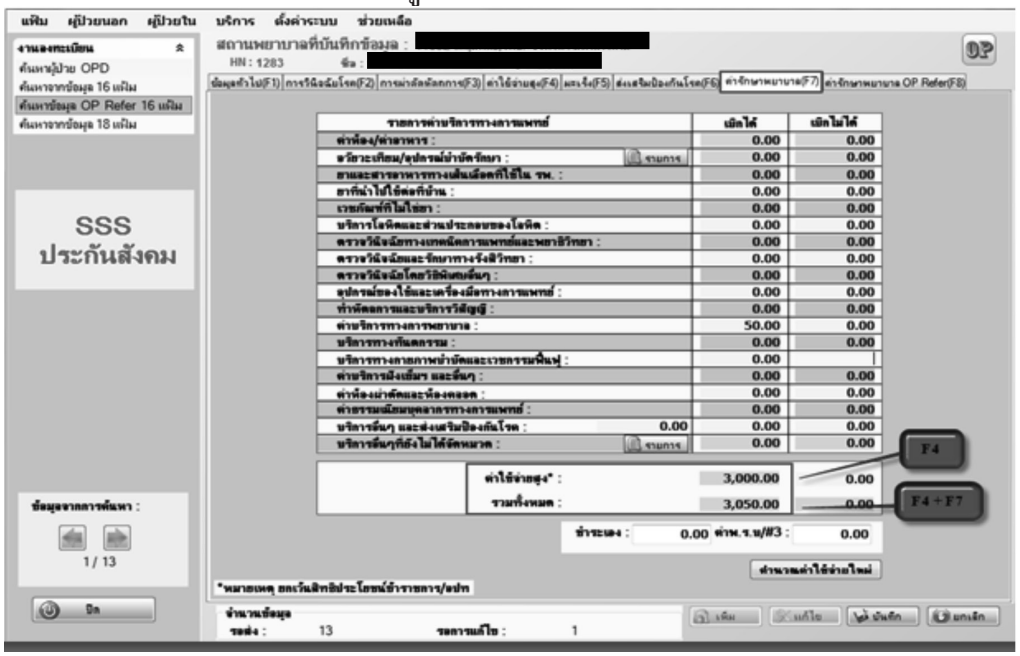
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 291 9/14/17 9:04 AM

➢ การบันทึกเบิกกรณีไตวายเฉียบพลัน กรณีผู้ป่วยนอก ในหน้า F4



ภาพที่ 4 บันทึกเบิกกรณีไตวายเฉียบพลัน กรณีผู้ป่วยนอก

➢ การบันทึกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอก ในหน้า F7

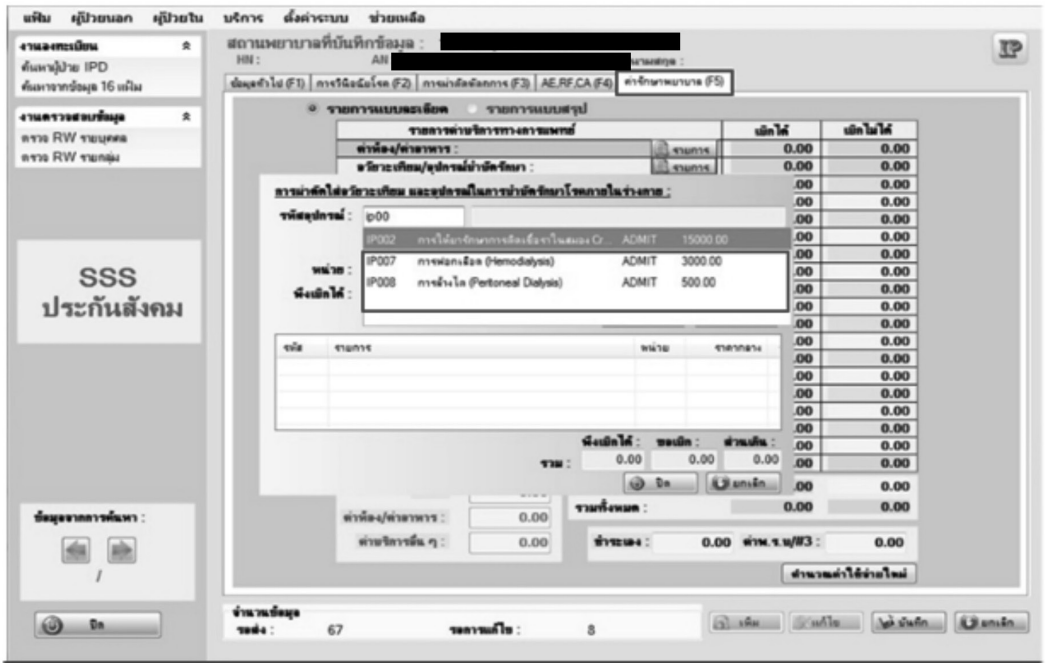


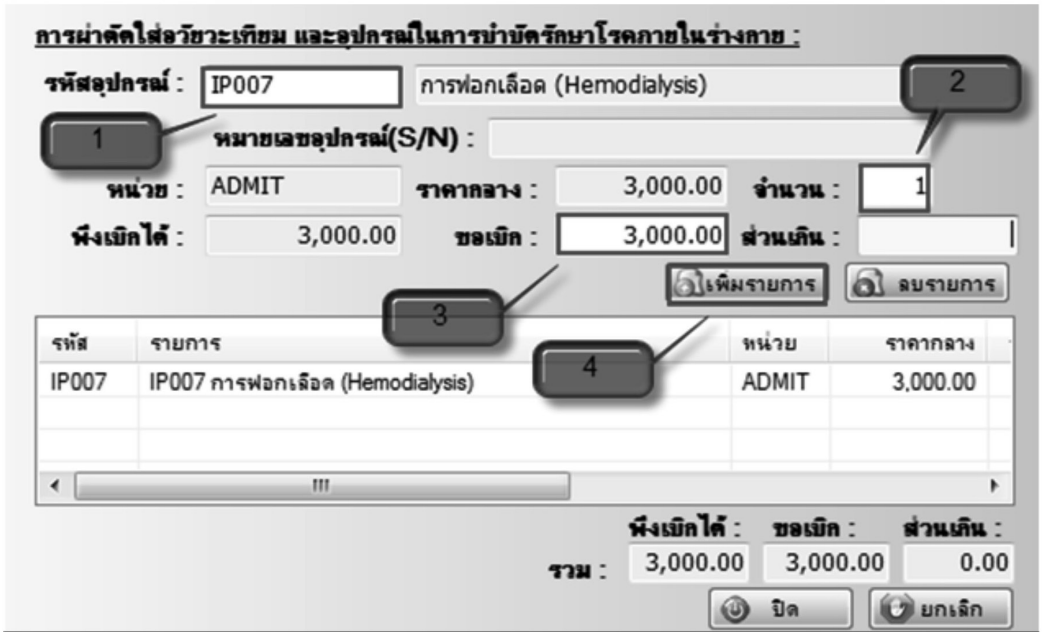
ภาพที่ 5 บันทึกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอก

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 292 9/14/17 9:04 AM

➢ **การบันทึกข้อมูลการล้างไต/ฟอกเลือดล้างไต กรณีผู้ป่วยใน ในหน้า F5**

1) เลือกรายการล้างไต / การฟอกเลือดจากหมวดรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษา
2) บันทึกจำนวนครั้ง และ จำนวนเงินที่ขอเบิก





ภาพที่ 6 บันทึกข้อมูลการล้างไต/ฟอกเลือดล้างไต กรณีผู้ป่วยใน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 293 9/14/17 9:04 AM

ข้อควรระวังในการบันทึก

- กรณีผู้ป่วยนอก ตรวจสอบการบันทึกจำนวนครั้งของการฟอกเลือดล้างไต หรือจำนวนวันของการล้างไตทางช่องท้อง และจำนวนเงินขอเบิก ในหน้า F4

- กรณีผู้ป่วยใน ตรวจสอบการเลือกรหัสรายการ IP007 (การฟอกเลือดล้างไต) หรือ IP008 (การล้างไตทางช่องท้อง) และจำนวนเงินที่ขอเบิก ในหน้า F5

2. การรักษาโรคมะเร็งอื่นๆ (ที่ไม่ใช่ 10 ชนิด)

➢ ขอบเขตบริการ

เป็นการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ ที่ไม่ใช่ 10 ชนิด ที่ต้องให้เคมีบำบัด (Chemotherapy) และหรือรังสีรักษา (Radiotherapy) และหรือยารักษาโรคมะเร็ง โดยจะต้องเป็นการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป หรือผู้ป่วยใน (IP) ที่ Admit ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

➢ เงื่อนไข

1. เป็นการรักษามะเร็งชนิดอื่นๆ ที่ไม่ใช่ 10 ชนิด ที่ต้องให้เคมีบำบัด (Chemotherapy) และหรือรังสีรักษา (Radiotherapy) และหรือยารักษาโรคมะเร็ง
2. เป็นกรณีผู้ป่วยนอก(OP) หรือผู้ป่วยใน(IP)

➢ อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

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

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข

<u>กรณีผู้ป่วยนอก</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

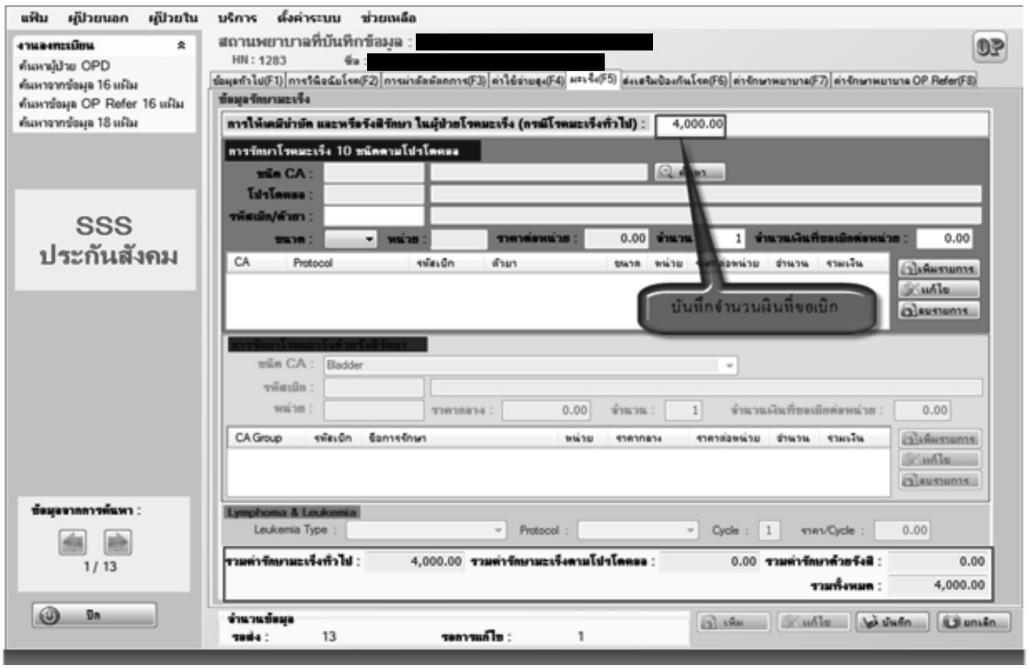
- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- มะเร็ง [F5]
- ค่ารักษาพยาบาล [F7]

<u>กรณีผู้ป่วยใน</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- AE,RF,CA [F4]
- ค่ารักษาพยาบาล [F5]

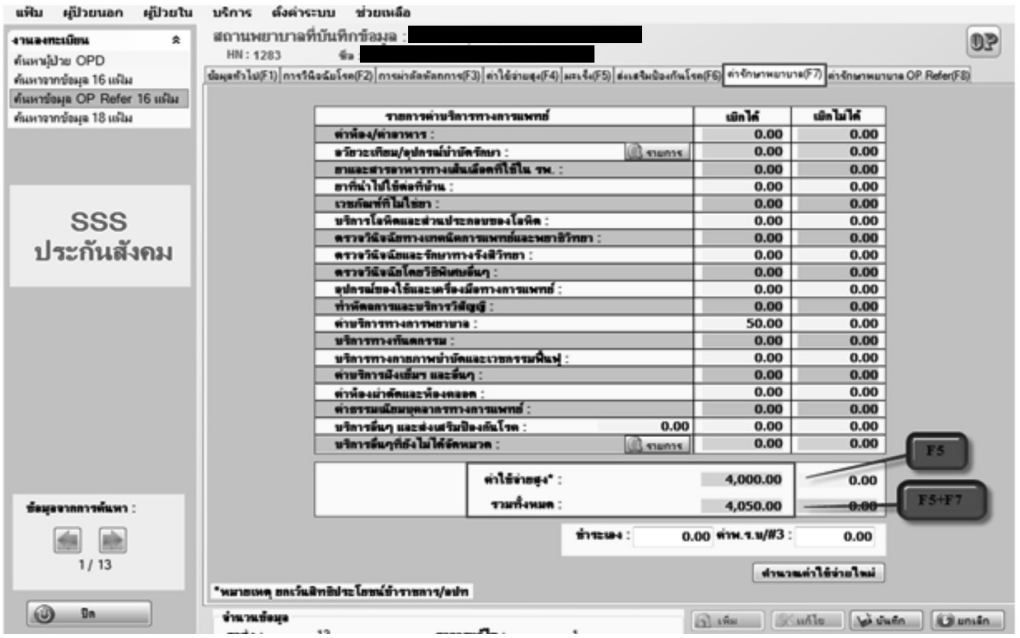
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 294 9/14/17 9:04 AM

➢ **การบันทึกค่ายาเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษาในโรคมะเร็งทั่วไป กรณีผู้ป่วยนอก ในหน้า F5**



ภาพที่ 7 บันทึกค่ายาเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษาในโรคมะเร็งทั่วไป กรณีผู้ป่วยนอก

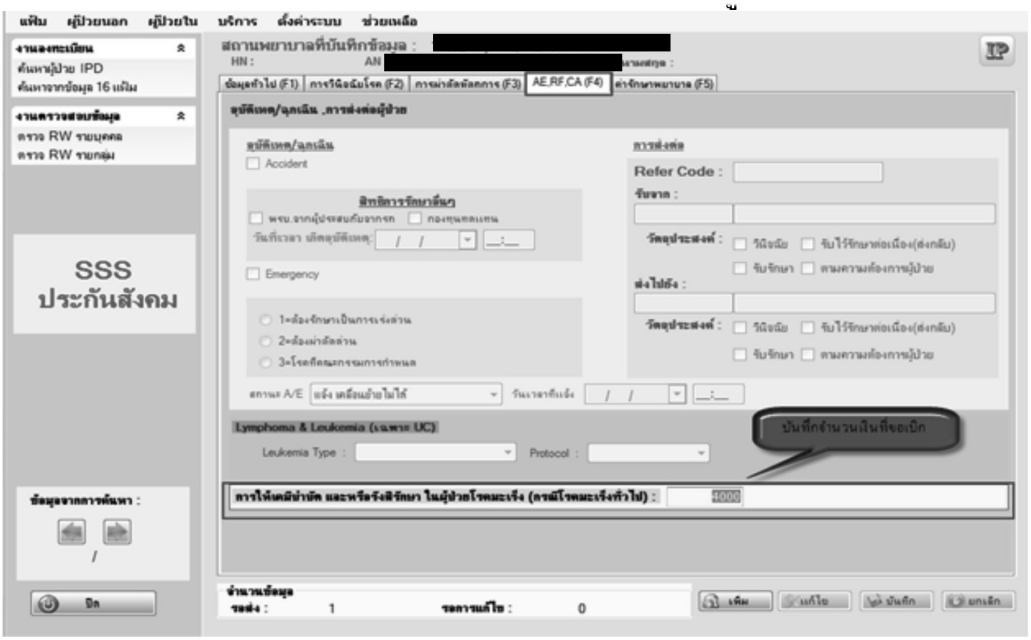
➢ **การบันทึกค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอก ในหน้า F7**



ภาพที่ 8 บันทึกค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอก

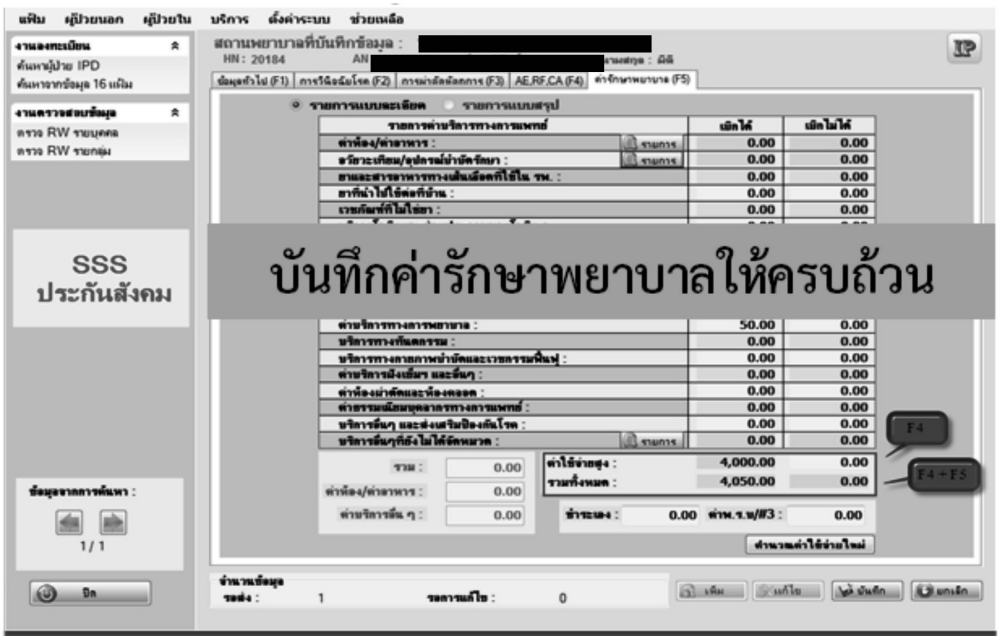
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 295 9/14/17 9:04 AM

➢ การบันทึกเบิกค่ายาเคมีบำบัด และหรือรังสีรักษา กรณีผู้ป่วยใน ในหน้า F4



ภาพที่ 9 บันทึกค่ายาเคมีบำบัด และหรือรังสีรักษา กรณีผู้ป่วยใน

➢ การบันทึกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยใน ในหน้า F5



ภาพที่ 10 บันทึกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยใน

M100.indd 296 9/14/17 9:04 AM

3. การรักษาโรคมะเร็ง 10 ชนิดตามแนวทางการรักษาที่กำหนด (Protocol)

- **ขอบเขตบริการ**

เป็นการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง 10 ชนิดที่ต้องรักษาตามแนวทางการรักษาที่กำหนด (Protocol) ซึ่งประกอบด้วย โรคมะเร็ง 10 ชนิด ดังนี้

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

โดยจะต้องเป็นการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP) เท่านั้น ที่รับบริการตั้งแต่ 1 กันยายน 2556 เป็นต้นไป

หมายเหตุ กรณีรักษาไม่เป็นตาม Protocol หรือกรณีรังสีรักษาในโรคมะเร็งตาม Protocol จะไม่สามารถขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์จากสำนักงานประกันสังคมได้

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไข**

1. เป็นการรักษาโรคมะเร็ง 10 ชนิด และต้องรักษาตามแนวทางที่กำหนด (Protocol)
2. เป็นกรณีผู้ป่วยนอก(OP) เท่านั้น

- **อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข**

จ่ายค่ารักษาพยาบาลตามอัตราที่กำหนดไว้ในแนวทางการรักษาโรคมะเร็งของสำนักงานประกันสังคม (ภาคผนวก แนวทางการรักษาโรคมะเร็ง และอัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาล)

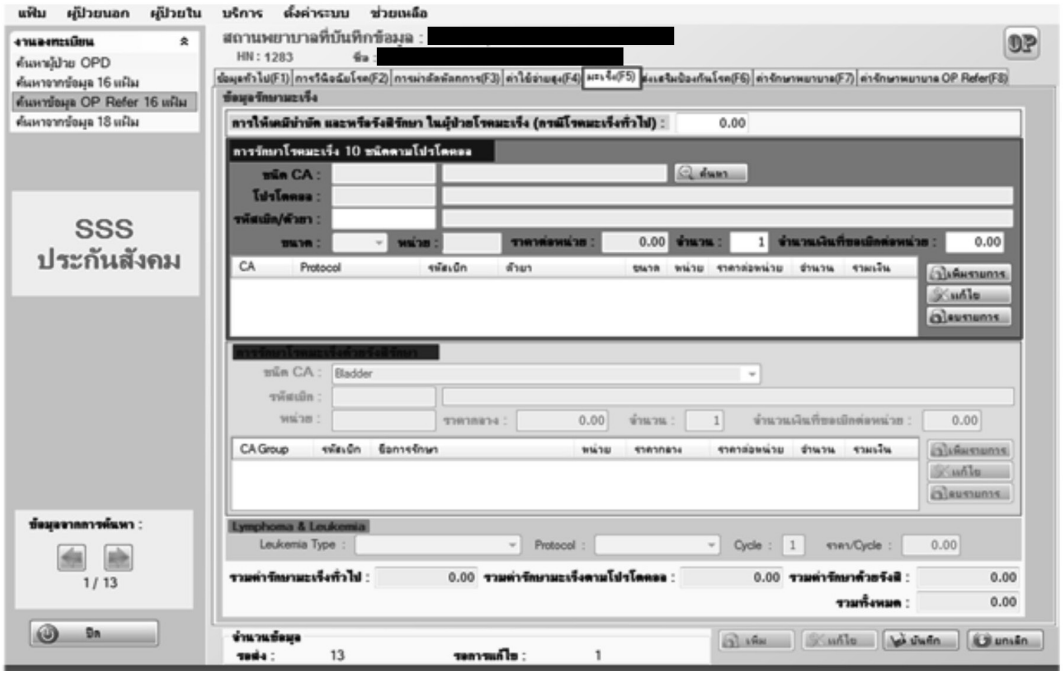
วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 297 9/14/17 9:04 AM

- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- มะเร็ง [F5]
- ค่ารักษาพยาบาล [F7]

➢ **การบันทึกเบิกกรณีรักษาโรคมะเร็ง 10 ชนิดตามแนวทางการรักษาที่กำหนด (Protocol)** ในหน้า F5



ภาพที่ 11 บันทึกเบิกกรณีรักษาโรคมะเร็ง 10 ชนิด

1) บันทึกเลือกรหัสเบิกจ่าย โดย

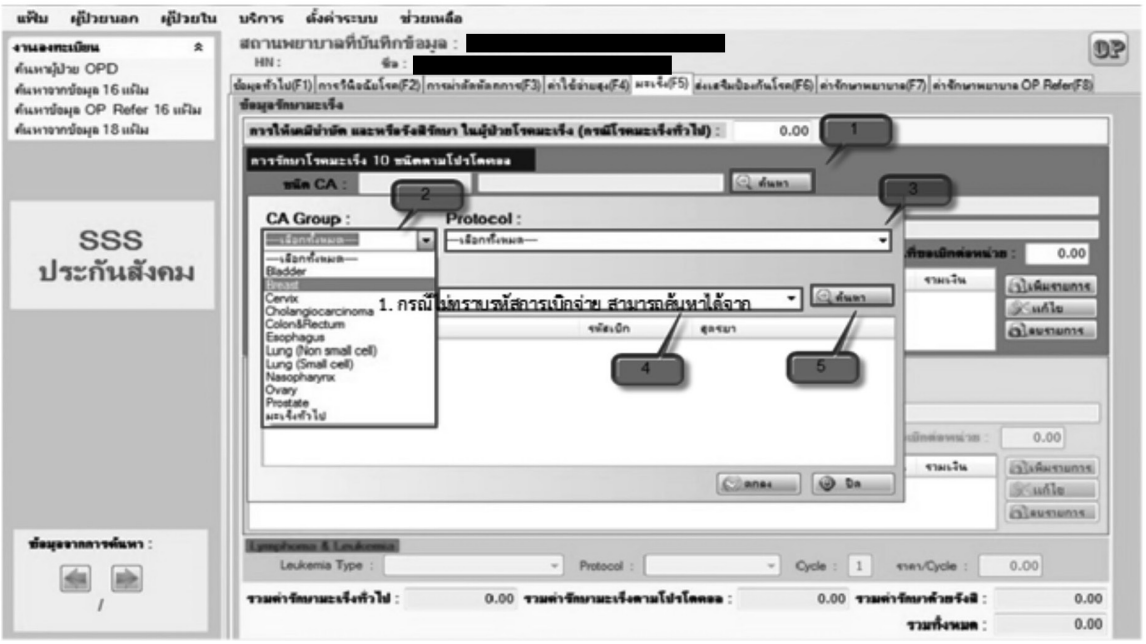
1.1 กรณีไม่ทราบรหัสเบิกจ่าย สามารถค้นหาได้จากปุ่มค้นหา >> เลือกชนิดของมะเร็ง >> เลือกโปรโตคอล >> เลือกรหัสเบิกจ่าย/สูตรยาตามโปรโตคอล

1.2 กรณีทราบรหัสเบิกจ่าย สามารถบันทึกรหัสเบิกจ่าย / ตัวยา ที่ช่องรหัสเบิก/ตัวยา

2) บันทึกจำนวนเงินขอเบิกต่อหน่วยของแต่ละโปรโตคอล

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 298 9/14/17 9:04 AM

การบันทึกเลือกรหัสเบิกจ่ายกรณีไม่ทราบรหัสเบิกจ่าย



ภาพที่ 12 บันทึกเลือกรหัสเบิกจ่ายกรณีไม่ทราบรหัสเบิกจ่าย สามารถค้นหาได้จากปุ่มค้นหา

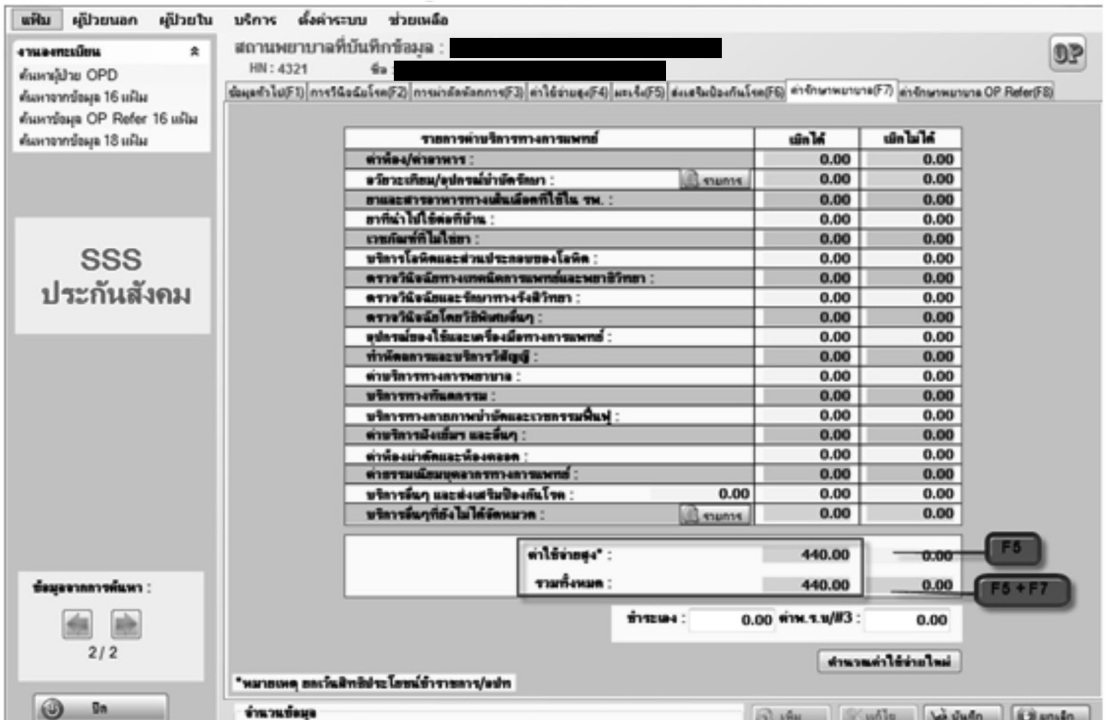
➢ การบันทึกรหัสเบิกจ่ายกรณีทราบรหัสเบิกจ่าย



ภาพที่ 13 บันทึกเลือกรหัสเบิกจ่ายกรณีทราบรหัสเบิกจ่าย

M100.indd 299 9/14/17 9:04 AM

➢ **การบันทึกจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาล ในหน้า F7**



ภาพที่ 14 บันทึกจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาล

4. ค่ายาในการรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal Meningitis

- **ขอบเขตบริการ**

เป็นการให้บริการผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal meningitis โดยจะจ่ายชดเชยให้ในส่วนของค่ายาที่ใช้ในการรักษา และต้องเป็นการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป หรือผู้ป่วยใน (IP) ที่ Admit ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไข**

1. เป็นค่ายาในการรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal meningitis
2. เป็นกรณีผู้ป่วยนอก (OP) หรือผู้ป่วยใน (IP)

- **อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข**

จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ ไม่เกิน 15,000 บาท/ราย (ตลอดชีวิต)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 300 9/14/17 9:04 AM

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข

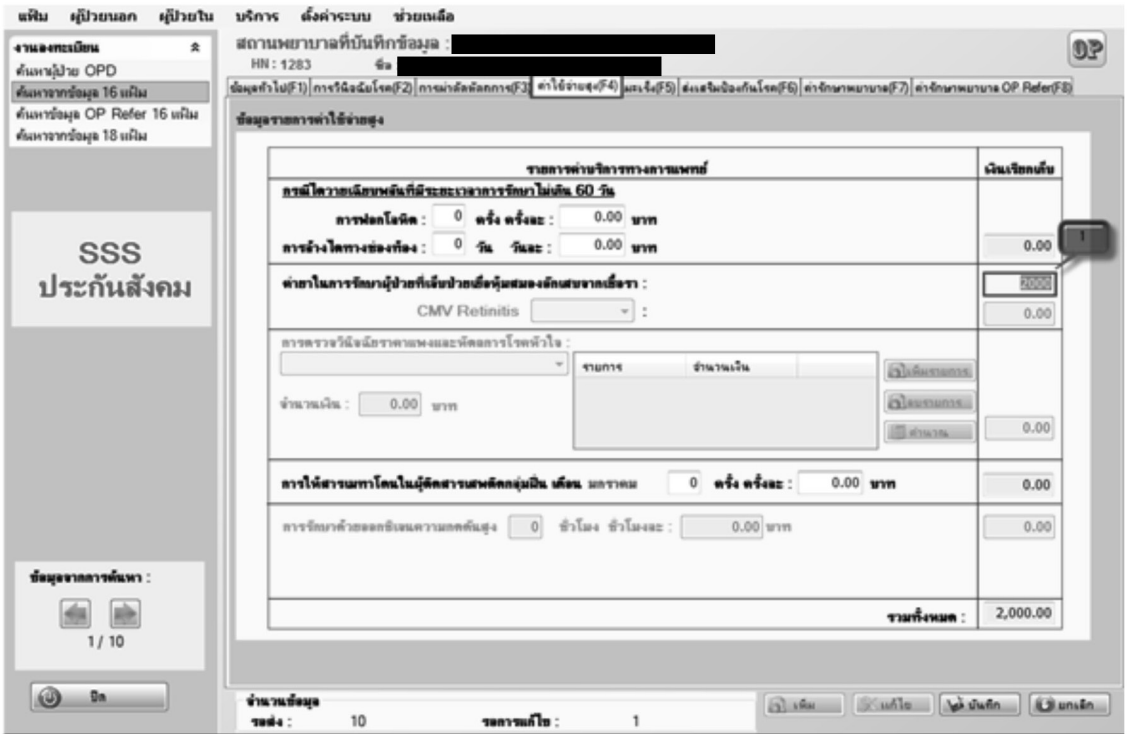
<u>กรณีผู้ป่วยนอก</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- ค่าใช้จ่ายสูง [F4]
- ค่ารักษาพยาบาล [F7]

<u>กรณีผู้ป่วยใน</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- ค่ารักษาพยาบาล [F5]

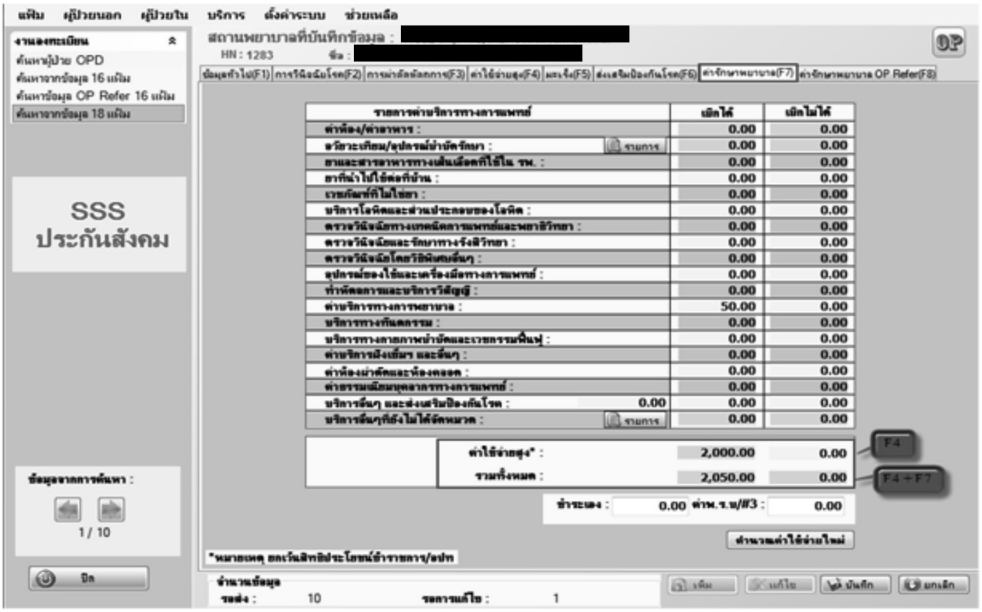
➢ **การบันทึกเบิกค่ายาในการรักษาโรค Cryptococcal Meningitis กรณีผู้ป่วยนอก ในหน้า F4**



ภาพที่ 15 บันทึกเบิกค่ายาในการรักษาโรค Cryptococcal Meningitis กรณีผู้ป่วยนอก

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 301 9/14/17 9:04 AM

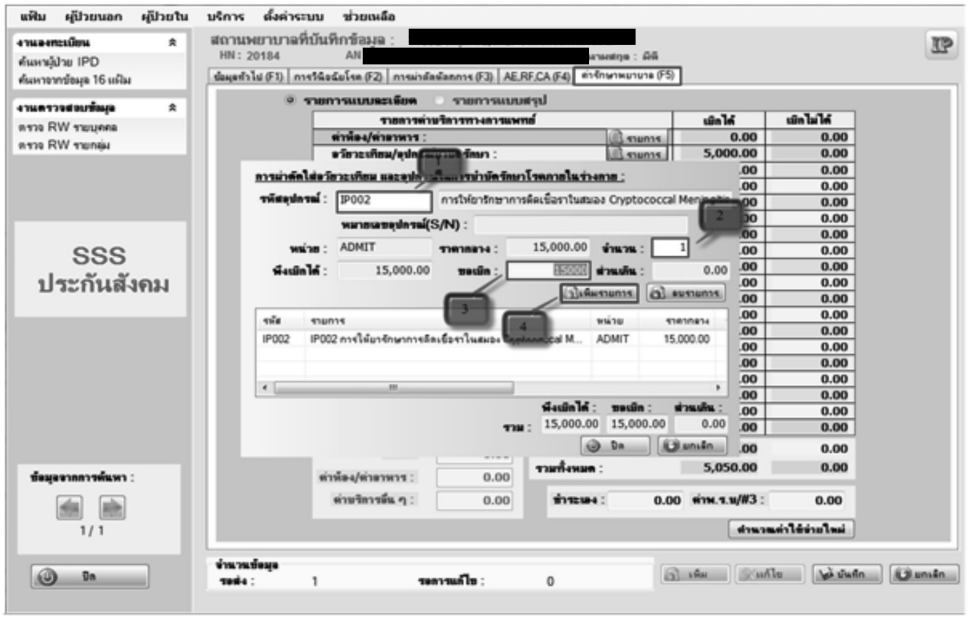
➢ การบันทึกค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอก ในหน้า F7



ภาพที่ 16 บันทึกเบิกค่ายาในการรักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอก

➢ การบันทึกเบิกค่ายาในการรักษาโรค Cryptococcal Meningitis กรณีผู้ป่วยใน ในหน้า F5

1. บันทึกเลือกรหัสรายการ IP002 จากหมวดรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษา
2. บันทึกจำนวนครั้ง และจำนวนเงินที่ขอเบิก



ภาพที่ 17 บันทึกจำนวนครั้ง และจำนวนเงินที่ขอเบิก

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 302 9/14/17 9:04 AM

5. การรักษาโรคสมองด้วยวิธี STEREOTATIC RADIOSURGERY

- **ขอบเขตบริการ**

เป็นการรักษาโรคสมองด้วยวิธี Stereotactic radiosurgery โดยจะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1. Arteriovenous Malformation รูปผิดปกติของหลอดเลือดดำและแดงรอบนอก
2. เนื้องอกสมองส่วนลึก (Deep Seated Brain Tumor)
3. มะเร็งแพร่กระจายสู่สมอง (Metastatic Brain Tumor w cotrol local disease) ที่สามารถควบคุม Local disease

โดยจะต้องเป็นการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป หรือผู้ป่วยใน (IP) ที่ Admit ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไข**

1. เป็นการรักษาโรคสมองด้วยวิธี Stereotactic radiosurgery โดยจะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งตามที่กำหนด
2. เป็นกรณีผู้ป่วยนอก(OP) หรือผู้ป่วยใน(IP)

- **อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข**

จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ ไม่เกิน 50,000 บาท/ราย (ตลอดชีวิต)

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข

<u>กรณีผู้ป่วยนอก</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F7]

<u>กรณีผู้ป่วยใน</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

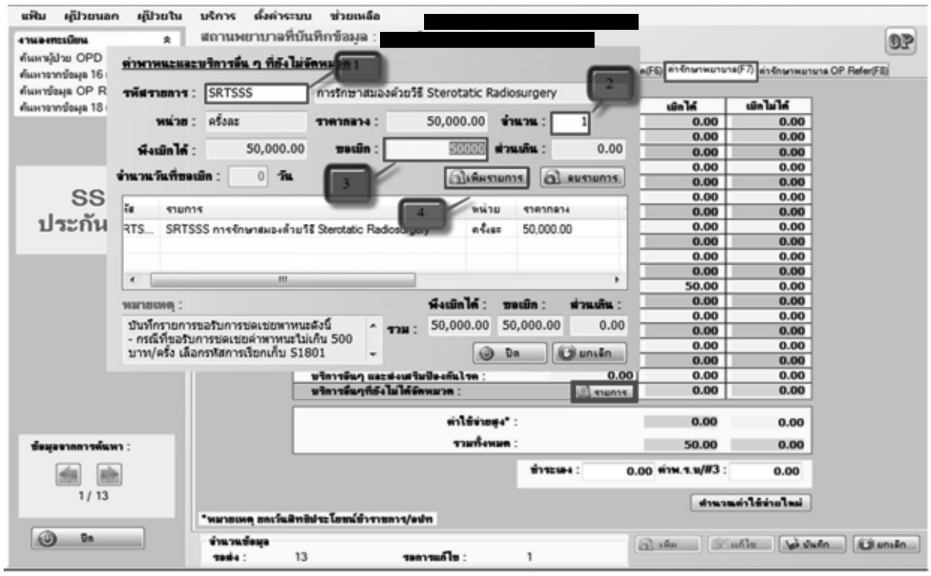
- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F5]

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 303 9/14/17 9:04 AM

➢ **การรักษาโรคสมองด้วยวิธี STEREOTATIC RADIOSURGERY กรณีผู้ป่วยนอก ในหน้า F7 และกรณีผู้ป่วยใน ในหน้า F5**

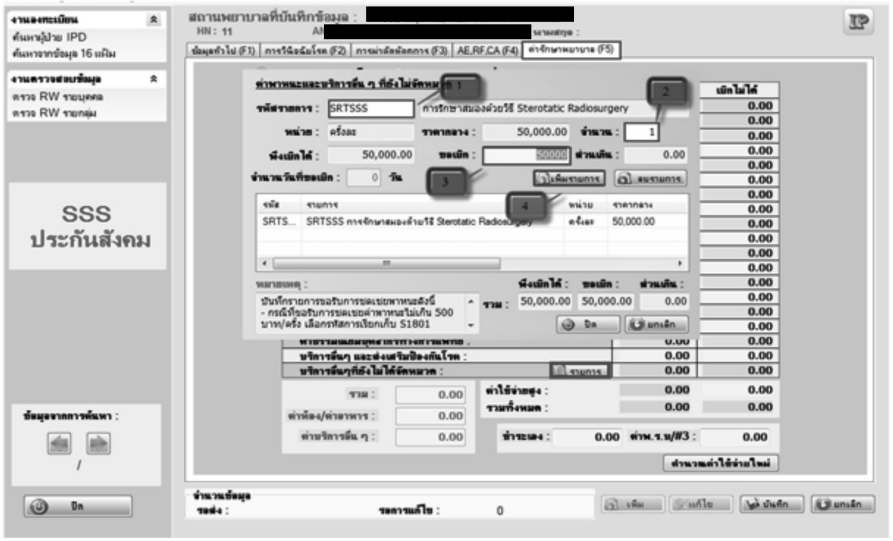
1. บันทึกเลือกรหัสรายการ SRTSSS จากหมวดค่าพาหนะและบริการอื่นๆ ที่ยังไม่จัดหมวด
2. บันทึกจำนวนครั้ง และจำนวนเงินที่ขอเบิก

➢ **การบันทึกการรักษาโรคสมองด้วยวิธี STEREOTATIC RADIOSURGERY กรณีผู้ป่วยนอก**



ภาพที่ 18 เลือกรหัสรายการ SRTSSS และบันทึกจำนวนครั้ง และจำนวนเงินที่ขอเบิก

➢ **การบันทึกการรักษาโรคสมองด้วยวิธี STEREOTATIC RADIOSURGERY กรณีผู้ป่วยใน**



ภาพที่ 19 บันทึกการรักษาโรคสมองด้วยวิธี STEREOTATIC RADIOSURGERY กรณีผู้ป่วยใน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 304 9/14/17 9:04 AM

6. การใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument)

- **ขอบเขตบริการ**

เป็นการให้บริการที่มีการใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument) ร่วมด้วยในการรักษา โดยรายการที่สามารถเบิกได้จะต้องเป็นรายการอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument) ตามประกาศฯ และข้อบ่งชี้ ของสำนักงานประกันสังคม และต้องเป็นการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป หรือผู้ป่วยใน (IP) ที่ Admit ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไข**

1. เป็นการรักษาและใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument) ตามประกาศฯและข้อบ่งชี้ ของสำนักงานประกันสังคม
2. เป็นกรณีผู้ป่วยนอก (OP) หรือผู้ป่วยใน (IP)

- **อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข**

จ่ายค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคในอัตราเหมาจ่ายตามราคาที่กำหนดไว้ในประกาศฯ ของสำนักงานประกันสังคม

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข

<u>กรณีผู้ป่วยนอก</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F7]

<u>กรณีผู้ป่วยใน</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F5]

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 305 9/14/17 9:04 AM

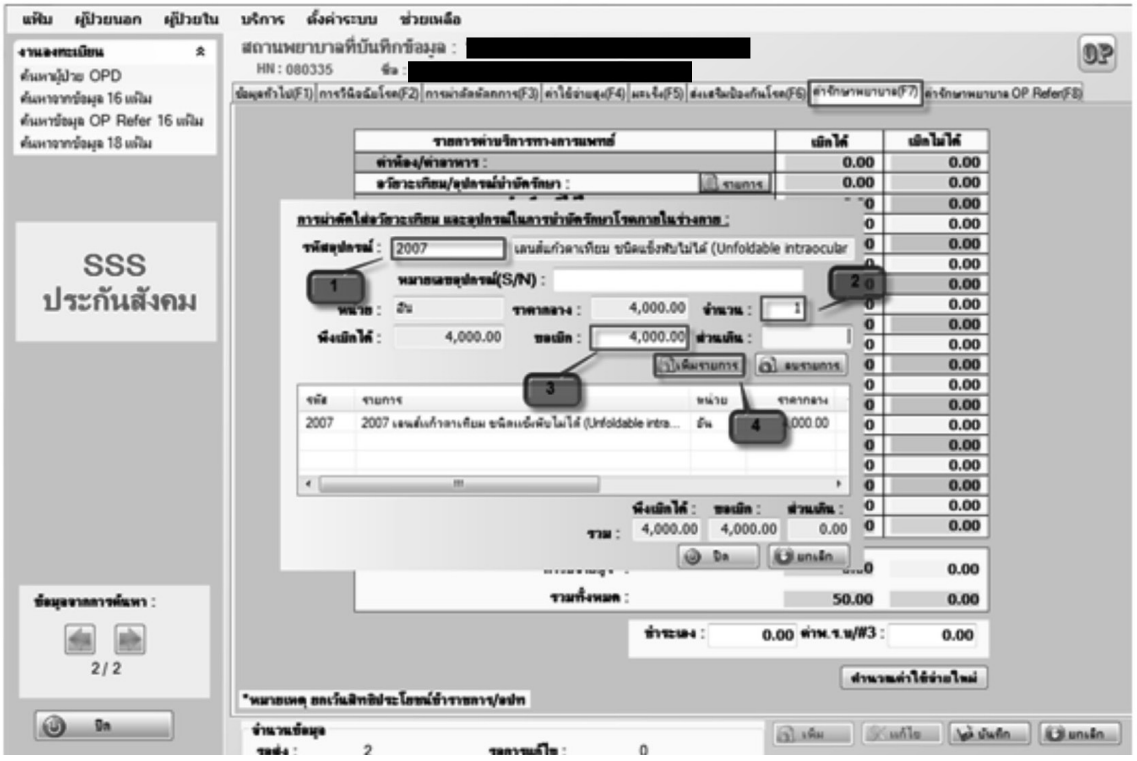
➢ **การบันทึกเบิกอวัยวะเทียม และอุปกรณ์บำบัดรักษาโรค กรณีผู้ป่วยนอก ในหน้า F7 และ กรณีผู้ป่วยใน ในหน้า F5**

1. บันทึกเลือกรหัสรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ จากหมวดอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษา

2. บันทึกจำนวนอุปกรณ์ และจำนวนเงินที่ขอเบิก

ข้อควรระวัง ในการบันทึกรหัสหัตถการ หากมีการทำหัตถการเดียวกันมากกว่า 1 ข้าง หรือมากกว่า 1 ครั้ง ต้องบันทึกรหัส extension code ระบุข้าง / ครั้ง ของการทำหัตถการนั้น ๆ ด้วย

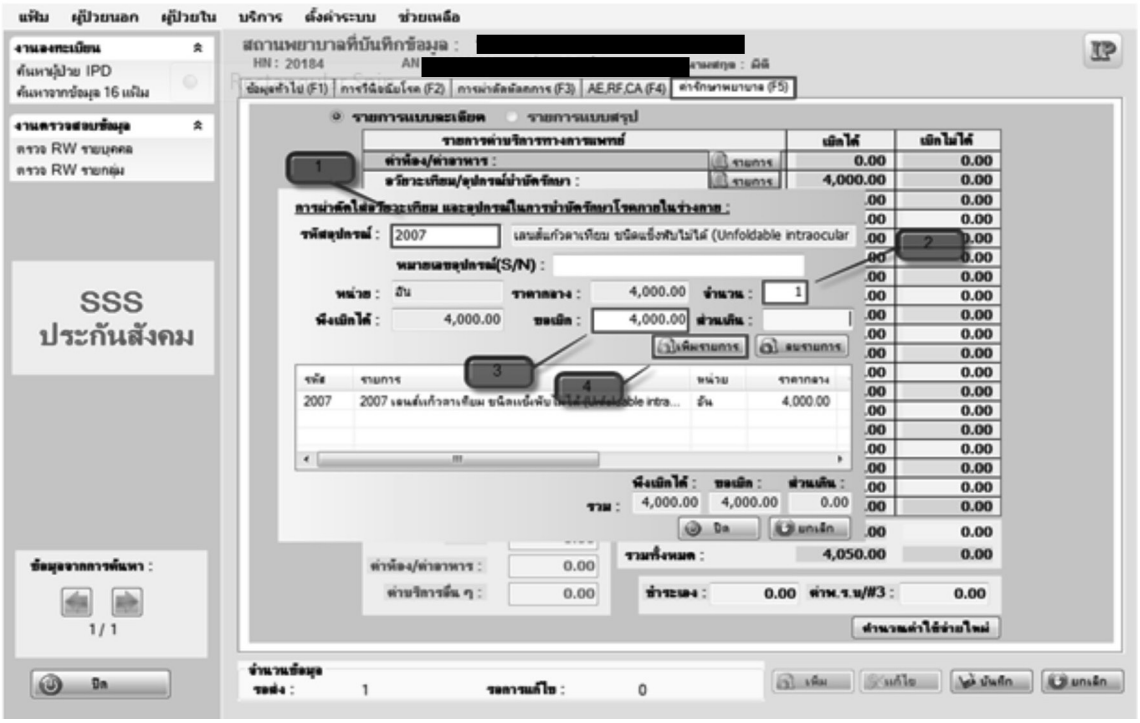
- การบันทึกเบิกอวัยวะเทียม และอุปกรณ์บำบัดรักษาโรค กรณีผู้ป่วยนอก



ภาพที่ 20 บันทึกเบิกอวัยวะเทียม และอุปกรณ์บำบัดรักษาโรค กรณีผู้ป่วยนอก

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 306 9/14/17 9:04 AM

- **การบันทึกเบิกอวัยวะเทียม และอุปกรณ์บำบัดรักษาโรค กรณีผู้ป่วยใน**



ภาพที่ 21 บันทึกเบิกอวัยวะเทียม และอุปกรณ์บำบัดรักษาโรค กรณีผู้ป่วยใน

7. การทำหมันชายและการทำหมันหญิง

- **ขอบเขตบริการ**

เป็นการให้บริการกรณีทำหมันชาย หรือการทำหมันหญิง โดยสถานพยาบาลที่รักษาต้องเป็นสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือ เครือข่ายและต้องเป็นการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป หรือผู้ป่วยใน (IP) ที่ Admit ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไข**

1. เป็นการเข้ารับบริการทำหมันชาย หรือ ทำหมันหญิง
2. สถานพยาบาลที่รักษา ต้องเป็น สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือ เครือข่าย
3. เป็นกรณีผู้ป่วยนอก(OP) หรือผู้ป่วยใน(IP)

- **อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข**

1. กรณีการทำหมันชาย จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 500 บาท/ราย (ตลอดชีวิต)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 307 9/14/17 9:04 AM

2. กรณีการทำหมันหญิง จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 1,000 บาท/ราย (ตลอดชีวิต)

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข

<u>กรณีผู้ป่วยนอก</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F7]

<u>กรณีผู้ป่วยใน</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

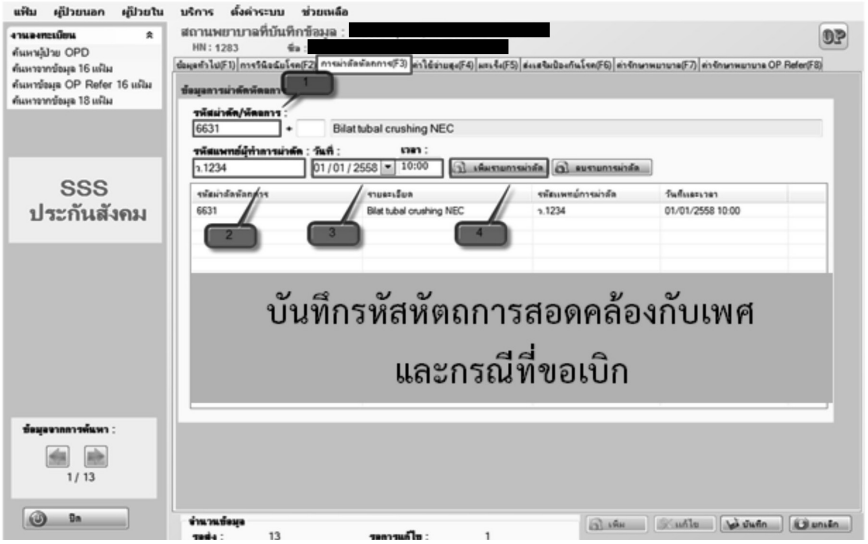
- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F5]

➢ **การบันทึกเบิกค่าใช้จ่ายในการทำหมัน กรณีผู้ป่วยนอก ในหน้า F7 และ กรณีผู้ป่วยใน ในหน้า F5**

1. กรณีการทำหมันหญิงเลือกรหัสรายการ SSSTRW หรือกรณีการทำหมันชายเลือกรหัสรายการ SSSTRM จากหมวดรายการค่าพาหนะและบริการอื่นๆ ที่ยังไม่จัดหมวด

2. บันทึกจำนวนครั้ง และจำนวนเงินที่ขอเบิก

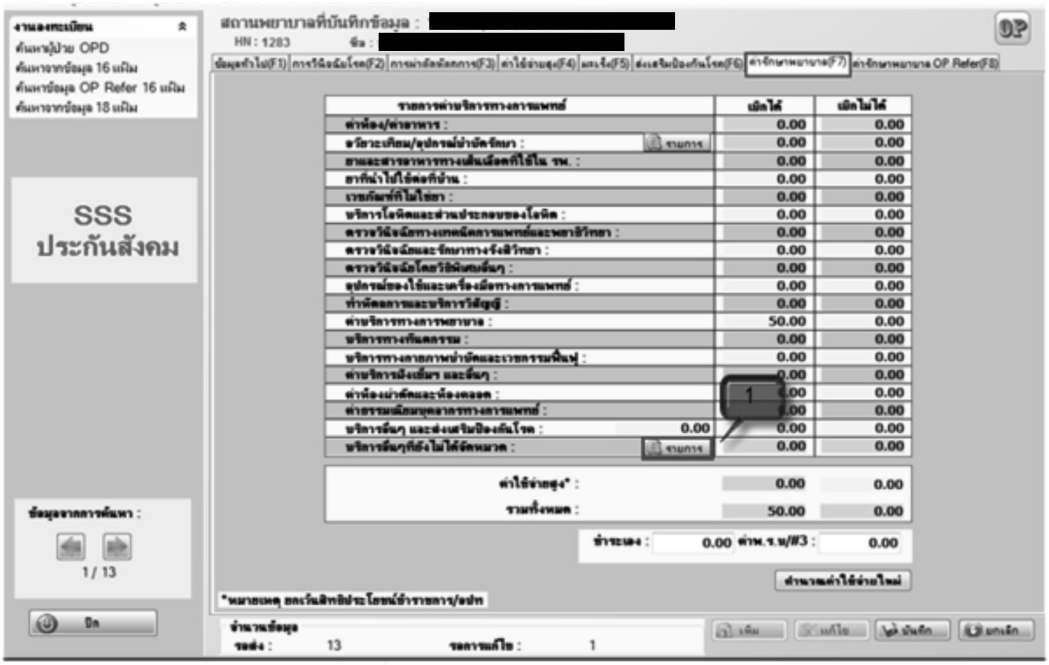
- บันทึกรหัสหัตถการให้สอดคล้องกับเพศและกรณีที่ขอเบิก



ภาพที่ 22 บันทึกรหัสหัตถการให้สอดคล้องกับเพศและกรณีที่ขอเบิก

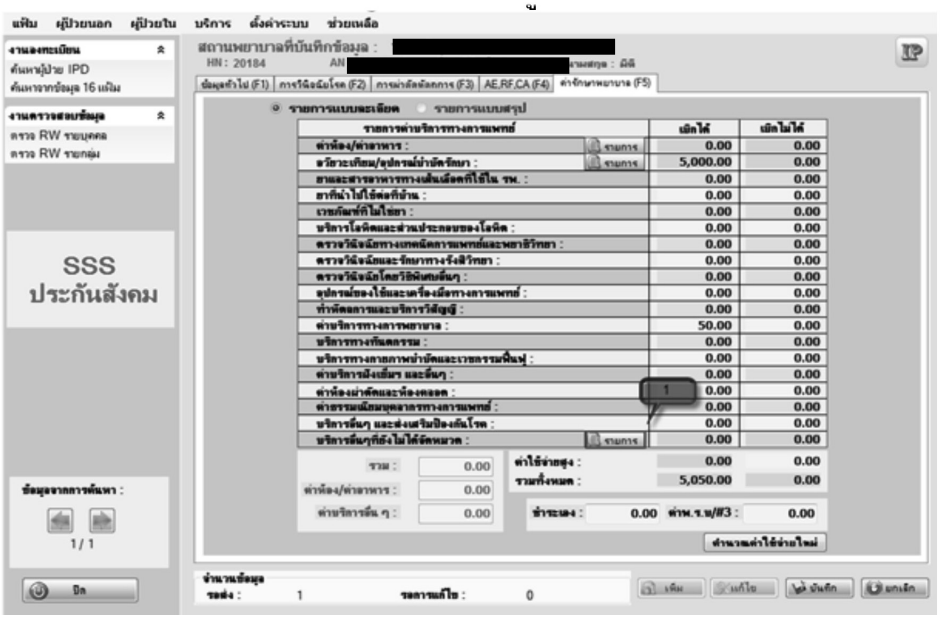
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 308 9/14/17 9:04 AM

- การบันทึกเบิกค่าใช้จ่ายในการทำหมัน กรณีผู้ป่วยนอก



ภาพที่ 23 การบันทึกเบิกค่าใช้จ่ายในการทำหมัน กรณีผู้ป่วยนอก

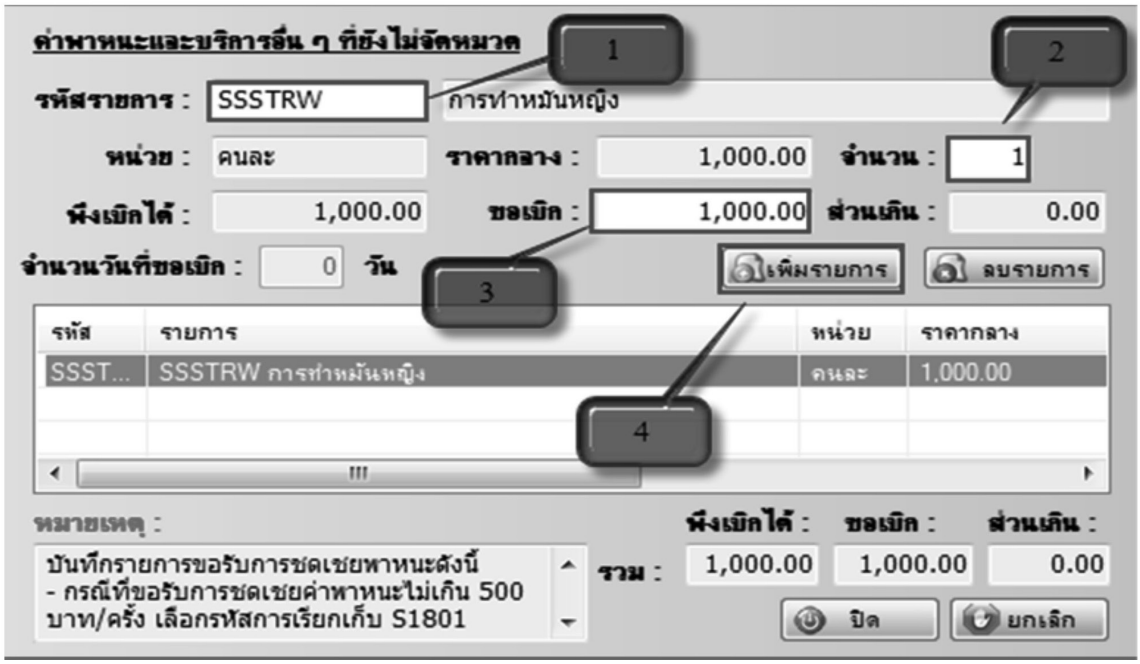
- การบันทึกเบิกค่าใช้จ่ายในการทำหมัน กรณีผู้ป่วยใน



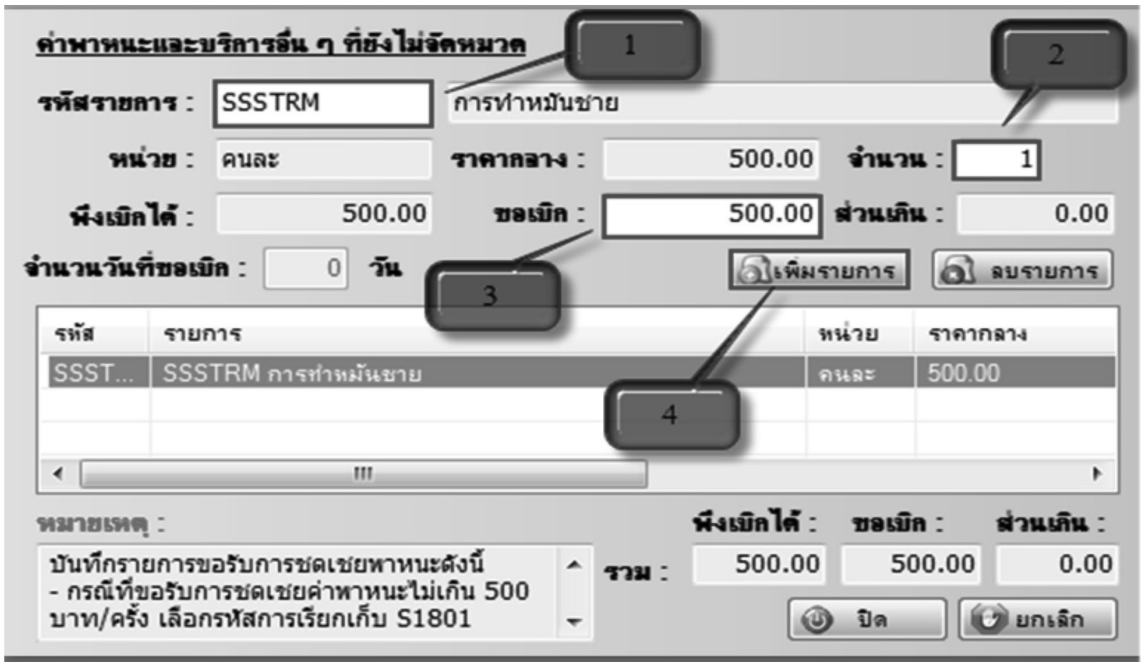
ภาพที่ 24 การบันทึกเบิกค่าใช้จ่ายในการทำหมัน กรณีผู้ป่วยใน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 309 9/14/17 9:04 AM

➢ กรณีการทำหมันหญิงเลือกรหัสรายการ SSSTRW



ภาพที่ 25 การทำหมันหญิงเลือกรหัสรายการ SSSTRW



ภาพที่ 26 การทำหมันชาย เลือกรหัสรายการ SSSTRW

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 310 9/14/17 9:04 AM

8. ค่ายาละลายลิ่มเลือดในการรักษาโรคเกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง(Stroke Fast Tract)

- **ขอบเขตบริการ**

เป็นการใช้ยาละลายลิ่มเลือดในการรักษาโรคเกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Tract) โดยจ่ายเป็นค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA ให้กับสถานพยาบาลที่มีการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และต้องมีการทำ CT Brain ก่อนและหลังการฉีดยาละลายลิ่มเลือด และต้องเป็นการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 15 กรกฎาคม 2559 เป็นต้นไป หรือผู้ป่วยใน (IP) ที่ Admit ตั้งแต่ 15 กรกฎาคม 2559 เป็นต้นไป

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไข**

1. เป็นการใช้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ในการรักษาโรคเกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Tract)
2. มีการทำ CT-brain ก่อนและหลังฉีดยาละลายลิ่มเลือด
3. สถานพยาบาลที่รักษา ต้องเป็น สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือ เครือข่าย
4. เป็นกรณีผู้ป่วยนอก(OP) หรือผู้ป่วยใน(IP)

- **อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข**

จ่ายค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA ในอัตราเหมาจ่ายครั้งละ 50,000 บาท

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข

<u>กรณีผู้ป่วยนอก</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

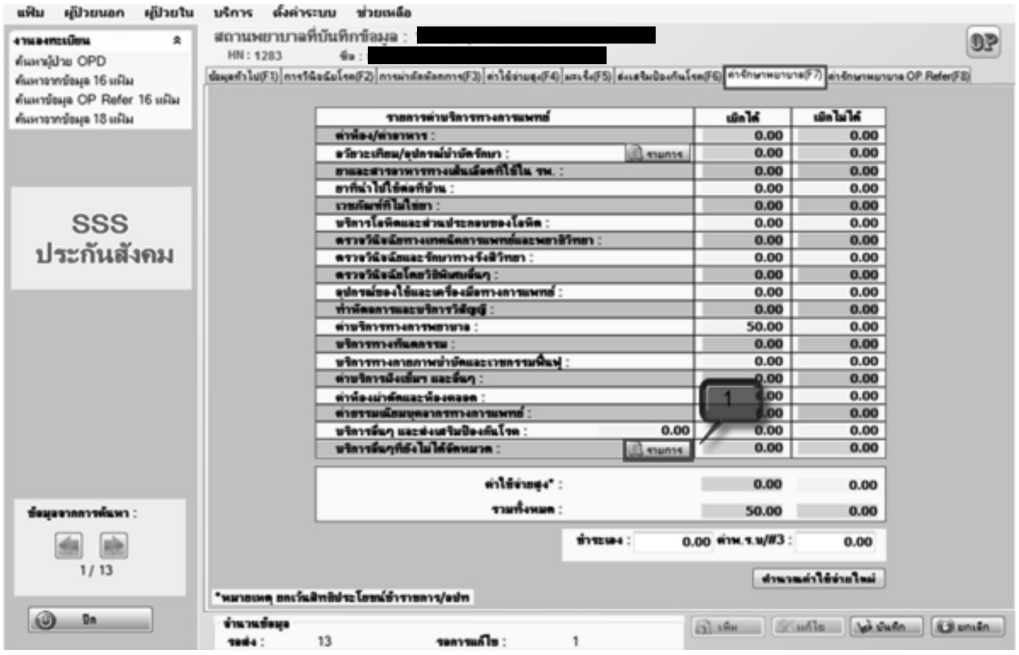
- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F7]

<u>กรณีผู้ป่วยใน</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F5]

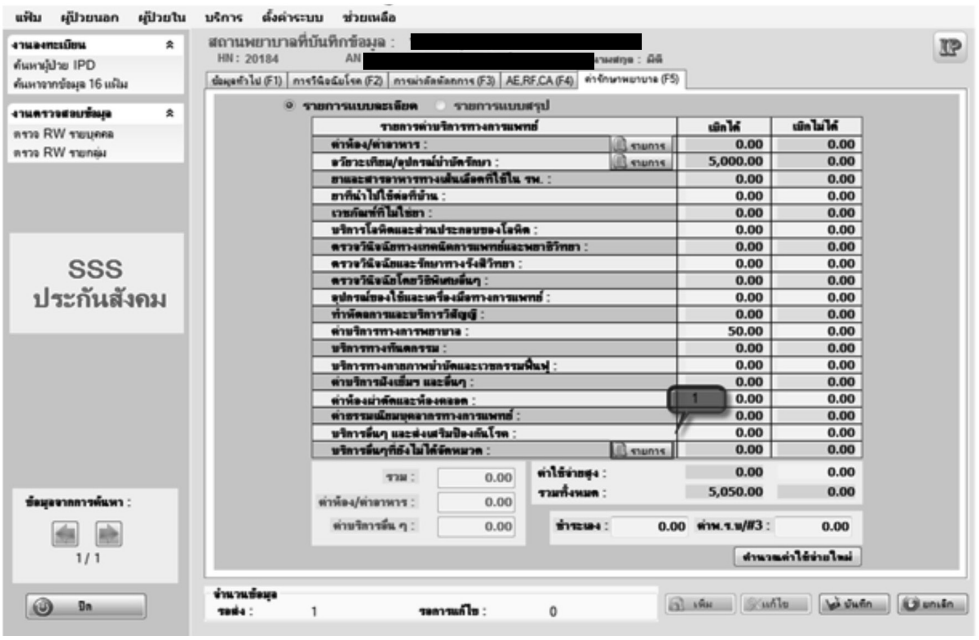
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 311 9/14/17 9:04 AM

➢ การบันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอก (F7)



ภาพที่ 27 บันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอก

➢ การบันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยใน(F5)



ภาพที่ 28 บันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยใน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 312 9/14/17 9:04 AM

➢ เลือกรหัสรายการ STORK1 เพื่อขอเบิกชดเชยค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA



ภาพที่ 29 เลือกรหัสรายการ STORK1 เพื่อขอเบิกชดเชยค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA

9. ค่ายาละลายลิ่มเลือดในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้า ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Tract)

- **ขอบเขตบริการ**

เป็นการใช้ยาละลายลิ่มเลือดในการรักษาโรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้า ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Tract) โดยจ่ายเป็นค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase, rt-PA หรือ TNK-tPA และต้องเป็นการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP) ที่รับบริการตั้งแต่ 15 กรกฎาคม 2559 เป็นต้นไป หรือผู้ป่วยใน (IP) ที่ Admit ตั้งแต่ 15 กรกฎาคม 2559 เป็นต้นไป

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- **เงื่อนไข**

1. เป็นการใช้ยาละลายลิ่มเลือดในการรักษาโรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้า ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Tract)
2. สถานพยาบาลที่รักษา ต้องเป็น สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือ เครือข่าย
3. เป็นกรณีผู้ป่วยนอก(OP) หรือผู้ป่วยใน(IP)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 313 9/14/17 9:04 AM

- **อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข**

1. กรณีใช้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase จ่ายในอัตราเหมาจ่ายครั้งละ 10,000 บาท
2. กรณีใช้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA หรือ TNK-tPA จ่ายในอัตราเหมาจ่ายครั้งละ 50,000 บาท

วิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม หรือวิธีการจัดทำเอกสารขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข

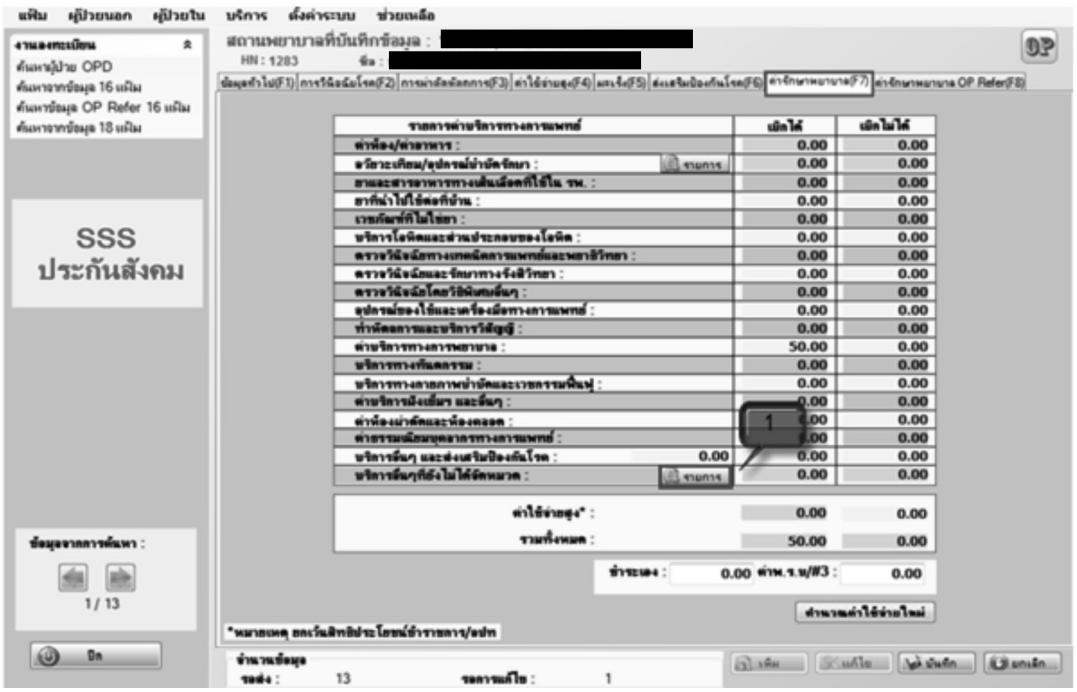
<u>กรณีผู้ป่วยนอก</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F7]

<u>กรณีผู้ป่วยใน</u> ให้บันทึกข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป [F1]
- การวินิจฉัยโรค [F2]
- การผ่าตัดหัตถการ [F3]
- ค่ารักษาพยาบาล [F5]

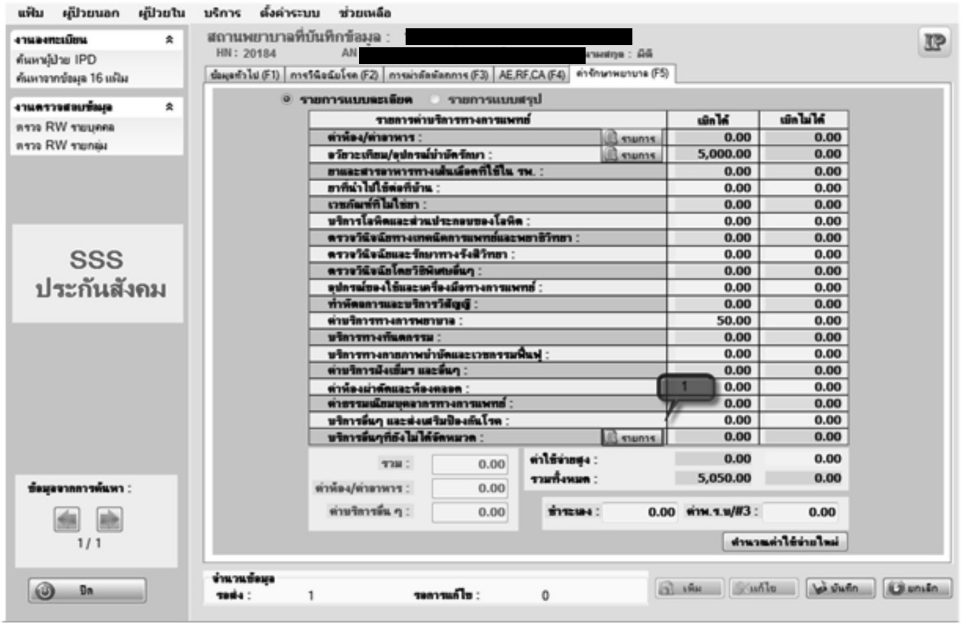
➢ **การบันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอก (F7)**



ภาพที่ 30 บันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอก

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 314 9/14/17 9:04 AM

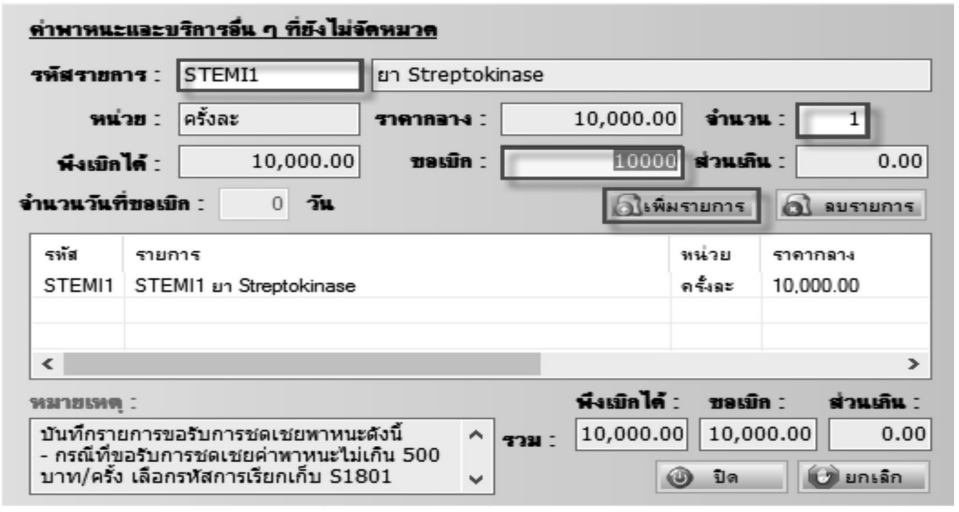
การบันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยใน(F5)



ภาพที่ 31 บันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยใน

➢ **เลือกรหัสรายการที่ต้องการขอเบิกชดเชย**

- STEMI1 เพื่อขอเบิกชดเชยค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase
- STEMI2 เพื่อขอเบิกชดเชยค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA
- STEMI3 เพื่อขอเบิกชดเชยค่ายาละลายลิ่มเลือด TNK-tPA



ภาพที่ 32 เลือกรหัสรายการที่ต้องการขอเบิกชดเชย

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 315 9/14/17 9:04 AM

ประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓ ที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

1. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ประกาศ ณ วันที่ 25 ธันวาคม 2546

2. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ประกาศ ณ วันที่ 3 เมษายน 2556 (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม)

3. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ประกาศ ณ วันที่ 30 สิงหาคม 2556 (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม)

4. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ประกาศ ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2559 (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 316 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก 3

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิข้าราชการและสิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น

ในปีงบประมาณ 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายและระบบข้อมูลบริการสาธารณสุข (National Clearing House) ตามนโยบายการบูรณาการและเพิ่มประสิทธิภาพระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล เพื่อบริหารจัดการการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ผู้มีสิทธิประกันสังคม รวมทั้งสิทธิข้าราชการและพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานรัฐอื่นๆที่สมัครใจ โดยอาศัยอำนาจแห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 26 (14)

ในการนี้จึงได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการขึ้นเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการของเจ้าหน้าที่ให้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวทางปฏิบัติในการให้บริการทั่วไป

1. การตรวจสอบสิทธิ

1) ให้สถานพยาบาลตรวจสอบการมีสิทธิ โดยใช้เอกสาร/หลักฐานที่ปรากฏเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก มาตรวจสอบกับข้อมูลที่ สปสช. ส่งให้แก่สถานพยาบาล ในโปรแกรม NHSO Client

2) เมื่อสถานพยาบาลตรวจสอบแล้วพบว่าบุคคลดังกล่าวเป็นผู้มีสิทธิ ให้ถือว่าบุคคลนั้นได้รับการรับรองสิทธิแล้ว

3) กรณีที่เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยใน หากตรวจสอบสิทธิไม่พบในฐานข้อมูล สามารถใช้หนังสือรับรองสิทธิจากส่วนราชการต้นสังกัดแทนได้

2. การลงทะเบียนเบิกจ่ายตรง

ให้สถานพยาบาลรับลงทะเบียนเบิกจ่ายตรงให้แก่ผู้มีสิทธิที่แจ้งความประสงค์ขอลงทะเบียนเบิกจ่ายตรง ผ่านระบบโปรแกรม NHSO Client โดย สปสช.จะเป็นผู้จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลแทนส่วนราชการต้นสังกัด โดยทั่วไปสิทธิจ่ายตรงจะเกิดตามรอบทุกวันที่ 4 และ 18 ของเดือน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 317 9/14/17 9:04 AM

3. การขอเลขอนุมัติ

ให้สถานพยาบาลที่ผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษา ขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client ในกรณีเหล่านี้

1) กรณีผู้ป่วยในทุกกรณี หากไม่พบข้อมูลในฐานผู้มีสิทธิ ให้ใช้หนังสือรับรองการมีสิทธิ โดยนำข้อมูลในหนังสือรับรองการมีสิทธิมาขอเลขอนุมัติ

2) กรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

3) กรณีเด็กแรกเกิด

4) กรณีผู้มีสิทธิมีความจำเป็นต้องรับบริการผู้ป่วยนอก ในวันที่ลงทะเบียนเบิกจ่ายตรง แต่สิทธิจ่ายตรงยังไม่เกิด ให้สามารถขอเลขอนุมัติเทียบเท่ากรณีฉุกเฉิน โดยบันทึกเลือกเงื่อนไขในการเรียกเก็บในโปรแกรม e-Claim เป็นกรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามความสมัครใจของสถานพยาบาล ในการพิจารณาให้บริการ

5) กรณีขอเบิกส่วนเกินจากสิทธิประกันสังคม

4. โปรแกรมการส่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

1) โปรแกรม NHSO Client สำหรับให้สถานพยาบาลลงทะเบียนเบิกจ่ายตรง และขอเลขอนุมัติ

2) โปรแกรม e-Claim สำหรับให้สถานพยาบาลบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับการจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

3) โปรแกรม Prior-authorization สำหรับให้สถานพยาบาลขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง ได้แก่

1) ยารักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง 6 ชนิด
2) ยารักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน 2 ชนิด
3) ยารักษาผู้ป่วยโรครูมาติก 3 ชนิด
4) โปรแกรม DMIS-HD ของ สปสช. สำหรับบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม**ในสิทธิ อปท. เท่านั้น**

2. หลักการทั่วไปของการจัดทำข้อมูล

1. การบันทึกรหัสโรค

ให้ใช้รหัสการวินิจฉัยโรคตาม International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem 10th Revision Version for 2010 (ICD-10) ของ WHO ฉบับปี ค.ศ.2010 และ ICD-10-TM / Standard Coding Guideline

หมายเหตุ: รหัสโรค ตาม ICD-10-TM สามารถใช้ได้เฉพาะรหัสการวิเคราะห์หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 5 รองรับได้

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 318 9/14/17 9:04 AM

2. การบันทึกรหัสหัตถการ

ให้ใช้รหัสการทำผ่าตัด และหัตถการ ตามหนังสือ International Classification of Disease 9th Revision Clinical Modification 2010 Classification of Procedures (ICD-9-CM ฉบับปี ค.ศ. 2010) / Standard Coding Guideline

หมายเหตุ: สำหรับการรักษาผู้ป่วยในที่มีการผ่าตัดหลายตำแหน่งหรือหลายครั้ง ต้องเพิ่มรหัส 2 ตำแหน่งต่อท้ายรหัส ICD-9-CM (ICD-9-CM Procedure with Extension code) เพื่อให้สามารถจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่แยกความแตกต่างได้

3. หลักการนับวันนอนโรงพยาบาลและการนับวันนอนกรณีผู้ป่วยมีวันลากลับบ้าน

1) ผู้ป่วยที่มีการรับไว้นอนในโรงพยาบาล โดยออกเลข Admission Number ให้แล้ว ให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยใน

2) การนับเวลานอนให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล โดยให้นับยี่สิบสี่ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน ถ้าไม่ถึงยี่สิบสี่ชั่วโมงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมง และส่วนที่ไม่ถึงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมงนั้นนับได้เกินหกชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวัน

3) กรณีผู้ป่วยมีวันลากลับบ้าน ผู้ป่วยในที่ไม่อยู่ในสถานพยาบาลเกิน 24 ชั่วโมง ถือว่าเป็นการลากลับบ้าน ให้บันทึกจำนวนวันลากลับบ้าน (Leave day) ตามข้อเท็จจริงของการนอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น

4. การรักษาก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยในภายในระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง

1) ให้ขอรับค่าใช้จ่ายได้เฉพาะประเภทผู้ป่วยในเท่านั้น

2) ไม่ให้สถานพยาบาลแยกส่งเบิกต่างหากในระบบเบิกจ่ายตรงแบบผู้ป่วยนอก

3) ห้ามไม่ให้สถานพยาบาลออกใบเสร็จรับเงินกรณีนี้ให้แก่ผู้มีสิทธิไม่ว่าจะอยู่ในระบบเบิกจ่ายตรงหรือไม่ก็ตาม ยกเว้นกรณีที่ทำหัตถการผู้ป่วยนอกแล้วผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือมีความจำเป็นอื่นที่ต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน อาจแยกเบิกค่าทำหัตถการและค่าใช้จ่ายอื่นที่เกิดก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยในได้ โดยต้องไม่นำหัตถการและค่าใช้จ่ายดังกล่าวมาบันทึกและเบิกซ้ำเมื่อเป็นผู้ป่วยในอีก

5. การเบิกจ่ายกรณีประสบภัยจากรถ

ค่าใช้จ่ายในกรณีความเสียหายต่อร่างกาย ได้แก่

1) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษา

2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษา

3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจและค่าวิเคราะห์โรค ทั้งนี้ ไม่รวมถึงค่าจ้างพยาบาลพิเศษและค่าบริการอื่นทำนองเดียวกัน

4) ค่าห้องและค่าอาหารตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล

5) ค่าพาหนะนำผู้ประสบภัยไปสถานพยาบาล

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 319 9/14/17 9:04 AM

ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าเสียหายเบื้องต้นจากกองทุนผู้ประสบภัยจากรถก่อนและนำข้อมูลเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์บันทึกลงในโปรแกรม e-claim โดย**บันทึกจำนวนเงินที่ได้รับจากกองทุนผู้ประสบภัยจากรถตามจำนวนที่ได้รับจริง** หลังจากนั้น สปสช. จะประมวลผล แล้วจะจ่ายส่วนที่เกินจากวงเงินค่าเสียหายเบื้องต้นดังกล่าว

6. กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องซื้อหรือเข้ารับการตรวจเพิ่มเติมจากสถานพยาบาลอื่น

ในระหว่างที่ผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน หากสถานพยาบาลไม่มียา อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หรือไม่สามารถให้การตรวจทางห้องทดลองหรือเอกซเรย์ ให้สถานพยาบาลออกหนังสือรับรองให้ผู้ป่วยซื้อหรือเข้ารับการตรวจทางห้องทดลองหรือเอกซเรย์จากสถานที่อื่น ตามแบบฟอร์ม (7135) ที่กระทรวงการคลังกำหนด ทั้งนี้ **ให้สถานพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายเงินแทนผู้ป่วย และส่งข้อมูลเพื่อเบิกเงินจาก สปสช. ตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)** หากเป็นกรณีผู้ป่วยนอก ผู้มีสิทธิสามารถสำรองจ่ายและนำใบเสร็จรับเงินมาเบิกจ่ายในระบบใบเสร็จจาก สปสช. ได้

7. การเบิกค่าห้องค่าอาหาร

1) กรณีที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้นับยี่สิบสี่ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน ถ้าไม่ถึงยี่สิบสี่ชั่วโมงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมงและส่วนที่ไม่ถึงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมงนั้นนับได้เกินหกชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวัน

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

2) ผู้ป่วยที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล และผู้ป่วยได้เสียชีวิต หรือมีความจำเป็นทางการแพทย์ต้องส่งต่อไปรับรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในวันแรกนั้น ให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วย ภายในจนถึงเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล ถ้าไม่ถึงยี่สิบสี่ชั่วโมงและส่วนที่ไม่ถึงนั้นนับได้ไม่เกินหกชั่วโมง ให้เบิกค่าห้องและค่าอาหาร ดังนี้

- ค่าเตียงสามัญ ให้เบิกได้ไม่เกิน 100 บาท
- ค่าห้องพิเศษ ให้เบิกได้ไม่เกิน 200 บาท

3) กรณีสถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในแล้ว ปรากฏว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล โดยมิได้มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล มิให้สถานพยาบาลเบิกค่าเตียงสามัญ หรือค่าห้องพิเศษ ในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลนั้น

8. การเบิกจ่ายกรณีนอนนาน

1) ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 มกราคม 2559 เป็นต้นไป หากเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นระยะเวลา 270 วัน นับแต่วันที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้ดำเนินการเสมือนเป็นการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล และการรักษาพยาบาลภายหลังจากนั้นให้ถือเสมือนเป็นการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในครั้งใหม่

2) การลงรหัสสำหรับการรักษาพยาบาล ภายหลังจากส่งข้อมูลขอเบิกค่ารักษา ให้ถือเอาโรคที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่สำคัญที่สุดในขณะนั้นเป็นโรคหลักในการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลครั้งต่อไป

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 320 9/14/17 9:04 AM

9. ระยะเวลาในการส่งข้อมูล และ การปรับลดอัตราจ่ายกรณีส่งไม่ทันรอบที่กำหนด

กรณีสิทธิ อปท. ให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาล ภายในระยะเวลา 30 วัน นับจากวันที่จำหน่ายกรณีผู้ป่วยใน หรือวันที่ให้บริการกรณีผู้ป่วยนอก

สปสช.จะปรับลดอัตราจ่าย กรณีส่งข้อมูลเบิกค่ารักษาพยาบาลล่าช้ากว่าที่กำหนด ดังนี้

1) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายร้อยละ 95 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด
2) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายร้อยละ 90 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด
3) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายไม่เกินร้อยละ 80 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด
4) ส่งช้ากว่ากำหนดเกิน 1 ปี ถือว่าไม่ประสงค์ขอเบิกกรณีสิทธิข้าราชการ

ข้อมูลเรียกเก็บช้ากว่าวันที่กำหนดปรับลดโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

1) ข้อมูลที่ส่งช้ากว่ากำหนด 30 วัน หากไม่เกิน 5% ของจำนวนที่ส่งทั้งหมดจะถือว่าส่งทัน
2) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายร้อยละ 95 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด
3) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายร้อยละ 90 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด

หมายเหตุ กรณีผู้ป่วยนอกไม่ปรับลดอัตราจ่ายในกรณีส่งข้อมูลล่าช้า

10.การปฏิเสธการจ่ายและการขออุทธรณ์

กรณีสิทธิ อปท. สถานพยาบาล ที่ประสงค์จะอุทธรณ์ค่าใช้จ่ายเนื่องจากไม่ได้รับการจ่ายชดเชยไม่ครบถ้วน สามารถอุทธรณ์ข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim โดยไม่ต้องส่งเอกสารประกอบการขออุทธรณ์ ทั้งนี้ให้เก็บเอกสารไว้ที่สถานพยาบาลสำหรับการตรวจสอบภายหลัง ยกเว้น กรณีที่ สปสช.ขอตรวจสอบเป็นกรณีเฉพาะราย

กรณีสิทธิข้าราชการ สถานพยาบาล ที่ประสงค์จะอุทธรณ์ค่าใช้จ่ายเนื่องจากไม่ได้รับการจ่ายชดเชยไม่ครบถ้วน สามารถอุทธรณ์ข้อมูลเป็นเอกสารพร้อมรายละเอียดในการแก้ไขอย่างครบถ้วน เข้ามายังสปสช.ส่วนกลาง

11. การเก็บเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ

สถานพยาบาลต้องเก็บเวชระเบียน และต้นฉบับใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาลไว้เพื่อการตรวจสอบหลังการจ่ายเงินชดเชย กรณีที่ สปสช.เข้าตรวจสอบข้อมูลและไม่พบเวชระเบียนผู้ป่วย จะถือว่าไม่มีการให้บริการและมีสิทธิเรียกเงินคืนตามจำนวนที่ได้จ่ายชดเชยไป

12. การตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลเบิกจ่าย

สถานพยาบาลต้องตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลที่ส่งเบิกในแต่ละระบบก่อนการส่งข้อมูลมายังสปสช. เช่น การส่งข้อมูลกรณีฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม ในโปรแกรม DMIS-HD กับการส่งข้อมูลในโปรแกรม e-Claim เนื่องจาก การเบิกจ่ายกรณีฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม กำหนดให้ส่งเบิกในโปรแกรม DMIS-HD แต่สถานพยาบาลมีการโอนข้อมูลดังกล่าวจากระบบของสถานพยาบาลเข้ามาในโปรแกรม e-Claim ด้วย จึงทำให้มีการเบิกจ่ายซ้ำซ้อน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 321 9/14/17 9:04 AM

13. การชะลอการจ่ายชดเชยและการเรียกเงินคืนของสถานพยาบาลหากสปสช. ตรวจสอบพบว่า *สถานพยาบาลมีการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ซ้ำซ้อน หรือไม่เป็นไปตามเงื่อนไขและหลักเกณฑ์ที่กำหนด สปสช.ดำเนินการเรียกเงินคืนและ อาจพิจารณา ชะลอการจ่ายชดเชย*ของสถานพยาบาลออกไปก่อน

3. หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการเบิกจ่าย

1. การเบิกจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยนอก

อัตราจ่าย จ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บและไม่เกินอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนดอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อการเบิกจ่าย

ค่าบริการสาธารณสุข หมายถึง ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรคที่สถานพยาบาลเรียกเก็บในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยทั่วไปตามปกติ สามารถเบิกได้ เช่น ค่าห้องผ่าตัด ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการทางการพยาบาล ค่า X-ray ค่าตรวจ MRI เป็นต้น แต่ไม่รวมค่าธรรมเนียมพิเศษ ค่าตอบแทนพิเศษ และค่าบริการอื่นที่มีลักษณะพิเศษ เช่น ค่าจ้างพยาบาลพิเศษสำหรับดูแลผู้ป่วย ค่าธรรมเนียมแพทย์พิเศษ

การกำหนดอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อการเบิกจ่าย (ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค และอื่น ๆ ที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ และเมื่อผู้ป่วยรับบริการจากทางสถานพยาบาลและมีรายการค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค ผู้มีสิทธิจะเบิกได้สูงสุดไม่เกินอัตราที่กำหนด

2. การเบิกจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยใน

อัตราการจ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้อัตราจ่ายตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

3. การเบิกจ่ายกรณีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ให้เบิกในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ เนื่องจากร่างกายของแต่ละบุคคลมีความจำเพาะ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่เป็น เหตุผลทางการแพทย์โดยตรง ไม่ใช่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย ตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1) เบิกได้เฉพาะรายการยาที่มีการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อจำหน่ายในประเทศ ทั้งนี้ ยาที่นำเข้าโดยกระทรวง ทบวง กรม ในหน้าที่ป้องกันหรือบำบัดโรค สภากาชาดไทย และองค์การเภสัชกรรม ไม่สามารถเบิกได้

2) การใช้ยาต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่คณะกรรมการอาหารและยากำหนด

3) ต้องระบุเหตุผลที่ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ (EA-EF)

4) ต้องให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้วินิจฉัยและออกหนังสือรับรองในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 322 9/14/17 9:04 AM

4. การเบิกค่ายากลับบ้าน

ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลได้รับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 เป็นต้นไป ให้สถานพยาบาลสามารถเบิกค่ายาแยกต่างหากจาก DRGs ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้

1) รายการยาประเภทที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติภายหลังจากที่สถานพยาบาลได้จำหน่ายตัวผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล เช่น กลุ่มยาวัณโรค ให้สถานพยาบาลสามารถส่งเบิกค่ายาดังกล่าวเฉพาะส่วนที่เกินกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป

2) รายการยาประเภทยาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง หัวใจ ที่ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องมาก่อนที่จะรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้สถานพยาบาลสามารถส่งเบิกค่ายาดังกล่าวที่สั่งจ่ายให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้าน

5. การเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ยามะเร็ง 6 ชนิด)

การเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย และอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย ทั้งนี้ ได้กำหนดการเบิกจ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่จำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง 6 ชนิด ได้แก่

1) Imatinib ใช้ในการรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง และมะเร็งลำไส้ ชนิด gastrointestinal stromal tumor (GIST)

2) Rituximab ใช้ในการรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลือง

3) Trastuzumab ใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย

4) Bivacizumab ใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจาย

5) Erlotinib ใช้ในการรักษามะเร็งปอดระยะแพร่กระจายที่ไม่ตอบสนองต่อยากลุ่ม Platinum และ Docetaxel แล้ว

6) Gefitinib ใช้ในการรักษามะเร็งปอดระยะแพร่กระจายที่ไม่ตอบสนองต่อยากลุ่ม Platinum และ Docetaxel แล้ว

ผู้มีสิทธิ และบุคคลในครอบครัวที่มีสิทธิต้องสมัครเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่สมัครได้ โดยแพทย์ผู้ทำการรักษาจะต้องส่งข้อมูลทางการแพทย์ประกอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลทางอิเล็กทรอนิกส์ในโปรแกรม Prior-authorization มายัง สปสช.เพื่อ ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาอนุมัติ เมื่อได้รับการอนุมัติและให้บริการแก่ผู้มีสิทธิแล้ว ให้สถานพยาบาลส่งข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ตามที่กำหนด เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายต่อไป

ทั้งนี้ ผู้มีสิทธิจะไม่สามารถนำใบเสร็จรับเงินค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง 6 ชนิด ดังกล่าวมาเบิกกับส่วนราชการต้นสังกัดได้

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 323 9/14/17 9:04 AM

6. การเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรครูมาติก และโรคสะเก็ดเงิน ชนิดรุนแรง ปานกลางและรุนแรงมาก ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

1) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติกส์ (Rheumatic Disease Prior Authorization: RDPA) ได้แก่

(1) Rituximab

(2) Etanercept

(3) Infliximab

สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติก ได้แก่ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบติดยึด

2) การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน และโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก ได้แก่

(1) Etanercept

(2) Infliximap

สำหรับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน และโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (Dermatology Disease Prior Authorization: DDPA)

7. การเบิกจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ 2 (ยา จ.2)

1) ยา ATG: Antithymacyte immunoglobulin สำหรับผู้ป่วยไขกระดูกฝ่อรุนแรง (Severe aplastic anemia)

(1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

(2) ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2556 สามารถเบิกค่ายาแยกต่างหากจาก DRGs ได้

(3) จ่ายตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บและไม่เกินอัตราราคาของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง

2) ยา IVIG: Human normal immunoglobulin intravenous สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีข้อบ่งชี้และมีความจำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าว

(1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

(2) ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2556 สามารถเบิกค่ายาแยกต่างหากจาก DRGs ได้

(3) จ่ายตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บและไม่เกินอัตราราคาของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง

8. การเบิกจ่ายค่ายาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

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

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 324 9/14/17 9:04 AM

1) ต้องใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

2) ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2556 สามารถเบิกค่ายาแยกต่างหากจาก DRGs ได้

3) จ่ายตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บและไม่เกินอัตราราคาของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง

9. การเบิกจ่ายตรงกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)

ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่ามีความจำเป็นต้องล้างไต (dialysis) ตามแนวทางสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย สามารถเข้ารับบริการในระบบเบิกจ่ายตรงในโปรแกรม NHSO Client ได้ เพื่อลดภาระให้กับผู้ป่วย เนื่องจากการรักษาพยาบาลมีค่าใช้จ่ายสูงและจำเป็นต้องทำการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ระบบจ่ายตรงผู้ป่วยล้างไต ผู้ป่วยสามารถไปรักษาในสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการได้ (ล้างไต) โดยไม่ต้องทดรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลไปก่อน การเบิกจ่ายกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามรายการที่กำหนดตามประกาศกระทรวงการคลัง ดังนี้

1) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ครั้งละ 2,000 บาท

2) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าชันสูตร ให้เป็นไปตามอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

3) กรณีผู้ป่วยใน ที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) หรือผู้ป่วยไตวายอื่นๆ ที่ไม่เคยได้รับการฟอกเลือดด้วยวิธีไตเทียม (Hemodialysis) มาก่อน การส่งเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่ายา (Erythorpoietin) ในช่วงระยะเวลา 35 วัน นับจากวันที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน ให้เบิกจ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม หากเกิน 35 วันไปแล้ว ให้ส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลในโปรแกรม DMIS-HD โดยอัตราการเบิกให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับการรักษาทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ส่วนค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ให้ส่งเบิกตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) เช่นเดิม

4) การเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้หน่วยไตเทียมเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น เว้นแต่ผู้ป่วยซึ่งยังไม่ได้เข้าสู่ระบบเบิกจ่ายตรง ให้สามารถเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระบบใบเสร็จได้

5) หากสถานพยาบาลของทางราชการที่สมัครเข้ารับการล้างไต ไม่มีเครื่องล้างไตหรือมีแต่ไม่เพียงพอ สถานพยาบาลจะทำการส่งผู้มีสิทธิ หรือบุคคลในครอบครัวไปล้างไตสถานพยาบาลเอกชนได้ แต่จะต้องเป็นสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยล้างไตด้วย ซึ่งผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวสามารถไปล้างไตในสถานพยาบาลเอกชนได้ และเบิกจ่ายตรงได้ในอัตราครั้งละ 2,000 บาท เช่นเดียวกับสถานพยาบาลของทางราชการ ทั้งนี้ สถานพยาบาลของทางราชการนั้น ต้องออกหนังสือการส่งตัวให้กับผู้มีสิทธิ เพื่อประกอบการเบิกจ่ายของสถานพยาบาลเอกชนแห่งนั้นๆ ด้วย

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 325 9/14/17 9:04 AM

10. การเบิกจ่ายค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

ผู้มีสิทธิสามารถเบิกค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค และอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมได้ตามรายการที่กระทรวงการคลังกำหนด โดย

1) ประเภทอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ที่มีลักษณะ ข้อบ่งชี้ในการใช้ และคุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้เป็นการเฉพาะ ให้ถือปฏิบัติตามที่ประกาศ

2) ประเภทอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ที่มีความชัดเจนอยู่ในตัว จะไม่มีกากำหนดลักษณะ ข้อบ่งชี้ในการใช้ และคุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้

3) การซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้เบิกได้ตามที่แพทย์ของสถานพยาบาลที่ตรวจรักษาเป็นผู้สั่งซ่อมโดยประหยัด ทั้งนี้ ไม่เกินอัตราตามรายการที่กำหนด

4) จ่ายตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บและไม่เกินอัตราราคาที่กระทรวงการคลังกำหนด

5) การเบิกจ่ายค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ต้องดำเนินการผ่านระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

6) รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ใดๆ มีราคาสูงกว่าอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด และผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวประสงค์จะใช้รายการดังกล่าว สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บเงินส่วนเกินจากผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวได้ โดยต้องชี้แจงถึงคุณภาพและค่าใช้จ่ายส่วนเกินของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ ที่ไม่สามารถนำมาเบิกจากทางราชการให้ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวทราบ พร้อมทั้งมีหลักฐานการยินยอมและรับทราบจำนวนเงินที่ต้องร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวไว้เป็นหลักฐานเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

7) การเบิกจ่ายรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง ในสิทธิ อปท. ให้ดำเนินการขออนุมัติใช้รายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ดังกล่าว ก่อนการให้บริการแก่ผู้ป่วย ในรายการดังต่อไปนี้

- รหัสรายการ 1201 เครื่องกระตุ้นสมองผ่านประสาทสมองเส้นที่สิบ (Vagal nerve stimulator) พร้อมอุปกรณ์ ราคาชุดละ 900,000 บาท

- รหัสรายการ 1202 ชุดเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าของสมองส่วนลึก (Deep Brain Stimulation set) ราคาชุดละ 800,000 บาท

- รหัสรายการ 2405 ชุดประสาทหูเทียม (Cochlear implant)/ชุดประสาทหูเทียมชนิดฝังที่ก้านสมอง (Brainstem implant) ราคาชุดละ 850,000 บาท โดยให้สถานพยาบาลส่งสำเนาเวชระเบียน และเอกสารที่เกี่ยวข้องมายัง สปสช. เพื่อพิจารณาอนุมัติการใช้ก่อนการให้บริการแก่ผู้ป่วย

11. การเบิกจ่ายค่าพาหนะรับส่งต่อ

พาหนะส่งต่อผู้ป่วย หมายความว่า รถพยาบาลของสถานพยาบาลเท่านั้น ไม่รวมถึงรถส่วนตัวหรือรถสาธารณะ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 326 9/14/17 9:04 AM

1) สถานพยาบาลที่มีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายกรณีนี้ คือ สถานพยาบาลที่นำพาหนะไปส่งผู้ป่วย (สถานพยาบาลต้นทาง) หรือ สถานพยาบาลที่ไปรับผู้ป่วย (สถานพยาบาลปลายทาง)

2) ผู้ป่วยต้องอยู่ระหว่างรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลต้นทาง ประเภทผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก เฉพาะกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่อยู่ในภาวะวิกฤติ หรือ เป็นอันตรายต่อชีวิต

3) สถานพยาบาลปลายทางต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือสังเกตอาการ ยกเว้นกรณีเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ หรือสถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยใน แล้วทำการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤติ เห็นควรส่งกลับเพื่อไปพักฟื้นหรือไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลต้นทางที่ทำการส่งต่อ

4) เป็นการส่งต่อจากสถานพยาบาลหนึ่งไปยังสถานพยาบาลอื่น เนื่องจากไม่สามารถทำการรักษาได้ แต่ไม่รวมถึงกรณีการรับผู้ป่วยจากบ้านหรือที่เกิดเหตุ การส่งไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเอ๊กซเรย์ยังสถานพยาบาลอื่น เนื่องจากสถานพยาบาลนั้นไม่อาจให้การตรวจทางห้องทดลอง หรือเอ๊กซเรย์แก่ผู้เข้ารับการรักษาได้

5) ในกรณีที่พาหนะส่งต่อผู้ป่วยเป็นของสถานพยาบาลอื่น นอกจากสถานพยาบาลต้นทางหรือปลายทาง หรือเป็นพาหนะส่งต่อของสถานพยาบาลเอกชน ให้สถานพยาบาลต้นทางหรือปลายทางที่เป็น “ผู้ขอใช้พาหนะ” เป็นผู้เบิกจ่ายให้กับสถานพยาบาลเจ้าของพาหนะ

6) อัตราการเบิกค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วย เท่ากับ 500 บาท บวกด้วยอัตราตามระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง (กิโลเมตร) คูณ 2 (ไป-กลับ) คูณอัตรา 4 บาทต่อกิโลเมตร

7) การคิดระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

8) ค่าบริการพาหนะส่งต่อผู้ป่วย ไม่ถือรวมเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้นก่อนรับผู้มีสิทธิเป็นผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง ที่จะต้องนำมาคำนวณตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

12. การเบิกจ่ายกรณีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต

1) ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายไตจะต้องมีฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐสมบูรณ์

2) สถานพยาบาลที่จะให้บริการทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไต ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย และต้องจัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตหรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์

3) การเบิกจ่ายค่าปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต จะต้องเป็นกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้รับบริจาคไตเพื่อบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเท่านั้น

4) ผู้บริจาคไตและผู้บริจาคต้องมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของแพทยสภา

5) กรณีผู้ป่วยนอกจ่ายตามอัตราที่กำหนด หากรายการใดไม่มีกำหนดไว้ ให้จ่ายตามอัตราของสถานพยาบาล ทั้งผู้รับและผู้บริจาคไต

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 327 9/14/17 9:04 AM

6) กรณีผู้ป่วยใน การเบิกค่าผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิต และค่าปลูกถ่ายไตให้ผู้รับบริจาคให้ถือปฏิบัติตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ ตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยอนุโลม เว้นแต่กรณีดังต่อไปนี้

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

(2) ในกรณีผู้รับบริจาคไตมีภาวะสลัดไต (rejection) จำเป็นต้องใช้ยา Intravenous immunoglobulin (IVIG) หรือAntiCD-20 antibody (Rituximab) หรือAntithymocyte globulin (ATG-Fresenius, Thymoglobulin) ให้สามารถเบิกค่ายาเพิ่มได้ตามอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ทั้งนี้ การใช้ยาต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดในประกาศแนบท้ายหนังสือ กรมบัญชีกลาง ที่ กค 0422.2/ ว 355 ลงวันที่ 30 กันยายน 2554

7) กรณีสิทธิ อปท. ต้องลงทะเบียนเบิกจ่ายตรงในโปรแกรม NHSO Client และในการส่งข้อมูลเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim กรณีผู้บริจาคไตเป็นสิทธิอื่น ให้บันทึกรหัสโครงการพิเศษ KTLGOD

13. การเบิกจ่ายกรณีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต

1) ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ต้องการได้การบริจาคอวัยวะจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตผ่านสภากาชาดไทย และเป็นการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเท่านั้น

2) สถานพยาบาลที่จะให้บริการทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต ต้องเป็นสมาชิกของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย รวมทั้งสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บและรักษาคุณภาพของอวัยวะที่ได้รับการบริจาคจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตให้กับสภากาชาดไทย

3) ให้เบิกเป็นกรณีผู้ป่วยในเท่านั้น โดยสามารถเบิกค่าเตรียมและผ่านำไตออกจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิตได้นอกเหนือจาก DRGs โดยให้เบิกในหมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รหัส 6207 ค่าเตรียมและผ่านำไตออกจากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต และให้เบิกได้ในอัตราไม่เกิน 40,000 บาทต่อหนึ่งไต

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

5) ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ต้องลงทะเบียนเบิกจ่ายตรงในโปรแกรม NHSO Client และในการส่งข้อมูลเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 328 9/14/17 9:04 AM

14. การเบิกจ่ายกรณีผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาจากผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต

1) สิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ต้องการได้การบริจาคอวัยวะจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตผ่านสภากาชาดไทย และเป็นการรักษาผู้ป่วยโรคกระจกตาเสื่อมเท่านั้น

2) สถานพยาบาลที่จะให้บริการสมาชิกของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย รวมทั้งสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บและรักษาคุณภาพของอวัยวะที่ได้รับการบริจาคจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตให้กับสภากาชาดไทย

3) ให้เบิกเป็นกรณีผู้ป่วยในเท่านั้น โดยสามารถเบิกค่าจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตาจากผู้บริจาคตาที่เสียชีวิตได้นอกเหนือจาก DRGs โดยให้เบิกในหมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รหัส 2011 จัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตาจากผู้บริจาคตาที่เสียชีวิต(รวมค่าน้ำยาแช่กระจกตา และให้เบิกได้ในอัตราไม่เกิน 15,000 บาท ต่อหนึ่งอัน

4) ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ต้องลงทะเบียนเบิกจ่ายตรงในโปรแกรม NHSO Client และในการส่งข้อมูลเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim

15. การเบิกจ่ายกรณีค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากสิทธิประกันสังคม

1) ผู้รับบริการต้องมีสิทธิหลักเป็นสิทธิประกันสังคม และเป็นบุคคลในครอบครัวของพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งต้องมีการใช้สิทธิประกันสังคม ตามแนวทางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดก่อน

2) กรณีการคลอดบุตรจ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้อัตราจ่ายตามที่กระทรวงการคลังกำหนด หักด้วยค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายที่ได้รับจากสิทธิประกันสังคม

3) กรณีการล้างไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) จ่ายส่วนเกินจากที่ได้รับเหมาจ่ายจากสิทธิประกันสังคม (1,500 บาท)

4) กรณีการเบิก Vascular access ซ้ำ ภายใน 2 ปี จ่ายส่วนเกินจากที่ได้รับจากสิทธิประกันสังคม (จ่าย 1 ครั้ง ภายใน 2 ปี)

5) กรณีการถอนฟัน อุดฟันและขูดหินปูน ส่วนที่เกินจากอัตราที่สิทธิประกันสังคมรับผิดชอบ

16.การเบิกจ่ายกรณีค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากสิทธิครูเอกชน

1) ผู้รับบริการต้องมีสิทธิหลักเป็นสิทธิครูเอกชน และเป็นบุคคลในครอบครัวของพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) ต้องใช้สิทธิครูเอกชน ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว

3) ให้ผู้มีสิทธิทำหนังสือแจ้งความจำนงเพื่อขอรับสิทธิการลงทะเบียนเบิกจ่ายตรง สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากครูเอกชนมายัง สปสช. โดยหลังจากการปลดล็อคในระบบ ผู้มีสิทธิ สามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงได้เช่นเดียวกันกับผู้มีสิทธิอปท.

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 329 9/14/17 9:04 AM

17. การเบิกจ่ายกรณีการรักษาผู้ป่วยพักรอจำหน่าย

การรักษาผู้ป่วยพักรอจำหน่าย หมายถึง การรับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืนในสถานพยาบาลภายหลังจากการรักษาโรคกรณีเฉียบพลันและการฟื้นฟูสภาพได้สิ้นสุดลง ผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่จะต้องรับไว้ในสถานพยาบาลเป็นกรณีผู้ป่วยในแบบปกติ แต่สถานพยาบาลยังไม่อาจจำหน่ายผู้ป่วยได้ด้วยเหตุผลอื่น เช่น การรอย้ายผู้ป่วยไปยังสถานพักฟื้น หรือการรอรับกลับไปพยาบาลผู้ป่วยต่อที่บ้าน เป็นต้น ทั้งนี้ การเป็นผู้ป่วยพักรอจำหน่ายจะต้องเป็นกรณีที่การรักษาพยาบาลกรณีเฉียบพลันและการฟื้นฟูสภาพมีช่วงระยะเวลาของการรักษาพยาบาลไม่ต่ำกว่าหกสิบวัน

1) สถานพยาบาลต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาลก่อน

2) ต้องขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client ใหม่ อีกครั้งหนึ่ง

3) ในการเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim ต้องมีรหัสโครงการพิเศษ HOSPIC

4) กรณีผู้ป่วยพักรอจำหน่ายกรณีทั่วไป ให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราเหมาจ่ายไม่เกินวันละ 400 บาท (ไม่รวมค่ายา ค่าชันสูตร)

5) ค่ายา ค่าชันสูตร ให้เบิกจ่ายตามหลักเกณฑ์ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

18. การเบิกจ่ายกรณีได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยเพราะเหตุปฏิบัติราชการ

1) อันตรายหรือเหตุเจ็บป่วยนั้นต้องเกิดจากกรณีที่ข้าราชการปฏิบัติราชการในหน้าที่เท่านั้น

2) ต้องมีหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในของสถานพยาบาลทางราชการ

3) ต้องบันทึกข้อมูลและรหัสโครงการพิเศษ INJDTO ในโปรแกรม e-Claim

4) จ่ายตามอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ

19. การเบิกจ่ายกรณีเด็กแรกเกิดทั้งป่วยและไม่ป่วย

1) ส่งเบิกแยกต่างหากจากค่าใช้จ่ายของมารดา

2) ขอเลขอนุมัติ โดยใช้เลขบัตรประจำตัวประชาชนของบิดาหรือมารดา ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิ อปท. ในโปรแกรม NHSO Client และให้ผู้มีสิทธิรับรองสถานะบุตร ตามแบบแจ้งการขอใช้สิทธิรับเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลให้กับบุตร (แบบ 7141) ตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค 0422.2/ว 327 ลงวันที่ 13 กันยายน 2556 และเก็บเป็นหลักฐานไว้ในเวชระเบียน

3) กรณีไม่สามารถขอเลขอนุมัติได้ ให้บิดาหรือมารดาไปแจ้งเกิด และใช้หนังสือรับรองสิทธิ มาขอเลขอนุมัติในโปรแกรม NHSO Client

4) ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e-Claim ให้ใช้รหัสบัตรประชาชนของผู้มีสิทธิในการเบิก โดยระบุรหัสโครงการพิเศษ Z38000

5) จ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้อัตราตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 330 9/14/17 9:04 AM

6) ให้เบิกในกรณีเด็กแรกเกิดเท่านั้น มิให้เบิกในกรณีที่มีจำหน่ายออกจากสถานพยาบาลแล้ว และมีการเข้ารับบริการในภายหลัง

20. การเบิกจ่ายกรณีการรักษาโรคมะเร็ง

กรณีผู้ป่วยใน จ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ซึ่งปรับด้วยค่าสัมประสิทธิ์คูณอัตราจ่ายของสถานพยาบาล แล้วจ่ายค่ายามะเร็งเพิ่มเติม ตามสูตรการคำนวณ ดังนี้

สูตรการคำนวณ (Adj.rw X ccuf X อัตราจ่าย) + ค่ายามะเร็ง (จ่ายตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บและไม่เกินอัตราราคาของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง)

21. การตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการส่งเสริมป้องกันโรค มิใช่การรักษาพยาบาล ซึ่งกำหนดยกเว้นเป็นกรณีพิเศษให้เฉพาะผู้มีสิทธิ (ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ) สามารถเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีได้ปีละ 1 ครั้ง ตามรายการและอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนดไว้ในรายละเอียดแนบท้าย

1) การตรวจแบ่งเป็น 2 ช่วงอายุ คือ ผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ ตรวจได้ 7 รายการ และผู้มีอายุมากกว่า 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตรวจได้ 16 รายการ โดยมีสิทธิเบิกปีละ 1 ครั้ง ตามปีงบประมาณ

2) เบิกได้เฉพาะผู้มีสิทธิ ซึ่งประกอบด้วย ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ ไม่รวมถึงบุคคลในครอบครัว

หมายเหตุ การเบิกค่ารักษาพยาบาลในการตรวจสุขภาพประจำปี สามารถเบิกจ่ายตรงได้เฉพาะในสิทธิอปท. เท่านั้น หากเป็น**สิทธิข้าราชการ ต้องใช้ใบเสร็จรับเงินเพื่อนำไปเบิกจ่ายกับส่วนราชการต้นสังกัด**

22. การเบิกจ่ายกรณีการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีการบำบัดรักษาโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนจีน จะต้องเป็นกรณีเพื่อการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ มิใช่กรณีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยศาสตร์นั้นๆ ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค.0422.2/ว 447 ลงวันที่ 12 พฤศจิกายน 2558

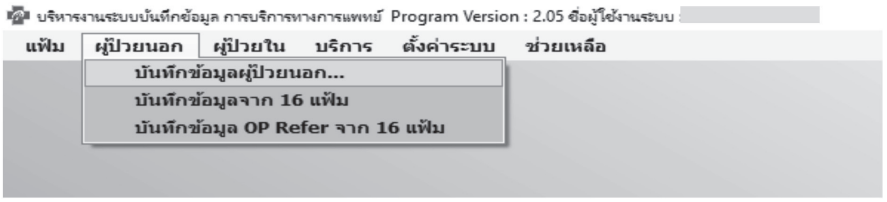
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 331 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 332 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก 4

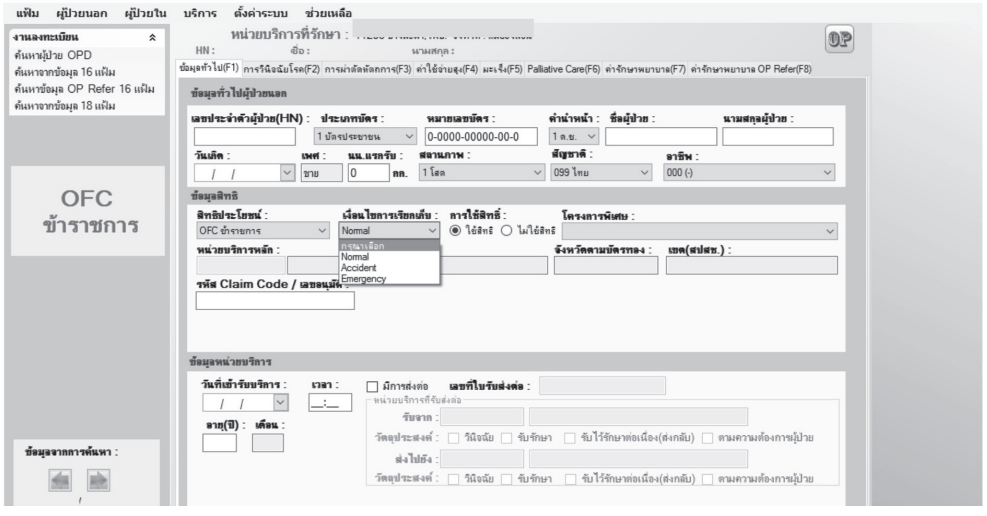
การบันทึกข้อมูลสิทธิข้าราชการ สำหรับสถานพยาบาล นอกเหนือ 168 แห่งและ สิทธิพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก



1. การบันทึกข้อมูลในหน้าจอข้อมูลทั่วไป (F1)

1. บันทึกข้อมูลทั่วไป
2. การเลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บ ให้เลือกตามอาการที่เข้ารับบริการ Normal/Accident/Emergency
3. ในช่องรหัส Claim code ให้บันทึกรหัสเบิกจ่ายตรง หรือ เลขอนุมัติ
4. กรณีเป็นผู้อาศัยสิทธิ บันทึกเลขบัตรประชาชน และ ชื่อ สกุล ของผู้มีสิทธิเบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด

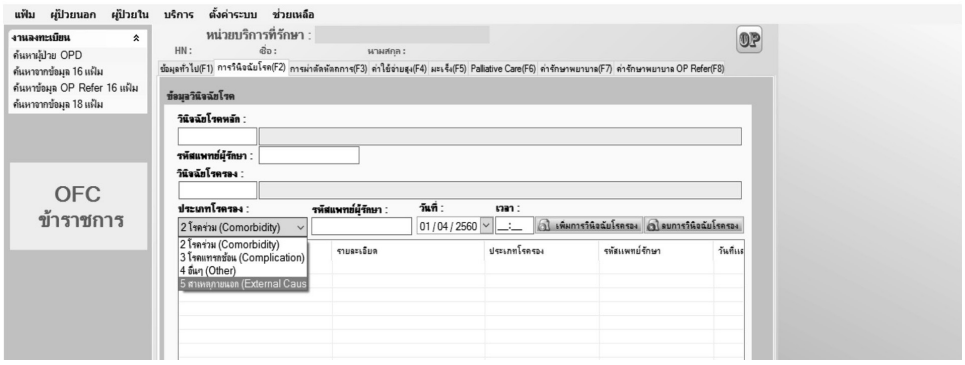


ภาพที่ 1 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก

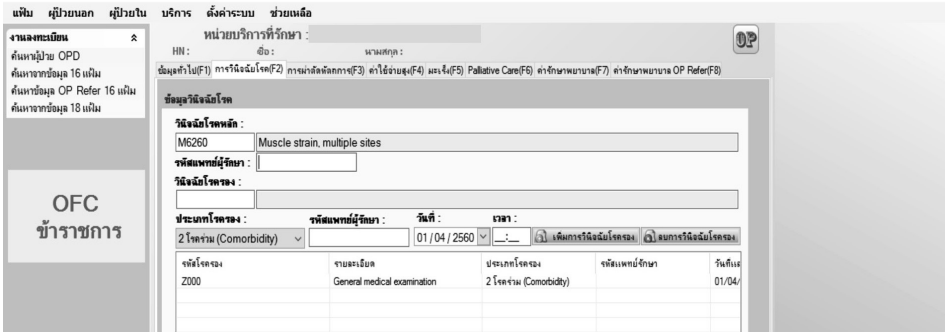
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 333 9/14/17 9:04 AM

2. การบันทึกหน้าจอการวินิจฉัยโรค (F2)

การบันทึกรหัสโรคตามการวินิจฉัยของแพทย์



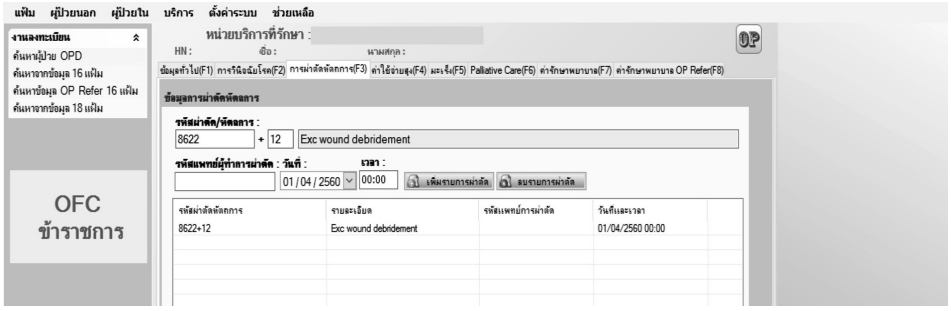
ภาพที่ 2 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก



ภาพที่ 3 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก

3. การบันทึกหน้าจอการผ่าตัดหัตถการ (F3)

ถ้ามีการทำผ่าตัดหรือหัตถการ ให้บันทึกรหัสการผ่าตัดหัตถการตามที่มีการให้บริการ กรณีมีการทำหัตถการเดียวกันมากกว่า 1 ครั้ง ให้บันทึกรหัส extension code มาด้วย

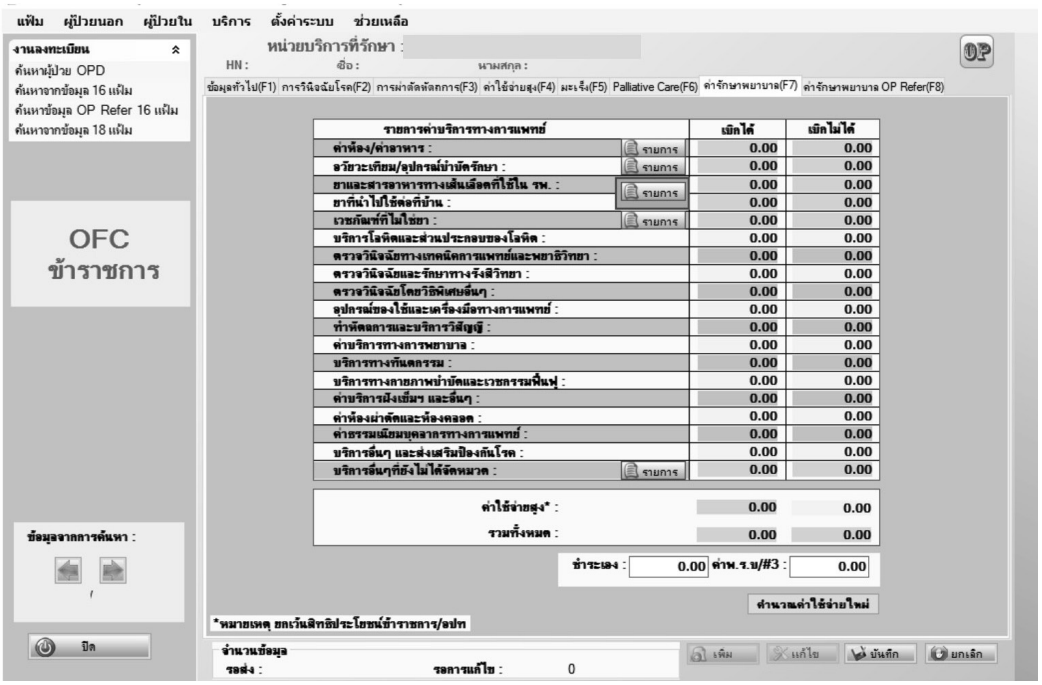


ภาพที่ 4 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 334 9/14/17 9:04 AM

4. การบันทึกค่ารักษาพยาบาล (F7)

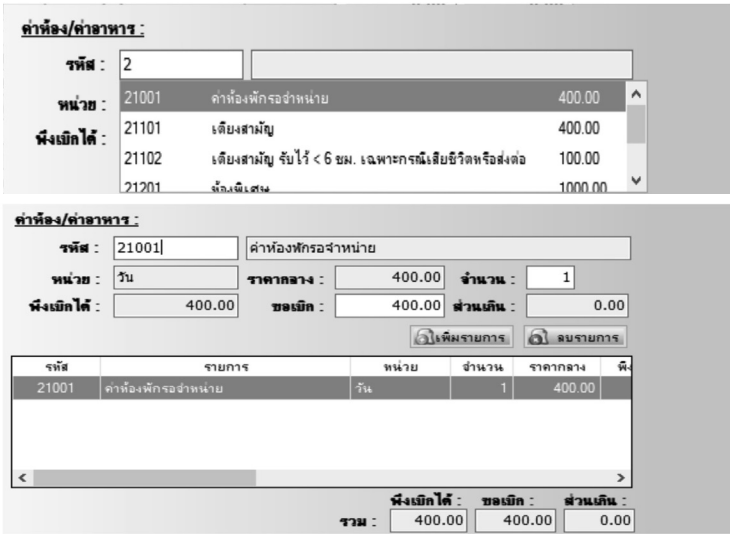
ให้บันทึกค่ารักษาพยาบาลแยกตามรายหมวด



ภาพที่ 5 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก

4.1 การบันทึกค่าห้อง ค่าอาหาร

1. บันทึกเลือกรหัสรายการเบิกจ่ายค่าห้อง ค่าอาหาร
2. บันทึกจำนวนวัน และจำนวนเงินที่ขอเบิก

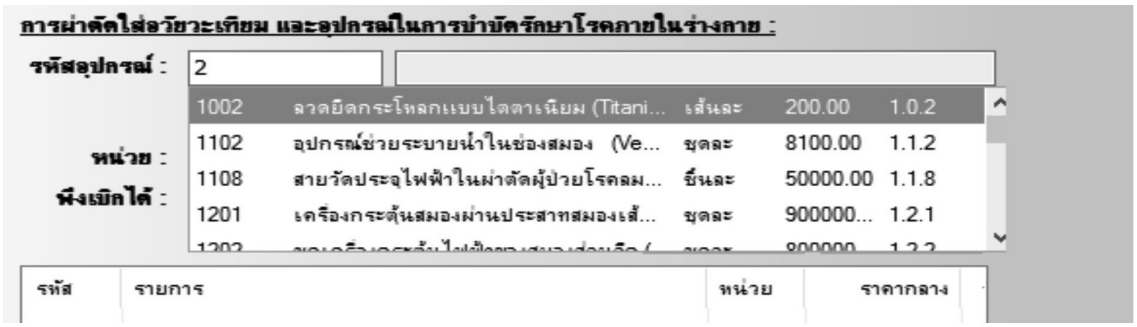


ภาพที่ 6 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก

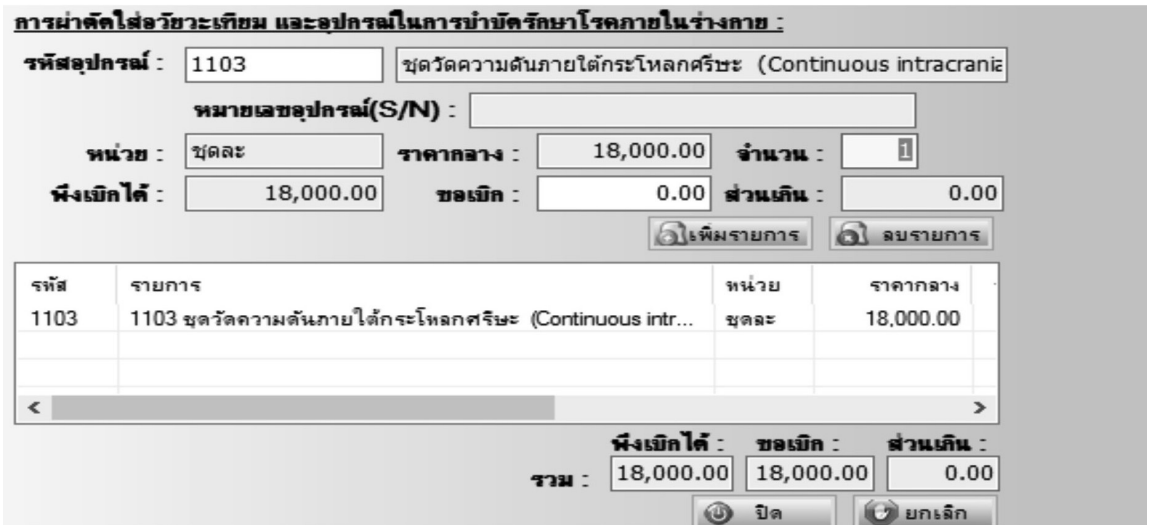
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 335 9/14/17 9:04 AM

4.2 การบันทึกอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

1. บันทึกเลือกรหัสรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
2. บันทึกจำนวนอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ และจำนวนเงินที่ขอเบิก



ภาพที่ 7 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก

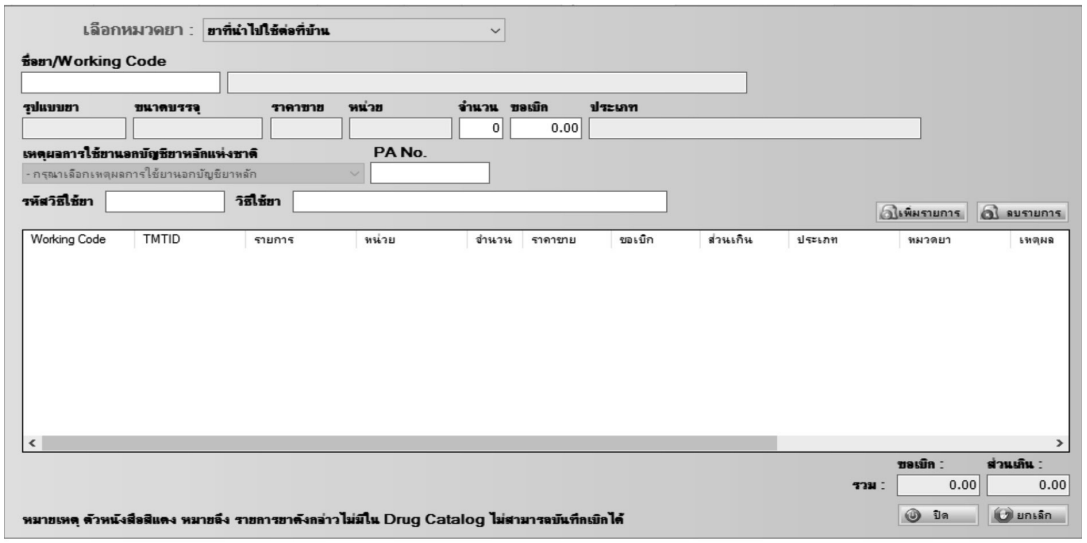


ภาพที่ 8 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก

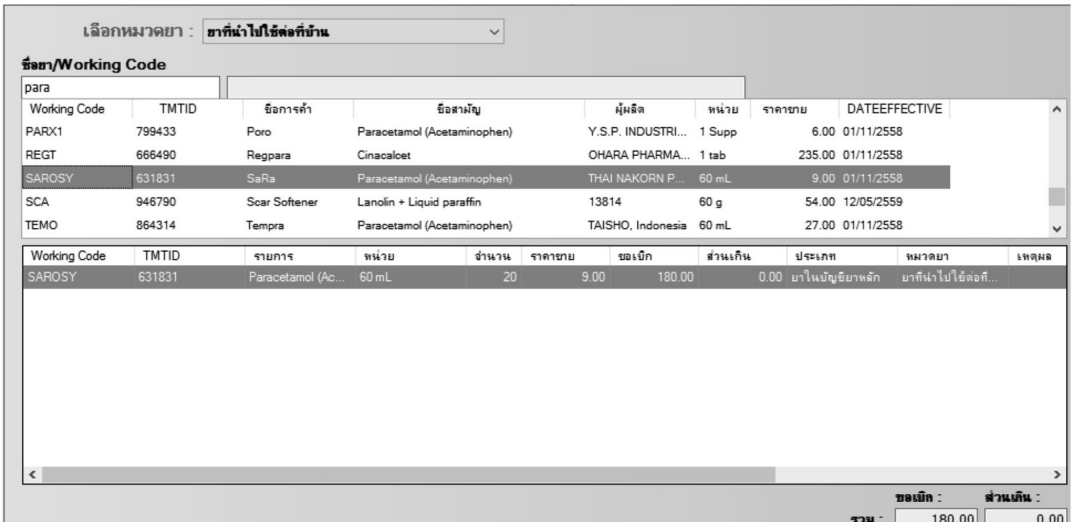
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 336 9/14/17 9:04 AM

4.3 การบันทึกรายการยาและสารอาหารที่ใช้ใน รพ.

1. บันทึกเลือกรายการยาและสารอาหารที่ใช้ใน รพ.
2. บันทึกจำนวนรายการยา และจำนวนเงินที่ขอเบิก



ภาพที่ 9 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก

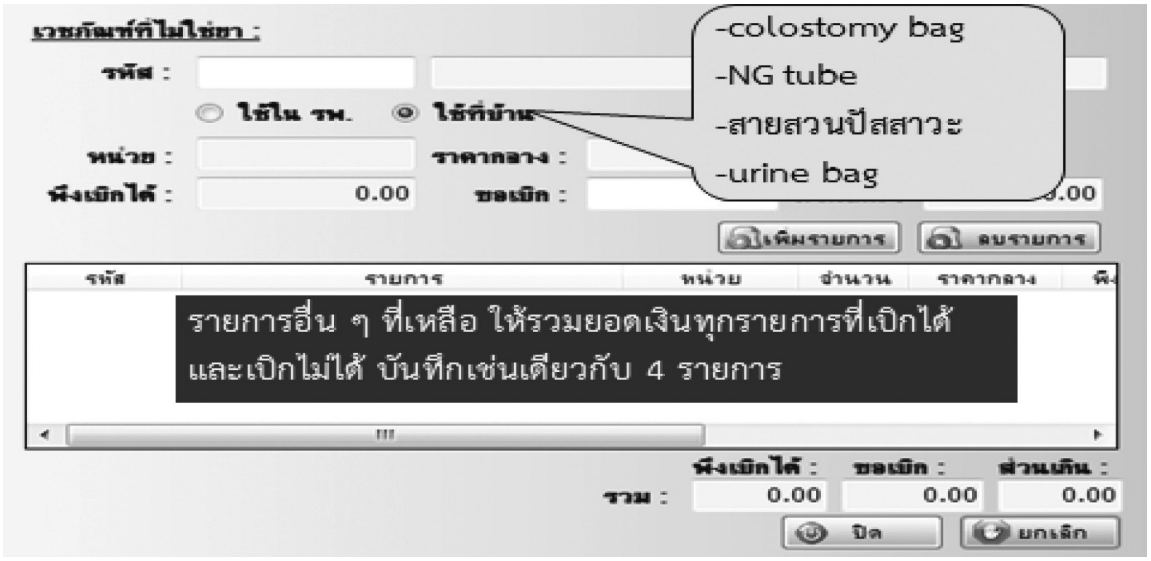


ภาพที่ 10 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก

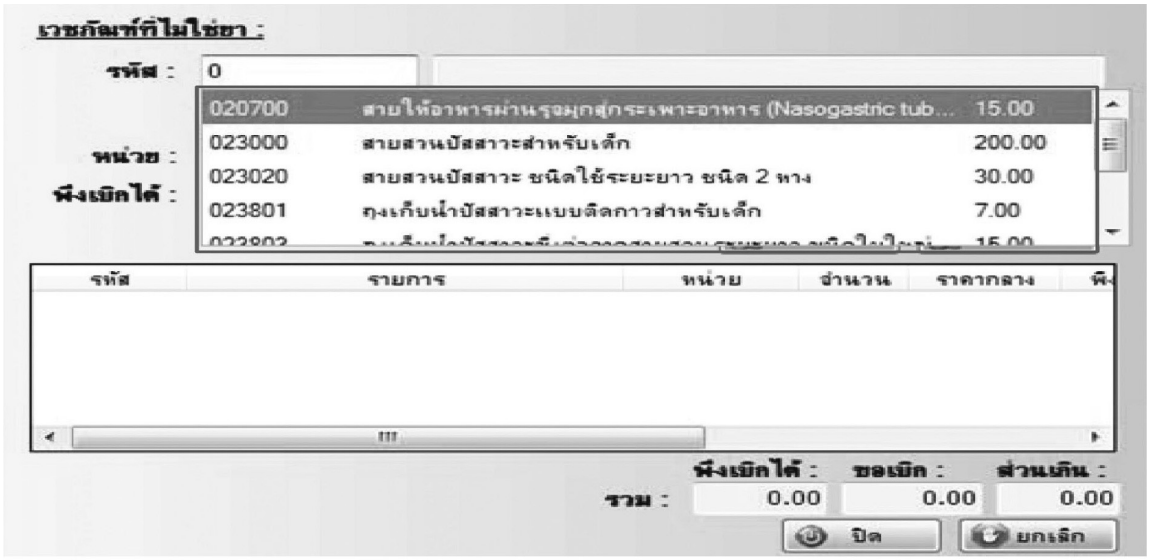
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 337 9/14/17 9:04 AM

4.4 การบันทึกเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา สำหรับนำไปใช้ที่บ้าน

1. บันทึกเลือกประเภทของเวชภัณฑ์ ระบุใช้ที่บ้าน
2. รหัสรายการเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา
3. บันทึกจำนวน และจำนวนเงินที่ขอเบิก



ภาพที่ 11 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก



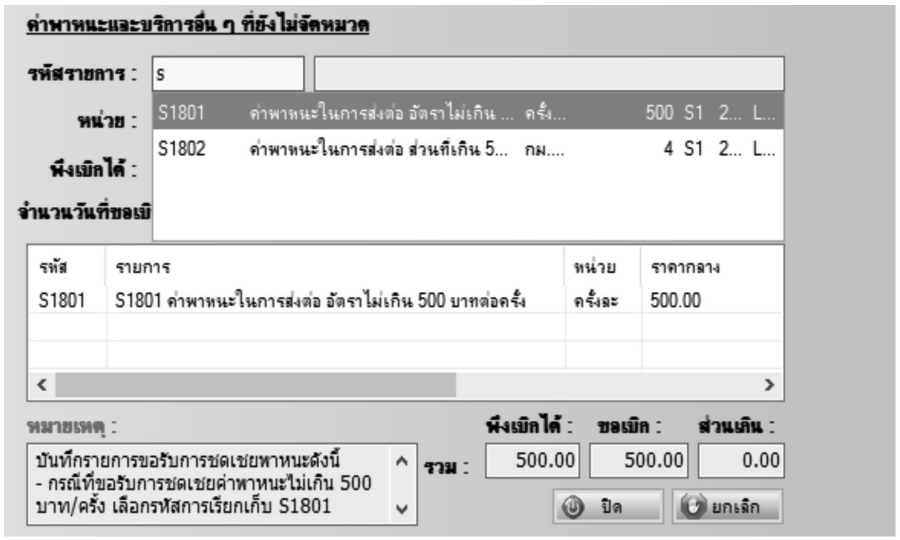
ภาพที่ 12 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 338 9/14/17 9:04 AM

4.5 การบันทึกกรณีบริการอื่น ๆ ที่ยังไม่จัดหมวด

4.5.1 การบันทึกเบิกค่าพาหนะ

1. บันทึกเลือกรายการค่าพาหนะ
2. บันทึกจำนวนระยะทาง และจำนวนเงินที่ขอเบิกตามที่กำหนด



ภาพที่ 13 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก

4.5.2 การบันทึกกรณีบริการอื่น ๆ ที่ยังไม่จัดหมวด ได้แก่ กรณีวางแผนครอบครัวกึ่งถาวรในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี (ฝังคุมกำเนิดและใส่ห่วง)

1. บันทึกเลือกรายการ**ฝังคุมกำเนิดและใส่ห่วง**
2. บันทึกจำนวน และจำนวนเงินที่ขอเบิกตามที่กำหนด



ภาพที่ 14 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 339 9/14/17 9:04 AM

4.5.3 การบันทึกกรณีตรวจสุขภาพประจำปี (สิทธิพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

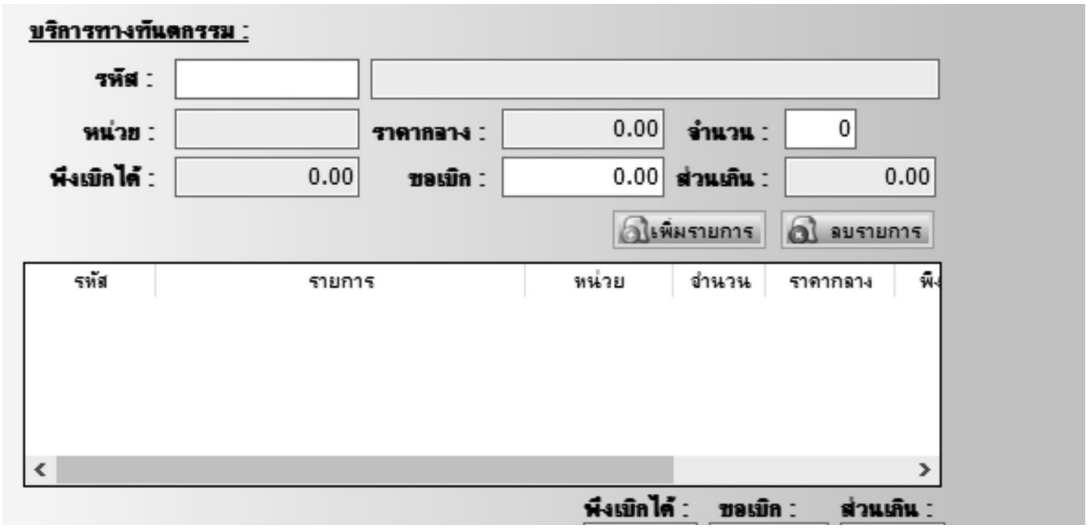
1. บันทึกเลือกรายการค่าบริการตรวจสุขภาพประจำปี
2. บันทึกจำนวน และจำนวนเงินที่ขอเบิกตามที่กำหนด



ภาพที่ 15 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก

4.6 การบันทึกกรณีบริการทางทันตกรรม (หมวด 13)

1. บันทึกบริการทางทันตกรรม
2. บันทึกจำนวน และจำนวนเงินที่ขอเบิกตามที่กำหนด



ภาพที่ 16 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอ

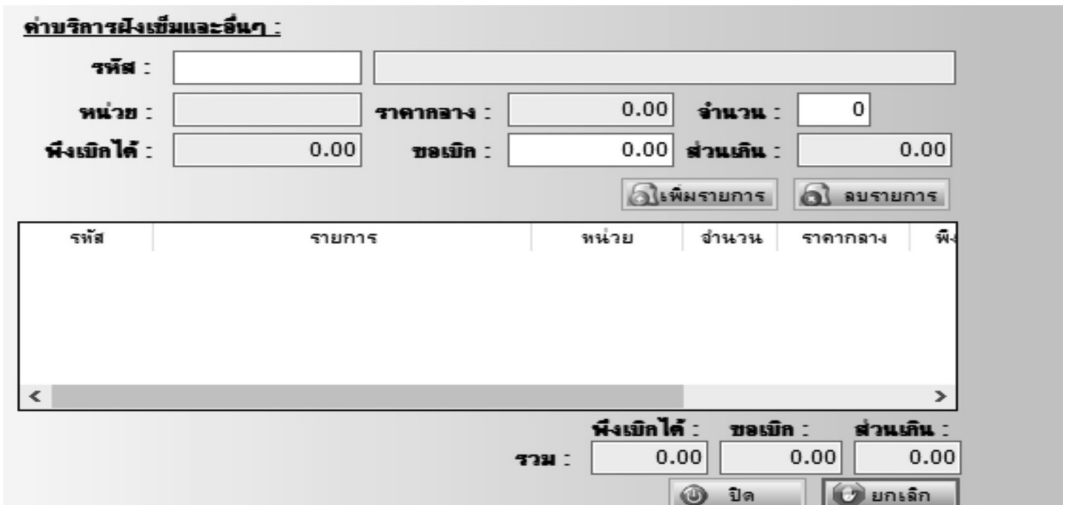
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 340 9/14/17 9:04 AM



ภาพที่ 17 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก

4.7 การบันทึกกรณีบริการฝังเข็มและอื่นๆ (หมวด 15)

1. บันทึกบริการฝังเข็มและอื่นๆ
2. บันทึกจำนวน และจำนวนเงินที่ขอเบิกตามที่กำหนด



ภาพที่ 18 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก

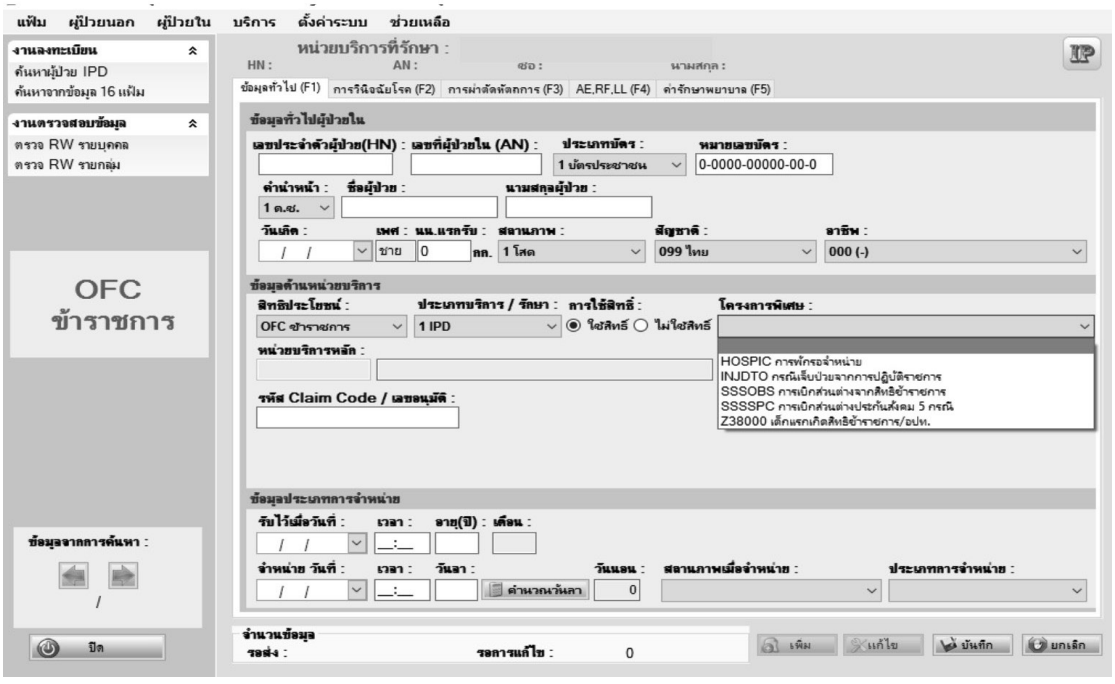
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 341 9/14/17 9:04 AM



ภาพที่ 19 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก

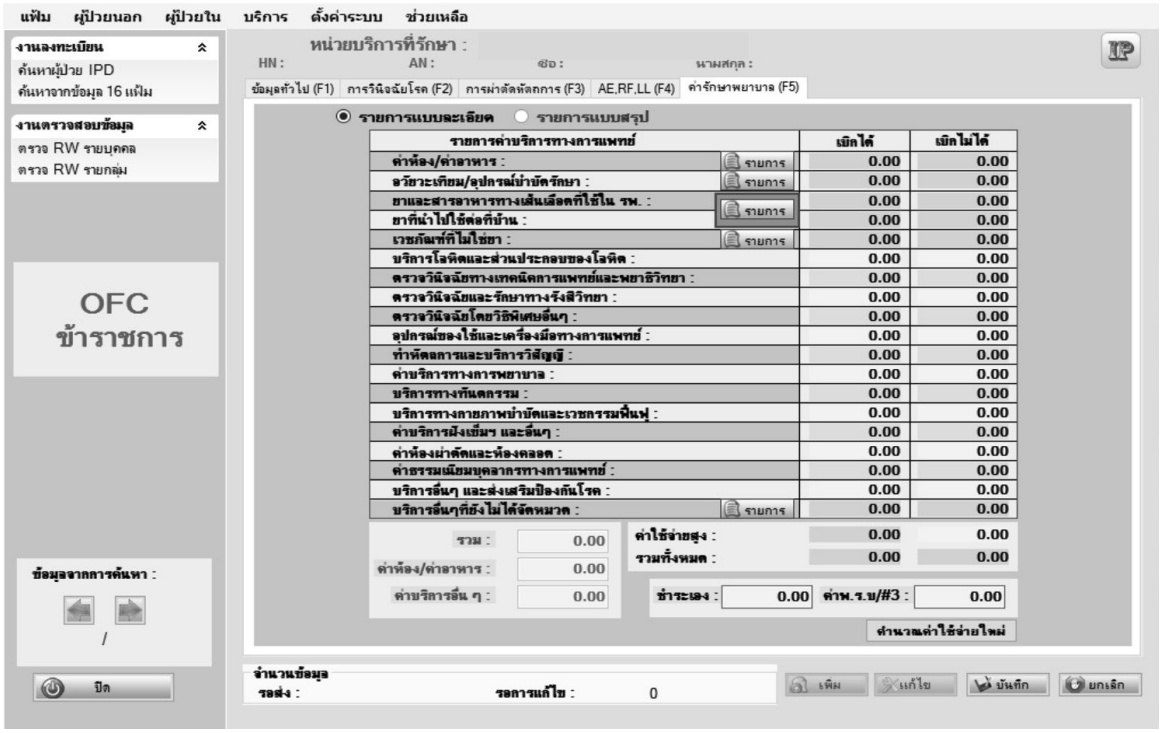
การบันทึกข้อมูลกรณีผู้ป่วยใน

1. บันทึกข้อมูลทั่วไปในหน้า F1
2. บันทึกรหัสโรค รหัสหัตถการ ในหน้า F2 และ F3
3. บันทึกค่ารักษาพยาบาลแยกรายหมวด ในหน้า F5



ภาพที่ 20 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 342 9/14/17 9:04 AM



ภาพที่ 21 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน

4. การบันทึกข้อมูลกรณีผู้ป่วยพักรอจำหน่าย

5. กรณีการได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการ

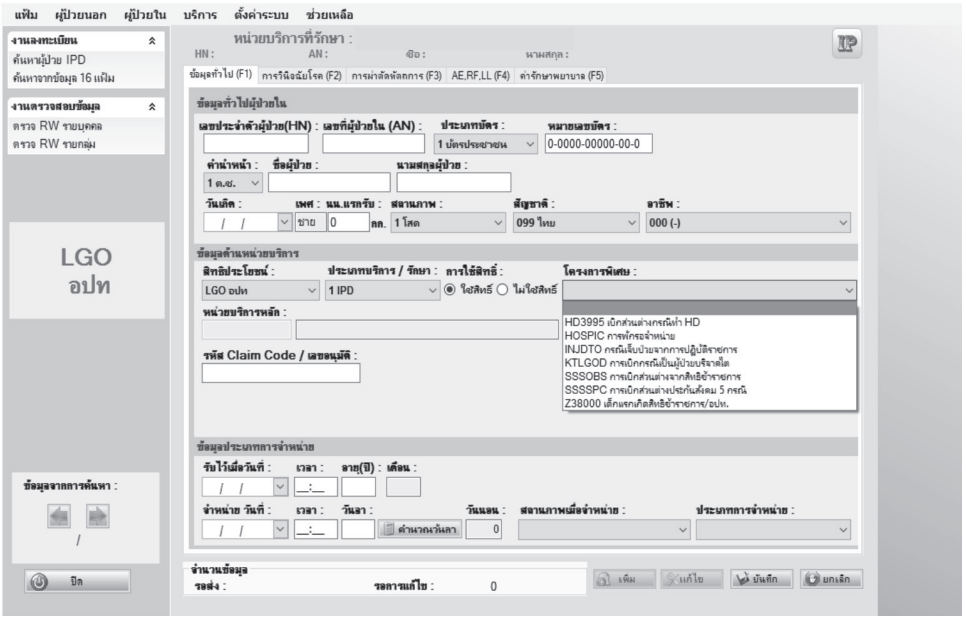
6. การบันทึกข้อมูลการเบิกส่วนเกินของสิทธิประกันสังคม

7. การบันทึกข้อมูลกรณีการเปลี่ยนถ่ายไต สำหรับผู้บริจาคสิทธิอื่น

กรณีสิทธิอปท. ต้องบันทึกข้อมูลรหัสโครงการพิเศษตามที่กำหนด ดังนี้

- การบันทึกข้อมูลกรณีผู้ป่วยพักรอจำหน่าย = HOSPIC
- กรณีการได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการ = INJDTO
- การบันทึกข้อมูลการเบิกส่วนเกินของสิทธิประกันสังคม (กรณีส่วนต่างค่าคลอด=SSSOBS, ส่วนต่างค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม = HD3995, ส่วนต่างกรณีอื่นๆ = SSSSPC)
- การบันทึกข้อมูลกรณีการเปลี่ยนถ่ายไต สำหรับผู้บริจาคสิทธิอื่น กรณีสิทธิอปท. = KTLGOD

M100.indd 343 9/14/17 9:04 AM



ภาพที่ 22 แสดงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน

การบันทึกข้อมูลกรณีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ต้องระบุเหตุผลที่ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ (EA-EF) ในหมวดค่ายา ดังนี้

EA = เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา หรือแพ้ยาที่สามารถใช้ได้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

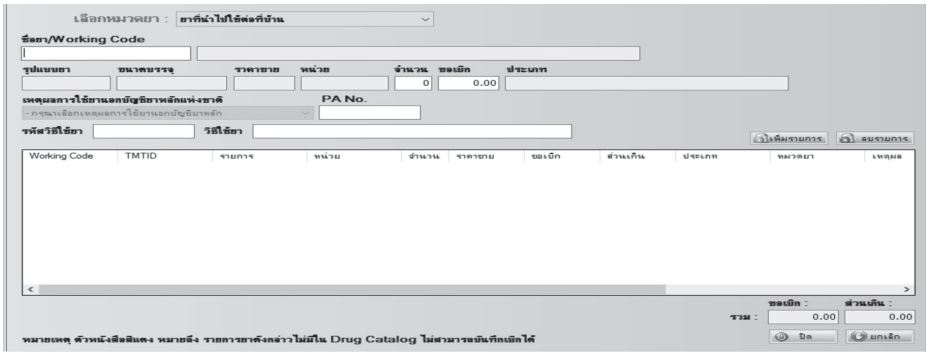
EB = ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย แม้ว่าได้ใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว

EC = ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการใช้ยานี้ ตามข้อบ่งใช้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ED = ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาในบัญชีอย่างสัมบูรณ์ (absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามการใช้ยาบัญชีร่วมกับยาอื่น (contraindicated/serious/major drug interaction) ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

EE = ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)

EF = ผู้ป่วยแสดงความจำนงต้องการ (เบิกไม่ได้)



ภาพที่ 23 แสดงการบันทึกข้อมูลยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 344 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก 5

ภาคผนวก 5.1

แบบแสดงความประสงค์ให้บริการดูแล รักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟัน และผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ ๒๕๖๑

(สำหรับหน่วยบริการ)

เลขที่...../...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรื่อง ขอแสดงความประสงค์ให้บริการดูแล รักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟัน และผ่าตัดสำหรับผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต.....

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาล..... มีความประสงค์และยินดีเข้าร่วมดำเนินงานตามแผนงาน ตามรายละเอียดดังนี้

[ ] หน่วยบริการผ่าตัด แก้ไขความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่

[ ] หน่วยบริการฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องด้านการแก้ไขปัญหาการสบฟัน

[ ] หน่วยบริการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด

ทั้งนี้ โรงพยาบาล..... ตกลงดำเนินงาน พร้อมทั้งปฏิบัติตามเงื่อนไขการจ่ายเงินและเงื่อนไขการประชาสัมพันธ์ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดทุกประการ กรณีที่ดำเนินงานไม่แล้วเสร็จหรือไม่ส่งผลการดำเนินงานภายในกำหนดเวลา ยินยอมให้สำนักงานหักเงินพึงจ่าย เพื่อหักกลบลบหนี้ได้

ลงชื่อ.....ผู้บริหารหน่วยงาน

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 345 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก 5.2

แบบฟอร์ม ขอ Username/Password สำหรับ Case/Disease Manage กรณีบริการดูแลรักษาฟื้นฟู การแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟันและการผ่าตัดหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

ชื่อหน่วยงาน.....
ที่อยู่.....

ที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอ Username/Password สำหรับ Case/Disease Manage กรณีบริการดูแลรักษาฟื้นฟู การแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟันและการผ่าตัดหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๕๘

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ..... ฉบับ
สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรพนักงาน จำนวน ..... ฉบับ

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดให้มีโครงการบริหารจัดการโรคเฉพาะ (Disease Management Initiative) โครงการพัฒนา ดูแลรักษาฟื้นฟู การแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟันและการผ่าตัดหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๙ เป็นต้นมานั้น โดยหน่วยบริการในแต่ละแห่งจะมี Case/Disease Manager เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบริหารจัดการและประสานการดำเนินงานตามโครงการฯ รวมทั้งเป็นผู้มีสิทธิในการเข้าโปรแกรมระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยในโครงการฯ โดยจะได้รับ Username/Password จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั้น

ชื่อหน่วยงาน.....ขอแจ้งรายชื่อผู้รับผิดชอบเป็น Case/Disease Manager ประจำหน่วยบริการ เพื่อขอรับ Username/Password ดังนี้ (หลักฐานประกอบตามสิ่งที่ส่งมาด้วย)

- ✓ ชื่อผู้รับผิดชอบ :
- ✓ ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน :
- ✓ เลขประจำตัว 13 หลัก :
- ✓ รหัสหน่วยงานที่ปฏิบัติ :
- ✓ โทรศัพท์ ที่ทำงาน :
- ✓ โทรศัพท์มือถือ :
- ✓ E-mail Address :

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา
ขอแสดงความนับถือ

.....
(ชื่อตัวบรรจงของผู้บังคับบัญชา)
ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา/ชื่อหน่วยงานที่ขอ
หมายเลขโทรศัพท์.....
หมายเลขโทรสาร.....

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 346 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก
5.3

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๒-๔ อาคารรวมหน่วยงานราชการ " ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ "
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐ โทรศัพท์ ๐๒ ๑๔๑ ๔๐๐๐ โทรสาร ๐๒ ๑๔๓ ๙๗๓๐

ที่ สปสช. ๒.๕๗/.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

เรื่อง ขออนุมัติการใช้ Maxillary distractor สำหรับผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....
อ้างถึง หนังสือที่.....

ตามที่.....ได้ขออนุมัติการใช้ Maxillary distractor สำหรับผู้มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดจำนวน...ราย(รายละเอียดตามอ้างถึง) เป็นของผู้ป่วยดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	เลขประจำตัวประชาชน	เลขที่ลงทะเบียนใน DMIS	สิทธิการรักษา	วันที่นัดทำผ่าตัด

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พิจารณาจากเอกสารสำเนาเวชระเบียนแล้วเห็นสมควร

☐ อนุมัติให้มีการใช้ Maxillary distractor สำหรับผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ที่มีข้อบ่งชี้ และต้องดำเนินการให้ตรงตามแผนการดำเนินการใช้อุปกรณ์ Maxillary distractor และส่งเบิกเพื่อขอชดเชยการใช้อุปกรณ์ Maxillary distractor ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๑
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาโปรดพิจารณาทราบและดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
โทรศัพท์ .....
โทรสาร .....
ผู้รับผิดชอบ .....

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 347 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก
5.4

แบบฟอร์มหนังสือรับรองการใช้ Maxillary distractor สำหรับหน่วยบริการ
หนังสือรับรองการใช้ Maxillary Distractor

ชื่อผู้ป่วย..... นามสกุล..... HN.....

๑. สิทธิการรักษาพยาบาล เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (กุมารแพทย์ /ศัลยแพทย์ตกแต่ง/ทันตแพทย์ศัลยศาสตร์ช่องปากและขากรรไกร)

๓. มีข้อบ่งชี้ที่จำเป็นต้องใช้ Maxillary distractor ดังนี้
"เป็นการยืดกระดูกผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีกระดูกขากรรไกรบนมีขนาดเล็กผิดปกติ (Severe maxillary hypoplasia) ทั้งในแนวหน้าหลังและ/หรือแนวขวาง"

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้สั่ง

วันที่.....

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 348 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก 5.5

แบบฟอร์มขอรับการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีอุปกรณ์ Maxillary distractor สำหรับหน่วยบริการ

ที่.....

ชื่อหน่วยงาน.....
ที่อยู่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอรับการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณี อุปกรณ์ Maxillary distractor

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อ้างถึง หนังสือ สปสช.ที่ ๒.๕๗/..... ลงวันที่.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย (๑) สำเนาหนังสือขออนุมัติการใช้ Maxillary distractor จำนวน ฉบับ

(๒) สำเนาเวชระเบียนหลังการรักษาผู้ป่วยกรณี Maxillary distractor จำนวน ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้อนุมัติให้ใช้ Maxillary distractor สำหรับการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด ในผู้ป่วยชื่อ..... .....รหัสประจำตัวประชาชน..... นั้น

ในการนี้.....(หน่วยบริการ).....ได้ให้การรักษาด้วยอุปกรณ์ Maxillary distractor ในผู้ป่วยรายดังกล่าวเสร็จสิ้นแล้ว จึงขอรับการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ เป็นจำนวนเงิน ๒๐๐,๐๐๐ บาท (สองแสนบาทถ้วน) รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย (๑) และ (๒)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(ชื่อตัวบรรจงของผู้บังคับบัญชา)

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา/ชื่อหน่วยงานที่ขอ

<u>หมายเหตุ</u> : สิ่งที่ส่งมาด้วย (๑) สำเนาหนังสือขออนุมัติการใช้ Maxillary distractor นั้น ต้องเป็นสำเนาหนังสือขออนุมัติการใช้ Maxillary distractor ที่ได้รับการอนุมัติและลงนามโดยผู้บริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น

หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....ผู้รับผิดชอบ.....

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 349 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 350 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก 6

ภาคผนวก 6.1



ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรับปรุงแก้ไข กฎ ระเบียบ จึงต้องปรับปรุงหลักเกณฑ์การเข้ารับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน จากสถานบริการ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของสถานบริการ เพื่อให้ผู้มีสิทธิเข้าถึงการบริการสาธารณสุขในกรณีดังกล่าวได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบมติคณะรัฐมนตรี ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต เมื่อวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๐ และมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ ๖/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๐ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๐”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๕

(๒) ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๘

ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

“ผู้มีสิทธิ”...

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 351 9/14/17 9:04 AM

"ผู้มีสิทธิ" หมายความว่า บุคคลที่มีสิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

"กองทุน" หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"สำนักงาน" หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ ผู้มีสิทธิที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่ กรณีที่มีเหตุสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้มีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และสถานบริการที่ให้บริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินตามวรรคหนึ่ง ให้แยกระดับตามความฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน หรือผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

ข้อ ๖ สถานบริการที่ให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้แจ้งสำนักงานทราบโดยเร็ว และให้สถานบริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ดังนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมง จ่ายในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(๒) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมงนับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต กรณีที่ไม่สามารถย้ายกลับเข้าระบบหน่วยบริการได้ เนื่องจากยังไม่พ้นภาวะวิกฤตหรือกรณีไม่มีเตียงรับย้าย สถานบริการมีสิทธิเรียกเก็บจากสำนักงานตามอัตราค่ารักษาพยาบาลของสถานบริการหรือตามข้อตกลงระหว่างสถานบริการกับสำนักงาน

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ หรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน

ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถย้ายเข้าระบบหน่วยบริการได้ แต่ปฏิเสธไม่ขอย้าย ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อไปเอง

ข้อ ๗ เพื่อ...

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 352 9/14/17 9:04 AM

ข้อ ๗ เพื่อประโยชน์ในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของสถานบริการ ให้นำประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต มาบังคับใช้โดยอนุโลม

ข้อ ๘ สถานบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง มีหน้าที่แจ้งการเข้ารับบริการให้สำนักงานทราบทันทีหรือโดยเร็วภายในยี่สิบสี่ชั่วโมง เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น พิจารณารับย้ายผู้ป่วย โดยให้สถานบริการอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้ป่วย และให้สถานบริการนั้น มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ดังนี้

(๑) ผู้ป่วยนอก มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่รวมแล้วไม่เกิน ๗๐๐ บาทต่อครั้ง

(๒) ผู้ป่วยใน มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) ค่ารักษาพยาบาล ค่าห้องและอาหาร ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน รายละ ๔,๕๐๐ บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง หรือ

(ข) กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดไม่เกินสองชั่วโมง ให้ได้รับตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ ๘,๐๐๐ บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง หรือ

(ค) กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดเกินกว่าสองชั่วโมง หรือกรณีต้องมีการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit : ICU) ให้ได้รับตาม จำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละ ๑๔,๐๐๐ บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

(๓) ค่ารถพยาบาล หรือเรือพยาบาลนำส่งผู้ป่วยที่ประสงค์จะย้ายไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหรือหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำเห็นชอบ จะจ่ายในอัตราตามประกาศว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณนั้น

การเปลี่ยนแปลงอัตราค่าใช้จ่ายใน (๑) - (๓) ให้เป็นไปตามที่สำนักงานประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนหรือผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง สามารถย้ายเข้าระบบหน่วยบริการได้ แต่ปฏิเสธไม่ขอย้าย หรือเป็นค่าใช้จ่ายส่วนเกิน (๑) - (๓) ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

ข้อ ๙ กรณีที่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นไม่สามารถรับย้ายผู้ป่วยตามข้อ ๘ วรรคหนึ่งได้ ให้หน่วยบริการประจำหรือสำนักงาน รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการแจ้งขอย้ายครบยี่สิบสี่ชั่วโมงเป็นต้นไป และสถานบริการมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากสำนักงานตามอัตราค่ารักษาพยาบาลของสถานบริการนั้น หรือตามข้อตกลงระหว่างสถานบริการกับสำนักงาน ซึ่งสำนักงานจะจ่ายจากเงินกองทุน แทนหน่วยบริการประจำ

ข้อ ๑๐ ผู้มีสิทธิ...

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 353 9/14/17 9:04 AM

ข้อ ๑๐ ผู้มีสิทธิที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการหรือจากสำนักงาน ให้เข้ารับบริการสาธารณสุขจากสถานบริการได้ ถือเป็นกรณีที่มีเหตุสมควร และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นได้รับค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อหรือจากกองทุน แล้วแต่กรณี ทั้งนี้ ในอัตราค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙

เหตุสมควรอื่นนอกจากวรรคหนึ่ง และอัตราค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามที่สำนักงานประกาศกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๑๑ การส่งข้อมูลและวิธีการบันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ให้สถานบริการบันทึกรายละเอียดการขอรับค่าใช้จ่ายตามแบบที่กำหนดและบันทึกข้อมูลเป็นอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน Web online พร้อมทั้งแนบเอกสารดังกล่าวเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่าน Web online ด้วย หรือกรณีที่ไม่สามารถบันทึกและส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน Web online ได้ ให้บันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเป็นเอกสาร ทั้งนี้การส่งข้อมูลและการบันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ กรณีที่มีข้อขัดข้องในการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ ให้ผู้มีสิทธิหรือญาติหรือสถานบริการมีหนังสือแจ้งต่อเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีคำวินิจฉัย ทั้งนี้ภายในเก้าสิบวันนับแต่วันที่ทราบข้อขัดข้องดังกล่าว แต่ไม่เกินหนึ่งปีนับจากวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานบริการ

คำวินิจฉัยของเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ถือเป็นที่สุด

กรณีสถานบริการไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ สำนักงานอาจแจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องโดยเร็ว

ข้อ ๑๓ ให้ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้รักษาการตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ปิยะสกล

(นายปิยะสกล สกลสัตยาทร)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 354 9/14/17 9:04 AM

หน้า ๓๒
เล่ม ๑๒๘ ตอนพิเศษ ๑๓๑ ง ราชกิจจานุเบกษา ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๔

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน
และมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน
พ.ศ. ๒๕๕๔

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อให้หน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉิน ในการให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๑ (๑) และมาตรา ๒๙ แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ประกอบกับประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง การลงนามในประกาศ ข้อบังคับ ระเบียบ หรือคำสั่ง ลงวันที่ ๒๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินได้มีมติในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๔ ให้ออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๔”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“ปฐมพยาบาล” หมายความว่า การปฏิบัติการฉุกเฉินที่เริ่มต้นกระทำเพื่อรักษาชีวิตหรือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินขณะรอคอยปฏิบัติการแพทย์จากผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ช่วยเวชกรรม ซึ่งต้องไม่มีการทำหัตถการในร่างกายเว้นแต่การให้ยาสามัญประจำบ้านหรือยาของผู้ป่วยตามที่แพทย์สั่งไว้ และหมายรวมถึงการแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การปฏิบัติการฉุกเฉินที่กระทำตามคำแนะนำของแพทย์หรือผู้ช่วยเวชกรรม และการช่วยบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ ที่เกิดเหตุและขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งการกระทำอื่นใดที่ กพฉ. กำหนดเพิ่มเติมให้เป็นการปฐมพยาบาล

“ปฏิบัติการแพทย์” หมายความว่า การปฏิบัติการฉุกเฉินที่กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับการประเมิน การดูแล การเคลื่อนย้ายหรือลำเลียง การนำส่งต่อ การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาล รวมถึงการเจาะหรือผ่าตัด การใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์ การให้หรือบริหารยาหรือสารอื่น หรือการสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกายผู้ป่วยฉุกเฉิน และให้หมายรวมถึงการรับแจ้งและจ่ายงานให้ผู้ปฏิบัติการอื่นกระทำโดยตรงต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ต้องกระทำตามคำสั่งการแพทย์ด้วย แต่ไม่รวมถึงการกระทำใดอันเป็นการปฐมพยาบาล

“ปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน” หมายความว่า ปฏิบัติการแพทย์ด้วยการใช้อุปกรณ์ หรือเครื่องมือแพทย์และการบริหารยาพื้นฐาน โดยไม่ทำหัตถการในร่างกาย รวมทั้งการกระทำอื่นใดที่ กพฉ. กำหนดเพิ่มเติมให้เป็นปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 355 9/14/17 9:04 AM

“ปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง” หมายความว่า ปฏิบัติการแพทย์ซึ่งต้องมีการบริหารยา การใช้อุปกรณ์การแพทย์ฉุกเฉินที่ซับซ้อน และการทำหัตถการในร่างกายซึ่งเป็นประโยชน์ยิ่งกว่าในการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินได้ แต่หากมีการกระทำอย่างไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมก็อาจก่ออันตรายต่อผู้ป่วยฉุกเฉินได้ยิ่งกว่าด้วย

“การบำบัดเจาะจง” หมายความว่า การบำบัดรักษาอันเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปของวิชาชีพเวชกรรมว่าเป็นวิธีการเจาะจงที่ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินหายหรือพ้นจากภาวะผิดปกติภาวะใดภาวะหนึ่งหรือโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะตามหลักวิชาการของวิชาชีพเวชกรรม

“ปฏิบัติการอำนวยการ” หมายความว่า การปฏิบัติการฉุกเฉินที่ไม่ได้กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วยการจัดการ การประสานงาน การควบคุมดูแล และการติดต่อสื่อสารอันมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการแพทย์ที่ถูกต้อง สมบูรณ์ และทันท่วงที

“คำแนะนำ” หมายความว่า คำชี้แจงให้เข้าใจและให้ทำตามเป็นลำดับขั้นตอนเพื่อผู้แจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือบุคคลอื่นใดอาจปฏิบัติการฉุกเฉินตามได้

“คำสั่งการแพทย์” หมายความว่า คำชี้แจงให้เข้าใจและสั่งให้ทำตามเป็นลำดับขั้นตอนเพื่อให้ผู้ช่วยเวชกรรมปฏิบัติการแพทย์ตาม

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ

“บุคลากรสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ปฏิบัติการซึ่งเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้ประกอบวิชาชีพ” หมายความว่า ผู้ปฏิบัติการซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ซึ่งปฏิบัติการแพทย์ตามอำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ และข้อจำกัดตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพนั้น

“ผู้ช่วยเวชกรรม” หมายความว่า ผู้ปฏิบัติการที่ได้รับมอบหมายให้ทำปฏิบัติการแพทย์โดยที่ไม่ได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ หรือเป็นผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งทำปฏิบัติการแพทย์นอกเหนืออำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ และข้อจำกัดตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพนั้น

“ทรัพยากร” หมายความว่า สิ่งที่ใช้ทางการแพทย์เพื่อการทำปฏิบัติการแพทย์ ตามเกณฑ์ที่ สพฉ. กำหนด

“หัตถการในร่างกาย” หมายความว่า กลวิธีเพื่อการวินิจฉัยและบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์ เจาะหรือผ่าตัด หรือสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกายมนุษย์หรือการแทรกแซงกระบวนการสรีรวิทยาของร่างกายมนุษย์ และหมายรวมถึงการให้หรือบริหารยาหรือสารอื่นเข้าไปในร่างกายมนุษย์ด้วย แต่ไม่รวมถึงการกระทำใดอันเป็นการปฐมพยาบาลและปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน

ข้อ ๔ ให้หน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาลจัดให้มีการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้รับบริการสาธารณสุขเป็นระดับต่าง ๆ ตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 356 9/14/17 9:04 AM

(๑) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว

ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

(๒) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้

ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน

(๓) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้

ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเขียว” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง

(๔) ผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจรอรับหรือเลือกสรรการบริการสาธารณสุขในเวลาทำการตามปกติได้ โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือภาวะแทรกซ้อนตามมา

ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีขาว” สำหรับผู้ป่วยทั่วไป

(๕) ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น ได้แก่ บุคคลซึ่งมารับบริการสาธารณสุขหรือบริการเพื่อผู้อื่นโดยไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร

ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีดำ” สำหรับผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น

ข้อ ๕ ให้หน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาลจัดให้มีบุคลากรสาธารณสุขเพื่อคัดแยกผู้รับบริการสาธารณสุขตามข้อ ๔ ตลอดเวลา รวมทั้งควบคุมและดูแลให้ผู้ปฏิบัติการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วน ดังต่อไปนี้

(๑) จัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามข้อ ๔ (๑) ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินทันที และจัดให้ได้รับปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูงโดยเร่งด่วนที่สุด

(๒) จัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนตามข้อ ๔ (๒) ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินถัดจากผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามข้อ ๔ (๑) และจัดให้ได้รับปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูงโดยเร็ว

(๓) จัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงตามข้อ ๔ (๓) ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินถัดจากผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนตามข้อ ๔ (๒) และจัดให้ได้รับปฏิบัติการแพทย์ตามความจำเป็น

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 357 9/14/17 9:04 AM

(๔) เลือกสรรหรือจัดให้ผู้ป่วยทั่วไปตามข้อ ๔ (๔) ได้รับบริการสาธารณสุขอื่นตามสมควรแก่กรณีหรืออาจอนุโลมให้ใช้ทรัพยากรได้เฉพาะในกรณีจำเป็น โดยให้ได้รับบริการถัดจากผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงตามข้อ ๔ (๓) หรือเมื่อไม่มีผู้ป่วยฉุกเฉิน

(๕) จัดหรือแนะนำให้ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่นตามข้อ ๔ (๕) ได้รับบริการที่ประสงค์จากบุคลากรสาธารณสุขอื่น ในเวลาหรือบริเวณอื่น ซึ่งไม่ได้จัดไว้เพื่อปฏิบัติการแพทย์ ตามความเหมาะสม

ข้อ ๖ นอกจากการจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามข้อ ๕ แล้ว หน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการ มีอำนาจ หน้าที่ ขอบเขต ข้อจำกัด และความรับผิดชอบตามมาตรา ๒๘ และมาตรา ๒๙ แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ รวมทั้งการจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินตามข้อ ๔ (๑) ข้อ ๔ (๒) และข้อ ๔ (๓) ได้รับการบำบัดเจาะจงอย่างทันท่วงทีด้วย

ขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้ถือตามกฎหมาย กฎ คำสั่ง และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดตั้งหรือการได้รับอนุญาต รวมทั้งการดำเนินการและภาระรับผิดชอบของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้น

ข้อ ๗ มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน ทั้งการปฏิบัติการแพทย์และการปฏิบัติการอำนวยการของหน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการ ให้ถือปฏิบัติโดยอนุโลมตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข หรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือตามที่ กพฉ. กำหนดเพิ่มเติม แล้วแต่กรณี

ข้อ ๘ ให้เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๔
ชาตรี เจริญชีวะกุล
เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปฏิบัติหน้าที่แทน
ประธานกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 358 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก 7



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค

พ.ศ. ๒๕๕๙

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงแก้ไขรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมและข้อบ่งชี้ที่ใช้ในการบำบัดโรค รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และ มาตรา ๓๖(๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับข้อ ๒ ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๕๙ ข้อ ๒๗ ข้อ ๒๗.๑ และข้อ ๒๗.๑.๑ – ข้อ ๒๗.๑.๔ ของเอกสารแนบท้ายประกาศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ลงวันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๕๗

(๒) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๘ ลงวันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๕๘

(๓) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๘ ลงวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

ข้อ ๒ รายการ อัตราเพดานราคาชดเชยของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ และข้อบ่งชี้ในการบำบัดโรค ที่สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

(๑) รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม เอกสารแนบท้ายหมายเลข ๑

(๒) รายการเครื่องช่วยสำหรับคนพิการ เอกสารแนบท้ายหมายเลข ๒

(๓) รายการข้อเข่าเทียม เอกสารแนบท้ายหมายเลข ๓

ข้อ ๓ อุปกรณ์ ข้อเข่าเทียม ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดโคโรนารี (STENT) สำนักงานจะส่งให้หน่วยบริการผ่านระบบ VMI (Vender Managed Inventory) ขององค์การเภสัชกรรม

กรณีองค์การเภสัชกรรมไม่สามารถจัดหาอุปกรณ์ตามวรรคหนึ่งได้ สำนักงานอาจจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการ ตามข้อบ่งชี้ในการบำบัดโรค และราคาที่หน่วยบริการจัดซื้อแต่ไม่เกินอัตราเพดานราคาชดเชยที่สำนักงานกำหนด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 359 9/14/17 9:04 AM

ข้อ ๔ บรรดาประกาศ หลักเกณฑ์ หรือคำสั่งอื่นใดที่กำหนดไว้แล้ว ซึ่งขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ข้อ ๕ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 90 ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)
รองเลขาธิการ รักษาการแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 360 9/14/17 9:04 AM

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ.๒๕๕๙
ลงวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๙

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		หมวด ๑ ระบบประสาท			
๑๐๐๐	**๑.๐**	**กระโหลกศีรษะเทียม เยื่อหุ้มสมองเทียมและวัสดุยึดกระโหลก**			
๑๐๐๑		๑.๐.๑ กระโหลกศีรษะเทียม (Cranioplastic implant)	ชุดละ	๔,๐๐๐	
		ลักษณะ แต่ละชุดประกอบด้วยผง Methylmethacrylate ๑ ซอง และ solution ๑ ขวด			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีส่วนของกระดูกกระโหลกขาดหายไป			
๑๐๐๓		๑.๐.๓ เยื่อหุ้มสมองเทียม (Dural substitue)	แผ่นละ	๙,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นแผ่นบาง ๆ ทำจากสารสังเคราะห์หรือเนื้อเยื่อ			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนส่วนที่หายไปหรือปกคลุมสมองหรือไขสันหลัง ในส่วนที่บวมจนไม่สามารถเย็บปิดเยื่อหุ้มสมองได้			
๑๑๐๐	**๑.๑**	**ท่อ/สายต่อจากช่องกระโหลก และวัสดุใช้ในช่องกระโหลก**			
๑๑๐๑		๑.๑.๑ ชุดท่อต่อช่องสมอง (External ventricular drainage system)	ชุดละ	๔,๕๐๐	
		ลักษณะ เป็นชุดเพื่อใช้ระบายน้ำหล่อสมองและไขสันหลังออกสู่ภายนอกร่างกาย ประกอบด้วยท่อต่อเชื่อมสมอง และไขสันหลัง (Ventricular catheter) อุปกรณ์กักเก็บน้ำและท่อต่อเชื่อม			
		ข้อบ่งชี้ น้ำหล่อสมองและไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus) หรือมีเลือดออกในช่องสมอง			
๑๑๐๒		๑.๑.๒ อุปกรณ์ช่วยระบายน้ำในช่องสมอง (Ventriculoperitoneal shunt)	ชุดละ	๘,๑๐๐	
		ลักษณะ เป็นชุดประกอบด้วยสายต่อช่องสมอง กระเปาะสำหรับกดทดสอบ และสายต่อภายในสู่ช่องท้องหรือช่องหัวใจ รวมถึงอุปกรณ์ที่ใช้ต่อสาย (connector)			
		ข้อบ่งชี้ น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus)			
๑๑๐๔		๑.๑.๔ คีบหนีบหลอดเลือดโป่งพองในช่องกะโหลกศีรษะ (Aneurysm clip for Intracranial aneurysm)	อันละ	๖,๗๐๐	
		ลักษณะ เป็นคีมหนีบหลอดเลือดแดงที่โป่งพองผิดปกติ โดยใส่ไว้ในร่างกายตลอดไป			
		ข้อบ่งชี้ เพื่อป้องกันเลือดออกในสมองจากหลอดเลือดแดงโป่งพอง			
		หมวด ๒ ตา หู คอ จมูก			
๒๐๐๐	**๒.๐**	**ลูกตา กระจกตา และเลนส์แก้วตาเทียม**			
๒๐๐๑		๒.๐.๑ลูกตาเทียมทำด้วยพลาสติก (Eye prosthesis)	ข้างละ	๑,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นตาปลอม โดยมีลักษณะเป็นแผ่นสารสังเคราะห์ระบายสี โดยทำจากวัสดุได้หลายชนิด เช่น พลาสติก อคริลิก			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ใส่ในผู้ป่วยที่ไม่มีลูกตาหรือตาฝ่อ			
๒๐๐๒		๒.๐.๒ วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดไม่มีรูพรุน	อันละ	๒๐๐	

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 361 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์คล้ายพลาสติกแข็ง ๆ รูปร่างกลมเรียบ ใส่หลังจากผ่าตัดเอาลูกตาออก			
		ข้อบ่งชี้ ใช้หนุนรับลูกตาเทียมในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผ่าตัดเอาลูกตาออก			
๒๐๐๓		๒.๐.๓ วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดมีรูพรุน (Integrated orbital implant)	อันละ	๑๓,๕๐๐	
		ลักษณะ รูปร่างกลม มีรูพรุน ทำด้วยวัสดุหลายชนิด เช่น Hydroxyapatite ใส่หลังจากผ่าตัดเอาลูกตาออก			
		ข้อบ่งชี้ ใช้หนุนรับลูกตาเทียมในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเอาลูกตาออก และต้องการให้ตาเทียมสามารถกรอกตาได้คล้ายของจริง			
๒๐๐๔		๒.๐.๔ วัสดุเสริมกระดูกเบ้าตา(Orbital implant for orbit)	อันละ	๒,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นแผ่นรองกระดูกเบ้าตาที่แตก สามารถทำได้จากวัสดุหลายชนิด			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยที่กระดูกเบ้าตาแตก เพื่อแทนที่กระดูกที่หัก			
๒๐๐๕		๒.๐.๕ กระจกตาดำเทียม (Corneal prosthesis)	อันละ	๑๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์ มีความใส			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยที่กระจกตา (Cornea) ขุ่น			
๒๐๐๖		๒.๐.๖ เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดพับได้ (Foldable intraocular lens)	อันละ	๒,๘๐๐	
		ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์ใส่แทนเลนส์แก้วตาเพื่อช่วยในการมองเห็น สามารถพับได้			
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตา หรือไม่มีเลนส์แก้วตา			
๒๐๐๗		๒.๐.๗ เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดแข็งพับไม่ได้ (Unfoldable intraocular lens)	อันละ	๗๐๐	
		ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์ใส่แทนเลนส์แก้วตาเพื่อช่วยในการมองเห็น มีเนื้อแข็งไม่สามารถพับได้			
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตา หรือไม่มีเลนส์แก้วตา			
๒๑๐๐	**๒.๑**	**วัสดุ/เครื่องมือพิเศษที่ใช้ในการผ่าตัดตา**			
๒๑๐๑		๒.๑.๑ วัสดุที่ใช้หนุนในลูกตาในการผ่าตัดซ่อมจอประสาทตา (Buckle)	อันละ	๒,๗๐๐	
		ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์คล้ายฟองน้ำหรือแผ่นซิลิโคน			
		ข้อบ่งชี้ ใช้หนุนดันให้ผนังลูกตาสัมผัสจอประสาทตาในกรณีที่เป็นโรคจอประสาทตาลอก หรืออาจใช้ในการผ่าตัดอื่น เช่น โรคหนังตาตก			
๒๑๐๒		๒.๑.๒ ของเหลวสำหรับกดจอประสาทตา (Perfluorocarbon liquid)	หลอดละ	๖,๔๐๐	
		ลักษณะ เป็นของเหลวมีความหนาแน่นสูง			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตาและการผ่าตัดน้ำวุ้นตา			
๒๑๐๓		๒.๑.๓ น้ำมันซิลิโคนสำหรับกดจอประสาทตา (Silicone oil)	หลอดละ	๕,๔๐๐	
		ลักษณะ มีลักษณะเป็นน้ำมันใส			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตาและการผ่าตัดน้ำวุ้นตา			
๒๑๐๔		๒.๑.๔ ก๊าซสำหรับฉีดกดจอประสาทตา(Intraocular gas)	ครั้งละ	๕๐๐	
		ลักษณะ เป็นก๊าซที่ขยายตัวได้และอยู่ในลูกตาได้นาน			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 362 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตาและการผ่าตัดน้ำวุ้นตา			
๒๑๑๓		๒.๑.๑๓ ชุดผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา (Vitrectomy set)	ชุดละ	๙,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นชุดอุปกรณ์ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือตัดน้ำวุ้นลูกตาและอุปกรณ์ช่วยหลายชนิด			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในการผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา			
๒๑๑๕		๒.๑.๑๕ ใบมีดตัดกระจกตา (Corneal trephine)	ชุดละ	๕,๔๐๐	
		ลักษณะ เป็นใบมีดผ่าตัดรูปร่างทรงกระบอกใช้ตัดกระจกตา			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา			
๒๒๐๐	๒.๒	**แว่นตา เลนส์สัมผัส ที่ใช้ใส่หลังจากการผ่าตัดเอาแก้วตาออกเพื่อรักษาต้อกระจก**			
		(กรณีไม่ใส่เลนส์แก้วตาเทียม)			
		ข้อบ่งชี้ รายการ ๒.๒.๑ - ๒.๒.๕ใช้ใส่หลังการผ่าตัดเอาเลนส์แก้วตาออก และไม่ได้ใส่เลนส์แก้วตาเทียม			
๒๒๐๑		๒.๒.๑ แว่นตาสำหรับมองไกล ๑ อัน (Distance eyeglasses)	อันละ	๑,๘๐๐	
๒๒๐๒		๒.๒.๒ แว่นตาสำหรับมองใกล้ ๑ อัน (Near eyeglasses)	อันละ	๑,๘๐๐	
		(สำหรับการผ่าตัด ครั้งที่ ๒ ในตาข้างเดิมให้เปลี่ยนได้เฉพาะเลนส์)	ข้างละ	๙๐๐	
๒๒๐๓		๒.๒.๓ เลนส์สัมผัส ชนิดแข็ง (Hard contact lens)	ข้างละ	๑,๓๐๐	
๒๒๐๔		๒.๒.๔ เลนส์สัมผัส ชนิดครึ่งนุ่มครึ่งแข็ง (Rigid gas permeable lens)	ข้างละ	๑,๘๐๐	
๒๒๐๕		๒.๒.๕ เลนส์สัมผัส ชนิดนิ่ม (Soft contact lens)	ข้างละ	๑,๘๐๐	
๒๔๐๐	๒.๔	**อวัยวะเทียมเกี่ยวกับหู**			
๒๔๐๑		๒.๔.๑ กระดูกหูเทียม ชนิดแยกชิ้น	ชิ้นละ	๒,๗๐๐	
		ลักษณะ เป็นท่อนเล็ก ๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลิมเมอร์ ทำหน้าที่เชื่อมการนำเสียง			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนกระดูกโกลน (Stapes)			
๒๔๐๒		๒.๔.๒ กระดูกหูเทียม ทดแทนกระดูกหูทั้งหมด (Total ossicle reconstruction prosthesis)	ชิ้นละ	๔,๕๐๐	
		ลักษณะ เป็นท่อนเล็ก ๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลิมเมอร์ ลักษณะคล้ายร่ม			
		ข้อบ่งชี้ ใช้เชื่อมระหว่างกระดูกหู หรือเชื่อมกับหูชั้นใน			
๒๔๐๓		๒.๔.๓ กระดูกหูเทียม ทดแทนกระดูกหูบางส่วน (Partial ossicle reconstruction prosthesis)	ชิ้นละ	๔,๕๐๐	
		ลักษณะ เป็นท่อนเล็ก ๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลิมเมอร์			
		ข้อบ่งชี้ ใช้เชื่อมระหว่างกระดูกหูหรือเชื่อมกับหูชั้นใน			
๒๔๐๔		๒.๔.๔ ใบหูเทียม	ข้างละ	๑๐,๘๐๐	
		ลักษณะ ทำจาก Silicone ติดโดยใช้กาว			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ที่ใบหูขาดไม่สามารถตกแต่งกลับมาได้			
๒๖๐๐	๒.๖	**อุปกรณ์เกี่ยวกับจมูก**			
๒๖๐๑		๒.๖.๑ จมูกเทียมชนิดติดกาว	ชิ้นละ	๙,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสารสังเคราะห์ที่มีรูปร่างภายนอกช่องจมูก			

M100.indd 363 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ ใส่หลังผ่าตัดจมูกออกซึ่งมักเป็นรายที่เป็นมะเร็ง ช่วยปกปิดอวัยวะภายในช่องจมูก และแก้ไขความพิการ ผิดรูป			
๒๗๐๐	**๒.๗**	**อุปกรณ์ช่วยการพูด และอุปกรณ์อื่น เกี่ยวกับคอ**			
๒๗๐๑		๒.๗.๑ ฝาครอบช่วยพูด (Speaking valve)	อันละ	๒,๔๐๐	
		ลักษณะ เป็นท่อกลวงทำจากซิลิโคนภายในมีลิ้นให้ลมเข้าออกได้ทางเดียว			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอากล่องเสียงออก เพื่อให้สามารถมีเสียงพูด			
๒๗๐๒		๒.๗.๒ เครื่องช่วยพูด	เครื่องละ	๓๖,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นอุปกรณ์อิเลคโทรนิก เมื่อกดกับพื้นผิวจะเกิดเสียงจากการสั่นสะเทือน เพื่อช่วยในการสื่อสาร มีสวิทปิดเปิดใช้แบตเตอรี			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในกรณีที่ผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด			
๒๗๐๔		๔.๗.๔ เพดานเทียม (Obturator)	ชิ้นละ	๘๐๐	
		หมวด ๓ ระบบทางเดินหายใจ			
๓๐๐๐	**๓.๐**	**ท่อ/หลอดคอ/อุปกรณ์ช่วยการหายใจ**			
๓๐๐๓		๓.๐.๓ หลอดคอช่วยการหายใจ (Tracheostomy tube) ชนิดทำด้วยพลาสติก	อันละ	๑,๙๐๐	
		ลักษณะ เป็นท่อพลาสติกกลวง โค้งงอเล็กน้อย มีปีกสองข้างสำหรับคล้องเชือก			
		ข้อบ่งชี้ ใส่หลอดลมคอ เพื่อช่วยในการหายใจ			
		หมวด ๔ หัวใจและหลอดเลือด			
๔๐๐๐	**๔.๐**	**ลิ้นหัวใจเทียม ผนังหัวใจเทียม และหลอดเลือดเทียม**			
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๐.๑ - ๔.๐.๑๐ เป็นอวัยวะเทียมชนิดต่างๆ สำหรับใส่ไปในตัวผู้ป่วย ในการผ่าตัดหัวใจเพื่อแก้ไขความผิดปกติของลิ้นหัวใจ หรือผนังกั้นหัวใจ และหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม			
		รายการ ๔.๐.๑๒ - ๔.๐.๑๔ สำหรับใส่ทดแทนในผู้ป่วยที่หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง			
		รายการ ๔.๐.๑๖ สำหรับใส่ทดแทนในผู้ป่วยที่หลอดเลือดส่วนปลายตีบหรืออุดตัน			
๔๐๐๑		๔.๐.๑ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดลูกบอลล์	อันละ	๒๙,๐๐๐	
๔๐๐๒		๔.๐.๒ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน ๑ แผ่น ปิด – เปิด	อันละ	๓๔,๐๐๐	
๔๐๐๓		๔.๐.๓ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน ๒ แผ่น ปิด – เปิด	อันละ	๓๑,๐๐๐	
๔๐๐๔		๔.๐.๔ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากหมู (ชนิดมีโครง)	อันละ	๔๘,๐๐๐	
๔๐๐๕		๔.๐.๕ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากหมู (ชนิดไม่มีโครง)	อันละ	๕๕,๐๐๐	
๔๐๐๖		๔.๐.๖ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากเยื่อบุหัวใจวัว	อันละ	๖๕,๐๐๐	
๔๐๐๗		๔.๐.๗ ลิ้นหัวใจเทียมและหลอดเลือดเทียม	อันละ	๕๗,๐๐๐	
๔๐๐๘		๔.๐.๘ ขอบลิ้นหัวใจเทียม (Valve ring)	อันละ	๑๘,๐๐๐	
๔๐๐๙		๔.๐.๙ ผนังหัวใจเทียม (PTFE patch) ชนิดแผ่นสังเคราะห์	แผ่นละ	๓,๔๐๐	
๔๐๑๐		๔.๐.๑๐ ผนังหัวใจเทียม (Dacron patch)	แผ่นละ	๓,๐๐๐	
๔๐๑๒		๔.๐.๑๒ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นตรง	เส้นละ	๑๒,๐๐๐	

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 364 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๔๐๑๓		๔.๐.๑๓ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นแยก	เส้นละ	๑๕,๐๐๐	
๔๐๑๔		๔.๐.๑๔ หลอดเลือดเทียมแบบ Aortic	เส้นละ	๑๗,๐๐๐	
๔๐๑๖		๔.๐.๑๖ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลายชนิดมีวงแหวน PTFE ring vascular graft (ตามความยาวที่ใช้)	ซม.ละ	๖๐๐	
๔๐๑๙		๔.๐.๑๙ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดทำจากเนื้อเยื่อ (Homograft)	ชิ้นละ	๒๕,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ๑.ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของลิ้นหัวใจ (Infective endocarditis) ๒. ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ลิ้นหัวใจมีขนาดเล็ก ไม่สามารถใส่ลิ้นหัวใจเทียมชนิดอื่นได้ ๓. ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจพัลโมนิก (Pulmonic valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก ๔. ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจเอออร์ติก (aortic valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก ๕. ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ต้องการสร้างเสริมเส้นเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจ (Aortic reconstruction, Pulmonary artery reconstruction)			
๔๑๐๐	๔.๑	**วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดโดยใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม**			
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๑.๑ - ๔.๑.๙ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด			
๔๑๐๑		๔.๑.๑ ปอดเทียม (Membrane oxygenator)	ชุดละ	๙,๐๐๐	
๔๑๐๒		๔.๑.๒ ชุดสายยางประกอบการไหลเวียนนอกร่างกาย (Extracorporeal complete set)	ชุดละ	๓,๔๐๐	
๔๑๐๓		๔.๑.๓ อุปกรณ์กักกรองเลือด (Reservoir)	อันละ	๓,๐๐๐	
๔๑๐๔		๔.๑.๔ อุปกรณ์กรองฟองอากาศทางเดินเลือดแดง (Bubble trap)	อันละ	๑,๐๐๐	
๔๑๐๗		๔.๑.๗ ชุดสายยางประกอบการให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardioplegia set)	ชุดละ	๓,๔๐๐	
๔๑๐๘		๔.๑.๘ อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจชนิดทางตรง (Antegrade cardioplegia set)	อันละ	๑,๑๐๐	
๔๑๐๙		๔.๑.๙ อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจชนิดย้อนทาง (Retrograde cardioplegia set)	อันละ	๓,๔๐๐	
๔๓๐๐	๔.๓	**อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี่ตีบ (Coronary intervention)**			
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๓.๑ -๔.๓.๑๔, ๔.๓.๑๖ สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ตีบ และมีความจำเป็นต้องขยาย (Coronary intervention) ดังข้อ ๑-๓ ข้างล่างนี้ โดยเลือกใช้ตามความเหมาะสมและข้อบ่งชี้เพิ่มเติม ที่อาจมีในรายการนั้นๆ รายการ ๔.๓.๑๓ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบได้ด้วย ๑. สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ชนิดเรื้อรังคงที่ (Chronic stable CAD) จะมีหรือไม่มีอาการก็ตาม ที่มีข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 365 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		๑.๑ มีหลักฐานว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างมากกว่า ๑๐% ของเวนตริเคิลซ้าย (Proven large area of myocardial ischemia) ๑.๒ หลอดเลือดตีบมากกว่า ๕๐% ร่วมกับยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาบรรเทาอาการแน่นหน้าอก (anti-anginal agents) แล้ว ๒. สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกสูงในคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Non ST Elevation Acute Coronary Syndrome) ที่มีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ๒.๑ เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงจากการประเมินความเสี่ยงสูง (High-risk patients) ๒.๒ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกซ้ำ (Recurrent angina/ ischemia) ๒.๓ มีภาวะหัวใจล้มเหลว ความดันโลหิตต่ำ หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง (Heart failure, Cardiogenic shock หรือ Malignant ventricular arrhythmia) ๒.๔ มีหลักฐานว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จากการตรวจด้วยวิธี Non-invasive functional tests (Stress inducible ischemia) ๓. สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูงในคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Acute ST Elevation Myocardial Infarction, STEMI) ดังนี้ ๓.๑ <u>การขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวนชนิดปฐมภูมิ (Primary PCI)</u> (๑) ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอกมาไม่นานเกิน ๑๒ ชั่วโมง และคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment elevation หรือ Undocumented LBBB (๒) ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอกมานานเกิน ๑๒ ชั่วโมง แต่ยังมีอาการแน่นหน้าอกอยู่ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment elevation หรือ Undocumented LBBB ๓.๒ <u>การขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวนตามหลังการให้ยาสลายลิ่มเลือด (PCI after fibrinolysis)</u> (๑) ในกรณีผู้ป่วย STEMI ที่มีความเสี่ยงสูง <u>หมายเหตุ</u>: ที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือดเป็นผลสำเร็จ อาจพิจารณาทำ PCI ได้ภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังให้ยาสลายลิ่มเลือด (Routine PCI after successful fibrinolysis in high-risk STEMI) (๒) ในกรณีที่ผู้ป่วยที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือดแล้วไม่ได้ผล ไม่มีลักษณะที่บ่งชี้ว่าหลอดเลือดเปิด ได้แก่ ผู้ป่วยที่ยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอยู่ หรือ ST segment ในคลื่นไฟฟ้าหัวใจยังไม่ลดลง ควรได้รับการทำ PCI เร็วที่สุด (Rescue PCI) ทั้งนี้ ไม่รวมถึงการทำ PCI หลังจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายผ่านพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้ว			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 366 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		๓.๓ การขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวนในกรณีที่เกิดภาวะช็อคจากกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวไม่ไหว (Cardiogenic shock) ตามหลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ๓.๔ การขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ผ่านสายสวนภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว (Elective PCI) ควรทำในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอกซ้ำหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Post MI angina) หรือมีหลักฐานว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากการตรวจทาง Non-Invasive functional test) **หมายเหตุ:** ผู้ป่วย STEMI ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (anterior infarct) หรือกล้ามเนื้อที่ตายมีปริมาณมาก (Large infarct) หรือมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวา (Right ventricular infarct) หรือเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ (Cardiogenic shock) หรือเกิดภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง (Malignant ventricular arrhythmia)			
๔๓๐๑		๔.๓.๑ สายสวนหลอดเลือดนำทางเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (Coronary guiding catheter)	ชุดละ	๓,๕๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายใช้สำหรับนำทางสายสวนที่ใช้ขยายหลอดเลือดชนิดต่างๆ เข้าไปในหลอดเลือดโคโรนารี่			
๔๓๐๒		๔.๓.๒ สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ (PTCA guide wire ชนิด normal wire)	ชุดละ	๓,๒๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายลวดใช้สำหรับใส่สายสวนเพื่อการขยายหลอด เลือดโคโรนารี่ชนิดต่าง ๆ ผ่านรอยตีบในหลอดเลือดโคโรนารี่			
๔๓๐๓		๔.๓.๓ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยบอลลูน (Coronary balloon dilatation catheter หรือ PTCA balloon)	ชุดละ	๘,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการ ขยายหลอดเลือดโคโรนารี่			
๔๓๐๔		๔.๓.๔ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวด (Coronary stent)	ชุดละ	๖,๘๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่			
๔๓๐๕		๔.๓.๕ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting stent) ชนิดโลหะอัลลอยด์	ชุดละ	๒๐,๐๐๐	
		สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting stent) ชนิดโลหะ สแตนเลส	ชุดละ	๑๖,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่ตามข้อบ่งชี้ร่วมกับมีความเสี่ยงต่อการเกิดการตีบซ้ำ (restenosis) สูงกว่าปกติ ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ (๑) รอยโรคอยู่ในหลอดเลือดที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง เท่ากับ ๓.๐ มม. หรือน้อยกว่า (๒) รอยโรคที่มีความยาวมากกว่า ๒๐ มม. (Long lesion)			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 367 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		(๓) จำเป็นต้องใช้ขดลวดหลายชิ้นต่อ หรือร่วมกัน (Multiple หรือ Long stent length) รอยโรคอยู่ในตำแหน่งหลอดเลือดเลฟท์เมน (Left main lesion) ที่เอื้อต่อการรักษาผ่านสายสวน			
		ข้อควรระวังในการใช้ขดลวดเคลือบยา (Drug Eluting Stent) (๑) ในกรณีที่ไม่สามารถซักประวัติผู้ป่วยได้อย่างละเอียดก่อนทำการรักษาผ่านสายสวน เช่น ในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติ (๒) ในกรณีที่ประเมินแล้วว่าผู้ป่วยอาจไม่สามารถรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ๒ ชนิดร่วมกันได้ เป็นระยะเวลานานพอ (อย่างน้อย ๑ ปี) (๓) ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นอาจต้องได้รับการผ่าตัดในอนาคตอันใกล้ (๑๒ เดือน) และจำเป็นต้องหยุดรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดทั้ง ๒ ชนิด (๔) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่าย (Increase risk of bleeding) (๕) ในกรณีผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาต้านเกล็ดเลือด (๖) ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ตลอดชีวิตจากภาวะอื่นๆ			
๔๓๐๖		๔.๓.๖ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Coronary stent graft)	ชุดละ	๘๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟต์ที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่			
๔๓๐๗		๔.๓.๗ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยหัวกรอกากเพชร (Rotational atherectomy burr catheter)	ชุดละ	๓๐,๐๐๐	
		ลักษณะ สายสวนที่มีหัวกรอกากเพชรที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่			
๔๓๐๘		๔.๓.๘ เครื่องกรอความถี่สูงเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยหัวกรอกากเพชร (Rotational atherectomy advancer)	ชุดละ	๓๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นอุปกรณ์สำหรับกรอด้วยความถี่สูงและขับเคลื่อนสายสวนที่มีหัวกรอกากเพชรที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่			
๔๓๐๙		๔.๓.๙ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยบอลลูนชนิดติดใบมีด (Cutting balloon catheter)	ชุดละ	๒๕,๐๐๐	
		ลักษณะ สายสวนที่มีบอลลูนชนิดติดใบมีดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่			
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับทำการถ่างขยายรักษาการตีบตันของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำส่วนปลาย ในกรณีที่ไม่สามารถขยายได้ด้วยสายสวนบอลลูนปกติ			
๔๓๑๐		๔.๓.๑๐ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยการดูดลิ่มเลือด (Thrombectomy device/catheter)	ชุดละ	๑๗,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีอุปกรณ์สำหรับกำจัดลิ่มเลือดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่			
๔๓๑๑		๔.๓.๑๑ สายสวนเพื่อการขยายหรือตัดเชาะหลอดเลือดด้วยลำแสงเลเซอร์ (Laser angioplasty catheter)	ชุดละ	๖๐,๐๐๐	

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 368 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่สามารถปล่อยลำแสงเลเซอร์จากปลายสายใช้เพื่อการขยาย หรือตัดเซาะหลอดเลือดโคโรนารี่			
		ข้อบ่งชี้ เพื่อช่วยในการตัดขยายหลอดเลือดขณะทำการดึงสายเครื่องกระตุ้นหัวใจออกจากร่างกายผู้ป่วย ในกรณีที่ไม่สามารถดึงสายเครื่องกระตุ้นหัวใจออกได้ด้วยวิธีการดึงธรรมดา หรือด้วยอุปกรณ์ยึดเหนี่ยวสายเครื่องกระตุ้นหัวใจ (Lead locking stylet)			
		<u>คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้</u> แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด และอายุรแพทย์โรคหัวใจ และกุมารแพทย์โรคหัวใจ ที่ได้รับการฝึกอบรมในห้องปฏิบัติการระบบไฟฟ้าหัวใจ (Electrophysiology Laboratory) ในสถาบันที่มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือได้รับการรับรองจากชมรมช่างไฟฟ้าหัวใจแห่งประเทศไทยและสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์			
๔๓๑๒		๔.๓.๑๒ ชุดสายสวนและอุปกรณ์เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย (Distal embolic protection device)	ชุดละ	๖๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นชุดสายสวนและอุปกรณ์ใช้สำหรับป้องกันลิ่มเลือดที่บริเวณรอยตีบเคลื่อน ไปอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย เพื่อความปลอดภัยในการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่และหลอดเลือดแดงส่วนปลายในกรณีที่ลิ่มเลือดมีปริมาณมาก			
		<u>คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้</u> (๑) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาระบบประสาท (Interventional Neuroradiology) (๒) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด (๓) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon)			
๔๓๑๓		๔.๓.๑๓ สายสวนเพื่อตรวจภายในหัวใจหรือหลอดเลือดด้วยการถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อน(Intravascular or Intracardiac ultrasound)	ชุดละ	๔๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับตรวจภายในหัวใจหรือหลอดเลือดโคโรนารี่และหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยการถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อน			
๔๓๑๔		๔.๓.๑๔ สายลวดเพื่อวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนารี่ (Coronary pressure wire)	ชุดละ	๓๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายลวดใช้สำหรับวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนารี่			
๔๓๑๖		๔.๓.๑๖ สายสวนหลอดเลือดอเนกประสงค์ (Multipurpose หรือ Transit catheter)	ชุดละ	๑๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดอเนกประสงค์ สำหรับใช้ในการขยายหลอดเลือด และการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ			
๔๔๐๐	๔.๔	**อุปกรณ์หรือสายสวนหัวใจสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาโรคหัวใจ อื่นๆ**			
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๔.๑ - ๔.๔.๗ ใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางกายวิภาคหรือการทำงานของ ลิ้นหัวใจ ผนังหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ หรือหลอดเลือดโคโรนารี่ ที่มีความจำเป็นต้องรับการตรวจโดยการสวนหัวใจ			

M100.indd 369 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		รายการ ๔.๔.๑ และ ๔.๔.๖ เพิ่มข้อบ่งชี้สำหรับใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ			
๔๔๐๑		๔.๔.๑ สายสวนหัวใจและหลอดเลือดเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic catheter)	ชุดละ	๔,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับวัดความดัน หรือฉีดสีเพื่อถ่ายภาพเอกซเรย์ เช่น NIH, Pigtail catheter			
๔๔๐๒		๔.๔.๒ สายสวนหลอดเลือดสำหรับการเจาะผนังระหว่างห้องหัวใจ (Mullins transeptal catheter)	ชุดละ	๔,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับนำเข็ม สายสวนหรืออุปกรณ์อื่นๆ แทงผ่านหนังห้องหัวใจ			
๔๔๐๓		๔.๔.๓ เข็มสำหรับเจาะผนังห้องหัวใจบร็อคเคนโบร (Brocken brough needle)	ชุดละ	๘,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นเข็มใช้สำหรับการเจาะผนังห้องหัวใจเพื่อนำอุปกรณ์หรือสายสวนต่าง ๆ แทงผ่านผนังกั้นห้องหัวใจ			
๔๔๐๔		๔.๔.๔ สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอดชนิดวัดปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Swan-Ganz catheter)	ชุดละ	๘,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดที่มีบอลลูนที่ปลายสายและมีช่องสำหรับวัดความดันมากกว่า ๑ ช่อง			
๔๔๐๕		๔.๔.๕ สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอดชนิดมีบอลลูน (Balloon-tip catheter)	ชุดละ	๔,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดชนิดที่มีบอลลูนที่ปลายสายใช้สำหรับวัดความดันเลือดในปอด เช่น Berman Angiography catheter และ Balloon wedge catheter			
๔๔๐๖		๔.๔.๖ สายลวดสำหรับนำสายสวนหลอดเลือด (Diagnostic guide wire)	ชุดละ	๕๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายลวดใช้ใส่นำสายสวนหัวใจอื่นๆ เข้าในหลอดเลือด หรือใช้ในการสลับเปลี่ยนสายสวนหัวใจ (exchange) มีหลายขนาดความยาว			
๔๔๐๗		๔.๔.๗ สายสวนหลอดเลือดสำหรับฉีดสีหลอดเลือดโคโรนารี่ (Diagnostic coronary angiography catheter)	ชุดละ	๘๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับการฉีดสีเพื่อถ่ายภาพเอกซเรย์หลอดเลือดโคโรนารี่			
๔๔๐๘		๔.๔.๘ สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยบอลลูนธรรมดา (Vulvuloplasty balloon)	ชุดละ	๒๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ เช่น Mansfield balloon			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ			
๔๔๐๙		๔.๔.๙ สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยบอลลูนอินนูเอ้ (Inoue balloon)	ชุดละ	๘๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีบอลลูนอินูเอ้ที่ปลายสายและชุดอุปกรณ์เสริมใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ			
๔๔๑๐		๔.๔.๑๐ สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยเครื่องขยายก้านโลหะ (Metallic valvular dilator)	ชุดละ	๒๘๐,๐๐๐	

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 370 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ลักษณะ เป็นสายสวนซึ่งเป็นเครื่องขยายก้านโลหะและชุดอุปกรณ์เสริม ใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ และให้เบิกได้เฉพาะอุปกรณ์ใหม่ที่ถูกใช้เป็นครั้งแรกเท่านั้น และให้มีหลักฐานการใช้สำหรับการตรวจสอบด้วย			
๔๔๑๑		๔.๔.๑๑ ขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว (Coil)	ชุดละ	๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นขดลวด ใช้สำหรับปิดรูรั่ว (Coil embolization)			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือ ผู้ป่วย PDA **หรือผู้ป่วยมะเร็งตับ**			
๔๔๑๒		๔.๔.๑๒ สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว ชนิดปลดได้ (Detachable coil delivery system)	ชุดละ	๖,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนและอุปกรณ์สำหรับใช้ปล่อยขดลวด ชนิดปลดได้			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือผู้ป่วย PDA			
๔๔๑๓		๔.๔.๑๓ สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว ชนิดปากคีบ (Biotome for controlled release of coil)	ชุดละ	๒๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนและอุปกรณ์สำหรับใช้ปล่อยขดลวด ชนิดปากคีบ			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือ ผู้ป่วย PDA			
๔๔๑๕		๔.๔.๑๕ วัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจเอเตรียมชนิดแอมพลาสเซอร์ (Amplatzer atrial septal occluder)	ชุดละ	๕๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นวัสดุใช้สำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจเอเตรียม ชนิดแอมพลาสเซอร์			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มี ASD หรือมีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน			
๔๔๑๖		๔.๔.๑๖ สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจเอเตรียม (Delivery system for atrial septal occluder)	ชุดละ	๑๙,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจเอเตรียมชนิดแอมพลาสเซอร์			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มี ASD หรือมีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน			
๔๔๑๗		๔.๔.๑๗ วัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด ชนิดแอมพลาสเซอร์ (Amplatzer duct occluder)	ชุดละ	๓๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือดและสามารถใช้ปิดตำแหน่งหลอดเลือดเกิน และรูรั่วชนิดอื่นได้			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มี PDA			
๔๔๑๘		๔.๔.๑๘ สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด ชนิดแอมพลาสเซอร์(Delivery system for Amplatzer duct occluder)	ชุดละ	๑๙,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด ชนิดแอมพลาสเซอร์			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มี PDA			
๔๔๑๙		๔.๔.๑๙ ตะแกรงกรองลิ่มเลือดหลอดเลือดดำใหญ่ (IVC Interruption device)	ชุดละ	๔๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นอุปกรณ์ใช้สำหรับดักลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำใหญ่			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 371 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดในปอด และ/หรือหลอดเลือดดำส่วนปลาย			
๔๔๒๐		๔.๔.๒๐ สายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายผนังกั้นห้องหัวใจเอเตรียม (Balloon atrial septostomy catheter)	ชุดละ	๖,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายผนังกั้นห้องหัวใจเอเตรียม			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยเพื่อเปิดทางเดินระหว่างผนังกั้นห้องหัวใจ			
๔๔๒๑		๔.๔.๒๑ สายสวนสำหรับคล้องเกี่ยว (Snare catheter)	ชุดละ	๒๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับคล้องเกี่ยววัสดุอุปกรณ์อื่นในการสวนหัวใจในกรณีมีการหลุด เคลื่อนที่ หรือหักชำรุด เพื่อนำวัสดุอุปกรณ์นั้น ๆ ออกจากร่างกาย			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจ และมีชิ้นส่วนของอุปกรณ์ค้างอยู่ในหลอดเลือด			
๔๔๒๒		๔.๔.๒๒ สายสวนสำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจ (Endomyocardial biopsy)	ชุดละ	๒๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจเพื่อการวินิจฉัยโรค			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคของกล้ามเนื้อหัวใจ และเยื่อหุ้มภายในห้องหัวใจ			
๔๔๒๓		๔.๔.๒๓ สายสวนและอุปกรณ์สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardiocentesis)	ชุดละ	๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนและอุปกรณ์ใช้สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจเพื่อการวินิจฉัยและการรักษา			
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ			
๔๔๒๔		๔.๔.๒๔ สายสวนหลอดเลือดแดงเออร์ต้าใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ (intra aortic balloon catheter)	ชุดละ	๒๘,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดแดงใหญ่เออร์ต้า ประกอบด้วยบอลลูนซึ่งต่อเชื่อมกับเครื่องปั๊มก๊าซฮีเลียมใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว รักษาด้วยยาไม่ได้ผล			
๔๕๐๐	๔.๕	**เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร (Permanent pacemaker generator) และเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ**			
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๕.๑ - ๔.๕.๔ สำหรับผู้ป่วยที่หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดช้า (Bradyarrhythmia) ที่มีอาการเป็นลมหมดสติหรืออัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า ๔๐ ครั้ง/นาทีโดยเฉลี่ย หรือมีอาการอื่นที่บ่งถึงการทำงานของหัวใจไม่เพียงพอ หรือร่วมกับการพยากรณ์โรคที่เลวใน ระยะยาวในผู้ป่วยแต่ละราย			
๔๕๐๑		๔.๕.๑ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียว (Single chamber pacemaker)	ชุดละ	๔๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่าง ห้องเดียว			
๔๕๐๒		๔.๕.๒ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียวปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ (Rate responsive pacemaker)	ชุดละ	๕๔,๐๐๐	

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 372 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นห้องเดียวสามารถปรับอัตราการเต้นขึ้นลงได้ตามความต้องการของร่างกายโดยอัตโนมัติ			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่ การใส่ Fixed rate pacemaker ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของร่างกายได้ เช่น อายุน้อยมีกิจกรรมการทำงานมาก			
๔๕๐๓		๔.๕.๓ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องต่อเนื่องกัน (Dual chamber pacemaker)	ชุดละ	๗๒,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องบนและห้องล่างต่อเนื่องกันเหมือนในธรรมชาติ			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่ ต้องการ AV synchrony เช่นหัวใจห้องล่างบีบตัวอ่อน หรือ Hypertrophic cardiomyopathy			
๔๕๐๔		๔.๕.๔ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องต่อเนื่องกันปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ(Dual chamber rate responsive pacemaker)	ชุดละ	๘๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องบนและห้องล่างต่อเนื่องกันและสามารถปรับอัตราการเต้นได้โดยอัตโนมัติ			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ตามข้อ ๔.๕.๒ ร่วมกับ ๔.๕.๓			
๔๕๐๕		๔.๕.๕ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Resynchronization pacemaker)	ชุดละ	๑๘๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยเพิ่มกำลังการบีบตัวของหัวใจโดยกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ที่มีอาการรุนแรง (NYHA class III/IV ดื้อต่อการรักษาด้วยยาอยู่ในกลุ่มโรค Dilated cardiomyopathy หรือ Ischemic cardiomyopathy)			
๔๕๐๖		๔.๕.๖ เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter-defibrillator)	ชุดละ	๑๘๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นเครื่องช็อคไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติฝังไว้ในร่างกายผู้ป่วย			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้			
		๑. มีการเต้นของหัวใจเร็วผิดปกติชนิดร้ายแรง (Ventricular tachycardia or fibrillation) ซึ่งไม่พบสาเหตุ หรือไม่สามารถรักษาโรคพื้นฐานให้หายได้			
		๒. เป็นผู้ที่รอดจากการเสียชีวิตกระทันหัน ที่น่าจะมีสาเหตุมาจากการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ ชนิดร้ายแรง			
		๓. มีโรคหัวใจอยู่แล้วและมีอัตราเสี่ยงสูง ที่จะเกิดการเต้นผิดจังหวะชนิดร้ายแรง เช่นเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน และมีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายอ่อน (LVEF< ๓๕%) หรือเป็น Long QT Syndrome			
๔๕๐๗		๔.๕.๗ สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร	ชุดละ	๑๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายนำไฟฟ้าจากเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรเข้าสู่หัวใจ			
		ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ ๔.๕.๑			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 373 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๔๕๐๘		๔.๕.๘ สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราว	ชุดละ	๔,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายนำไฟฟ้าจากเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจชนิดใส่ไว้ชั่วคราว			
		ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ ๔.๕.๑ แต่ใช้ในผู้ป่วยซึ่งมีทางเดินไฟฟ้าติดขัดชั่วคราวหรือใช้ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อรอการตัดสินใจที่จะใส่ชนิดถาวรต่อไป			
๔๕๐๙		๔.๕.๙ สายกระตุ้นหัวใจห้องล่างซ้ายพร้อมอุปกรณ์การใส่ (Coronary sinus pacing lead)	ชุดละ	๗๐,๐๐๐	
		ลักษณะ ใช้กับเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Resynchronization pacemaker)			
		ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ ๔.๕.๕			
๔๕๑๐		๔.๕.๑๐ สายเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter - defibrillator lead)	ชุดละ	๙๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายต่อจากเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติเข้าไปภายในห้องหัวใจ			
		ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ ๔.๕.๖			
๔๕๑๑		๔.๕.๑๑ แผ่นปิดหน้าอกเพื่อรับหรือปล่อยไฟฟ้าในการกระตุ้นหัวใจ (Disposable defibrillation electrode, disposable pacing electrode)	ชุดละ	๓,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นแผ่นเจลขนาดใหญ่ใช้ปิดที่หน้าอกผู้ป่วย ๒ แผ่น เพื่อรับไฟฟ้าจากผู้ป่วย หรือปล่อยไฟฟ้ากระตุ้นหรือกระตุกหัวใจ จากภายนอกร่างกาย			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในการตรวจระบบไฟฟ้าภายในหัวใจ (Cardiac electrophysiologic study) หรือใช้กระตุ้นหัวใจชั่วคราวโดยต่อกับเครื่องกระตุ้นหัวใจภายนอกร่างกายในกรณีฉุกเฉิน			
๔๖๐๐	๔.๖	**สายสวนหัวใจชนิดขั้วโลหะรับสัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ**			
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๖.๒ - ๔.๖.๔ สำหรับผู้ป่วยที่มี หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็ว (Tachyarrhythmia) หรือเต้นสะดุด (Ectopic beats) ที่มีอาการ หรืออาจเป็นอันตรายต่อชีวิต			
๔๖๐๑		**๔.๖.๑** สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ (Multipolar electrode catheter)	ชุดละ	๑๖,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒-๑๐ ขั้ว ใช้ในการตรวจระบบไฟฟ้าภายในหัวใจ (Cardiac Electrophysiologic study)			
		ข้อบ่งชี้ ๑. Syncope or near syncope of unknown etiology ๒. Arrthymia induction			
๔๖๐๒		๔.๖.๒ สายสวนหัวใจเพื่อการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดธรรมดา (Deflectable ablation catheter)	ชุดละ	๒๘,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒ -๑๐ ขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วให้หายขาดด้วยคลื่นวิทยุ (Radiofrequency ablation)			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 374 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๔๖๐๓		๔.๖.๓ ชุดสายสวนหัวใจเพื่อการตรวจรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยการสร้างภาพ ๓ มิติ	ชุดละ	๑๐๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นชุดสายสวนหัวใจที่ใช้ร่วมกับคอมพิวเตอร์ในการสร้างภาพหัวใจแบบสามมิติ เมื่อไม่สามารถใช้สายจี้สวนหัวใจปกติในการตรวจรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วได้			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วที่ไม่สามารถใช้สายจี้สวนหัวใจปกติในการตรวจรักษาได้ เพราะการเต้นผิดจังหวะมีความซับซ้อน (Complex Arrhythmia)			
๔๖๐๔		๔.๖.๔ สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจ ชนิดหลายขั้ว (Multi-electrode catheter)	ชุดละ	๖๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสายหลายขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะ**ที่มีความซับซ้อน** (Complex Arrhythmia)			
๔๖๐๕		๔.๖.๕ สายต่อสายสวนหัวใจเพื่อรับคลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจ (Connecting cable for multi-electrode catheter)	ชุดละ	๕,๐๐๐	
		ลักษณะ ใช้ต่อสายสวนหัวใจชนิดขั้วโลหะเพื่อนำสัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจเข้ากับเครื่องแสดงผลบนจอภาพ			
		ข้อบ่งชี้ ๑. Syncope or near syncope of unknown etiology			
		๒. Arrthythmia induction			
๔๗๐๐	๔.๗	**อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับนำเข้าและซ่อมปิดหลอดเลือด และท่อนำสายสวน**			
๔๗๐๑		๔.๗.๑ สายสวนนำเข้าหลอดเลือด (Introducer sheath)	ชุดละ	๙๐๐	
		ลักษณะ เป็นท่อนำใส่เข้าทางหลอดเลือด (ใช้ได้ทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง) เพื่อเป็นช่องทางสำหรับใส่และเปลี่ยนสายสวนเพื่อการวินิจฉัยหรือรักษาผู้ป่วย			
		ข้อบ่งชี้ ใช้เพื่อเป็นทางนำเพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคผ่านทางหลอดเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด **และผู้ป่วยมะเร็งตับที่ไม่สามารถผ่าตัดได้**			
		<u>คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้</u> (๑) รังสีแพทย์ (Radiologist) (๒) อายุรแพทย์โรคหัวใจ (๓) ศัลยแพทย์อนุสาขาวิชาศัลยแพทย์หลอดเลือดที่ได้รับวุฒิบัตรซึ่งรับรองจากแพทยสภาและสมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทย กุมารแพทย์โรคหัวใจ			
๔๗๐๒		๔.๗.๒ ชุดอุปกรณ์ซ่อมปิดรอยเจาะผนังหลอดเลือด (Vascular closure device)	ชุดละ	๗,๕๐๐	
		ลักษณะ เป็นชุดอุปกรณ์สำหรับปิดรอยเจาะผนังหลอดเลือดหลังทำการสวนหัวใจ			
		<u>ข้อบ่งชี้</u> ใช้เย็บปิดหลอดเลือดแดงหลังการทำหัตถการทุกชนิด (ที่ทำผ่านหลอดเลือดแดง) ในห้องตรวจสวนหัวใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะนอนนิ่งๆ			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 375 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		นานหลายชั่วโมงได้หลังการกดห้ามเลือดแบบธรรมดา และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้ยากันเลือดแข็งตัว			
		<u>คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้</u> (๑) รังสีแพทย์ (Radiologist) **(๒)** แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดและกุมารแพทย์โรคหัวใจที่มีประสบการณ์การทำงานด้านหัวใจมาอย่างน้อย ๑ ปี และได้รับการรับรองจากคณะอนุกรรมการด้านการรักษาผ่านสายสวนของชมรมกุมารแพทย์ สัลยแพทย์อนุสาขาวิชาศัลยแพทย์หลอดเลือด			
๔๗๐๔		๔.๗.๔ สายสวนหลอดเลือดนำทางสำหรับการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral guiding catheter)	ชุดละ	๗,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายชนิดต่างๆ เข้าในหลอดเลือด			
		ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบหรือตัน			
๔๗๐๕		๔.๗.๕ สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral angioplasty guide wire)	ชุดละ	๔,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายลวดใช้สำหรับนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายชนิดต่างๆ ผ่านรอยตีบในหลอดเลือด			
		ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบ หรือตัน			
๔๘๐๐	๔.๘	**อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ ตีบหรือตัน**			
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๘.๑- ๔.๘.๔ สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลาย ตีบหรืออุดตัน **เฉพาะรายการ ๔.๘.๑ และ ๔.๘.๒ เพิ่มข้อบ่งชี้ให้ใช้สำหรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ**			
๔๘๐๑		๔.๘.๑ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยบอลลูน (Peripheral balloon dilatation catheter หรือ PTA balloon)	ชุดละ	๑๓,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย			
		ข้อบ่งชี้ ใช้รักษาโรคหลอดเลือดแดงตีบ			
		<u>คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้</u> (๑) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body intervention radiology) (๒) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมระบบประสาท (Intervention Neuroradiology) (๓) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด (๔) ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon)			
๔๘๐๒		๔.๘.๒ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยขดลวด (Peripheral stent)	ชุดละ	๕๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 376 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ ใช้รักษาโรคหลอดเลือดแดงตีบ ที่จำเป็นต้องใส่ขดลวดค้ำยัน			
		<u>คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้</u> (๑) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body intervention radiology) (๒) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมระบบประสาท (Intervention Neuroradiology) (๓) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon)			
๔๘๐๓		๔.๘.๓ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Peripheral stent graft)	ชุดละ	๑๐๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นโครงลวดถ่างขยายที่มีขนาดและความยาวต่างๆกัน และมีกราฟต์หุ้มขดลวดโดยรอบ โดยใช้สายสวนหลอดเลือดเป็นตัวนำ			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีรูรั่วของหลอดเลือดแดง หรือโรคหลอดเลือด โป่งพอง			
		<u>คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้</u> (๑) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body intervention radiology) (๒) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมระบบประสาท (Intervention Neuroradiology) (๓) แพทย์อนุสาขาวิชาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ศัลยแพทย์หลอดเลือด (Vascular Surgeon)			
๔๘๐๔		๔.๘.๔ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เออออร์ต้าด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Aortic stent graft)	ชุดละ	๒๕๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟที่ปลายสายใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เออออร์ต้า			
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับขยายหลอดเลือดแดงใหญ่ ในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน หรือใช้ค้ำยันหลอดเลือดแดงใหญ่ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโป่งพอง			
		หมวด ๕ ทางเดินอาหาร			
๕๑๐๐	๕.๑	**ท่อ/สาย/ถุงให้อาหาร**			
๕๑๐๑		๕.๑.๑ สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่กระเพาะอาหาร (Nasogastric tube) ระยะยาว	เส้นละ	๓๐๐	
		ลักษณะ เป็นท่อซิลิโคน ที่มีความอ่อนนุ่ม มีการระคายเคืองต่อจมูกน้อย			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่กินอาหารทางปากไม่ได้ มีความจำเป็นต้องคาสายไว้นานเกิน ๑ เดือน			
๕๑๐๓		๕.๑.๓ ชุดสายสวนกระเพาะอาหารแบบใส่ผ่านกล้อง(Percutaneous endoscopic gastrostomy:PEG set)	อันละ	๔,๔๐๐	
		ลักษณะ ประกอบด้วยสายสวนกระเพาะอาหาร และอุปกรณ์สำหรับช่วยในการใส่สายสวนนี้จากผนังท้องเข้าสู่กระเพาะอาหารโดยตรง ร่วมกับการส่องกล้อง โดยไม่ต้องผ่าตัด			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 377 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารเข้าทางกระเพาะอาหารโดยตรง จำเป็นต้องคาสายไว้นาน ๔ เดือนขึ้นไป			
๕๑๐๔		๕.๑.๔ สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่ลำไส้เล็ก(Nasojejunostomy, NJ tube)	เส้นละ	๒,๗๐๐	
		ลักษณะ เป็นท่อซิลิโคน มีความยาวพอสำหรับใส่ผ่านรูจมูกสู่ลำไส้เล็กมีการระคายเคืองต่อจมูกน้อย			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่กระเพาะอาหารไม่ทำงาน ต้องให้อาหารผ่านทางสายเป็นเวลานานเกิน ๑ เดือน			
๕๒๐๐	**๕.๒**	**วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้/ใส่ภายในทางเดินอาหารเพื่อห้ามเลือด**			
๕๒๐๑		๕.๒.๑ ชุดยางรัดเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร (Esophageal variceal band ligator)	ชุดละ	๔,๕๐๐	
		ลักษณะ ประกอบด้วยยางรัดไม่น้อยกว่า ๔ เส้น และอุปกรณ์สำหรับช่วยในการนำไปรัดเส้นเลือดขอดร่วมกับการใช้กล้องส่อง			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร หรือกระเพาะอาหารที่อยู่ในภาวะเลือดออก เฉียบพลัน และที่ต้องได้รับการทำลายหลอดเลือดขอดเพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำ			
๕๓๐๐	**๕.๓**	**วัสดุ/อุปกรณ์ใช้ถ่างขยายระบายท่อน้ำดี**			
๕๓๐๑		๕.๓.๑ อุปกรณ์ขยายท่อน้ำดี (Biliary dilator)	เส้นละ	๔,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้ขยายท่อน้ำดีที่อุดตันก่อนการใส่ท่อระบาย			
๕๓๐๒		๕.๓.๒ ท่อระบายน้ำดี ชนิดพลาสติก (Biliary and pancreatic duct stent: Plastic type)	อันละ	๑,๓๐๐	
		ลักษณะ เป็นท่อใช้ใส่ในท่อน้ำดีเพื่อกันไม่ให้ตีบตัน ใส่ผ่านกล้องส่องทางเดินอาหาร			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีท่อน้ำดีและตับอ่อนอุดตัน			
๕๓๐๓		๕.๓.๓ ท่อระบายน้ำดี ชนิดโลหะ(Biliary stent: Self expandable metal stent)	อันละ	๒๐,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นอุปกรณ์โลหะใช้ใส่ในท่อน้ำดีเพื่อค้ำยันไม่ให้ตีบตัน ใส่โดยผ่านกล้องส่อง เมื่อใส่เข้าไปแล้วจะขยายขึ้นเป็นรูปร่างแบบท่อ			
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยท่อน้ำดีอุดตันจากเนื้องอกที่ไม่สามารถผ่าตัดรักษาได้			
๕๓๐๔		๕.๓.๔ ท่อระบายน้ำดีชนิดมีปลายเปิดทางจมูก (Naso biliary tube)	อันละ	๒,๒๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้รักษาผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบรั่ว			
	๕.๕	**เครื่องมือช่วยการผ่าตัดอวัยวะแบบอัตโนมัติ**			
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๕.๕.๑-๕.๕.๓ ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด ตัดต่ออวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ ที่ไม่สามารถผ่าตัดต่อด้วยวิธีปกติ โดยเลือกใช้ตามลักษณะของการผ่าตัดต่ออวัยวะ			
๕๕๐๑		๕.๕.๑ เครื่องมือตัดต่ออวัยวะอัตโนมัติแบบวงกลม	อันละ	๑๓,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับตัดต่อหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้			
๕๕๐๒		๕.๕.๒ เครื่องมือเย็บอวัยวะแบบอัตโนมัติ	อันละ	๗,๔๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับการตัดเย็บอวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้			
๕๕๐๓		๕.๕.๓ เครื่องมือเย็บอวัยวะอัตโนมัติแบบปรับหัวได้	อันละ	๘,๐๐๐	

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 378 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับการตัดเย็บอวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้			
		หมวด ๗ กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น			
๗๐๐๐	๗.๐	**ข้อเทียม**			
๗๐๐๑		๗.๐.๑ ข้อนิ้ว	ข้อละ	๑๑,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นข้อเทียมสำหรับ metacarpophalangeal joint			
		ข้อบ่งชี้ ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วยซึ่ง			
		๑) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์ (Conservative treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ ๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลาหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา			
๗๐๐๒		๗.๐.๒ ข้อศอก	ข้อละ	๒๒,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑			
๗๐๐๓		๗.๐.๓ ข้อไหล่	ข้อละ	๖๕,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑			
๗๐๐๔		๗.๐.๔ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้	ข้อละ	๕๐,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ๑. ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพในผู้ป่วยซึ่ง ๑) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยมที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ ๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือน แล้วไม่ทุเลาหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา			
๗๐๐๕		๗.๐.๕ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้	ข้อละ	๕๐,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ๑. เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑			
๗๐๐๖		๗.๐.๖ ข้อตะโพกมีเบ้า(Total hip prosthesis) รวมทั้งอุปกรณ์เสริมไม่รวมซีเมนต์กระดูก	ข้อละ	๓๗,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑			
๗๐๐๗		๗.๐.๗ ข้อตะโพกไม่มีเบ้า(Austin-Moore prosthesis)	ข้อละ	๑๐,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑			
๗๐๐๘		๗.๐.๘ ข้อตะโพกแบบมีเบ้าชนิดพิเศษเฉพาะบุคคล (Elmention)	ข้อละ	๑๒๐,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพในผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมมาแล้ว หรือข้อถูกทำลายจากเนื้องอกหรือการติดเชื้อ ซึ่ง			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 379 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		๑) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยมที่ ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ			
		๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ			
		๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ			
		๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลาหรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา			
๗๐๐๙		๗.๐.๙ วัสดุรองเบ้าข้อตะโพก (Supporting ring)	ข้อละ	๙,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ เสริมเบ้าข้อสะโพกที่เสื่อมสภาพที่มีพยาธิสภาพมากไม่สามารถใช้ข้อเทียมชนิดที่ใช้กันทั่วไปได้ พิจารณาได้จากภาพถ่ายรังสีและลักษณะข้อที่ถูกทำลายที่ตรวจพบขณะผ่าตัด			
๗๐๑๐		๗.๐.๑๐ ข้อตะโพกไม่มีเบ้าชนิด ๒ ชั้น (ไบโพล่า)	ข้อละ	๓๕,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพ ซึ่ง			
		๑) ข้อเสื่อมสภาพ ชนิดที่เกิดการทำลายเฉพาะหัวกระดูกต้นขา หรือ			
		๒) กระดูกบริเวณข้อตะโพกหัก ชนิดที่ไม่สามารถดึงกระดูกให้เข้าที่และดามกระดูกภายในด้วยโลหะได้			
๗๐๑๑		๗.๐.๑๑ ข้อสะโพกมีเบ้า (ชนิดไม่ใช้ซีเมนต์)	ข้อละ	๖๐,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วย ซึ่ง ๑) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์ (conservative treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทาง ชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ ๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา ๕) เป็นการรักษาสำหรับผู้ที่อายุน้อยกว่า ๗๕ ปี หรือพิจารณาวินิจฉัยการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ			
๗๐๑๙		๗.๐.๑๙ ข้อตะโพกมีเบ้า (ชนิด hybrid)	ข้อละ	๔๕,๐๐๐	
		ลักษณะ **๑. ก้านสะโพกเทียมแบบใช้สารยึดกระดูก** ๑.๑) ก้านสะโพกเป็นชนิดผิวเรียบเป็นมัน มีลักษณะเป็นรูปลิ่ม และผิวก้านสะโพกไม่ยึดติดกับสารยึดกระดูก (bone cement) ไม่มีส่วนคอของก้านสะโพก (collar) ๑.๒) ส่วนที่ต่อกับหัวข้อตะโพกมีลักษณะเป็น modular คือสามารถใช้กับหัวข้อตะโพกหลายๆขนาดได้ ๑.๓) เป็นก้านสะโพกเทียมลักษณะก้านตรงและก้านมี Taper เพื่อป้องกันการเกิด Stress Shielding ๑.๔) สามารถต่อกับ Centralizer ด้านปลายของก้านสะโพกเทียมได้ ๑.๕) ก้านสะโพกมีขนาดให้เลือกหลายขนาดให้เหมาะสมกับขนาดของโพรงกระดูกผู้ป่วย			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 380 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		๒. **เบ้าสะโพกเทียมแบบไม่ใช้สารยึดกระดูก** ๒.๑) เป็นเบ้าสะโพกเทียมแบบไม่ใช้สารยึดกระดูก ๒.๒) พื้นผิวของเบ้าสะโพกเทียมทั้งหมดมีการทำพื้นผิวแบบ porous-coated เพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดมีกระดูกเข้าไปยึดติดกับเบ้าข้อเทียม ๒.๓) ผลิตจากโลหะ TITANIUM ALLOY ๒.๔) เบ้าสะโพกเทียมมีขนาดให้เลือกหลายขนาด			
		ข้อบ่งชี้ ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วย ซึ่ง ๑) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์ (conservative treatment) ที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทาง ชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ ๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา			
๗๑๐๐	**๗.๑**	**กระดูกเทียม และเส้นเอ็นเทียม**			
๗๑๐๑		๗.๑.๑ หัวกระดูกเรเดียสเทียม	ชิ้นละ	๔,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ทดแทนส่วนกระดูกเรเดียสที่ชำรุด เสียหายจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การดึงกระดูกให้เข้าที่และดามด้วยโลหะได้			
๗๑๐๒		๗.๑.๒ สารทดแทนกระดูกเพื่อการสร้างกระดูก	๕ ซีซี	๒,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสารจำพวกเซรามิก เช่น Hydroxyapatite, Calcium phosphate, Tricalcium phosphate และ Calcium salphate			
		ข้อบ่งชี้ ทดแทนกระดูกที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูก หรือกระดูกของผู้ป่วยมีปริมาณไม่เพียงพอ โดยไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยม และการผ่าตัดบางวิธี เช่น การตรึงกระดูกให้เข้าที่ การเชื่อมกระดูกให้ติดกัน การดามกระดูกด้วยโลหะดามกระดูก หมายเหตุ ใช้ได้ไม่เกิน ๒๐ ซีซี ต่อการผ่าตัด ๑ ครั้ง			
๗๑๐๓		๗.๑.๓ เส้นเอ็นเทียมใช้บริเวณมือ	เส้นละ	๓,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ทดแทนเส้นเอ็นบริเวณมือและแขนส่วนล่างที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บหรือโรคของเอ็นที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การเย็บต่อเส้นเอ็นให้เข้าที่หรือใช้การปลูกเส้นเอ็นจากส่วนอื่นของร่างกายได้			
๗๒๐๐	**๗.๒**	**โลหะดามยึดกระดูก**			
๗๒๐๑		๗.๒.๑ โลหะใส่ในโพรงกระดูก (Nail) ชนิดไม่มีรูล็อก (K-nail)	ชิ้นละ	๑,๔๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณระยางค์ โดยเป็นการหักชนิดที่ ไม่รุนแรงและรูปแบบการหักไม่ซับซ้อน			
๗๒๐๒		๗.๒.๒ โลหะใส่ในโพรงกระดูก(Nail)ชนิดมีรูล็อก(รวมค่าสกรู)	ชุดละ	๙,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณระยางค์ โดยเป็นการหักชนิดที่รุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อนไม่สามารถใช้โลหะใส่ในโพรงกระดูกชนิดธรรมดาได้			

M100.indd 381 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๗๒๐๓		๗.๒.๓ โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดไม่มีเกลียว (Nail plate) รวมสกรู	ชุดละ	๕,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อตะโพก และข้อเข่าจากการบาดเจ็บ หรือโรคโดยเป็นการหักชนิดที่ยังคงมีความมั่นคง เป็นการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง และรูปแบบการหักไม่ซับซ้อน			
๗๒๐๔		๗.๒.๔ โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกข้อตะโพก ชนิดมีเกลียว (เช่น ชุด Dynamic hip screw)	ชุดละ	๑๑,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อตะโพก จากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือ เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรง และรูปแบบการหักที่ซับซ้อน			
๗๒๐๕		๗.๒.๕ โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกที่เข่า ชนิดมีเกลียว (เช่น ชุด Dynamic condylar screw)	ชุดละ	๑๑,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อเข่าจาก การบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคงกระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อน			
๗๒๐๖		๗.๒.๖ โลหะดามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดแยกชิ้น (เช่น Gamma nail) รวมสกรู	ชุดละ	๒๔,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อตะโพกจากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการทรุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อน			
๗๒๐๗		๗.๒.๗ โลหะดามกระดูกสันหลัง ส่วนคอ (Cervical locking plate) (ระดับแรก ไม่เกิน ๒๔,๐๐๐ บาท ระดับถัดไป ไม่เกิน ๑๒,๐๐๐ บาทต่อระดับ)	ระดับละ	๒๔,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้			
		ลักษณะ มีแผ่นโลหะ ๑ ชิ้นและสกรูอย่างน้อย ๔ ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด)			
๗๒๐๘		๗.๒.๘ โลหะดามกระดูกสันหลัง ส่วนอก,เอว (PDS) (ระดับแรก ไม่เกิน ๒๒,๕๐๐ บาท ระดับถัดไป ไม่เกิน ๑๒,๕๐๐ บาท ต่อระดับ)	ระดับละ	๒๕,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนอก หรือเอว ที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้			
		ลักษณะ มีแท่งโลหะ ๒ ชิ้น และสกรูอย่างน้อย ๔ ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด)			
๗๒๐๙		๗.๒.๙ แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดกว้าง (Broad plate)	ชิ้นละ	๕,๒๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกระยางค์ขนาดใหญ่ที่หักและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้			
๗๒๑๐		๗.๒.๑๐ แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดแคบ (Narrow plate)	ชิ้นละ	๒,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๒.๙			
๗๒๑๑		๗.๒.๑๑ แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดมีแผ่นพยุง (Buttress plate)	ชิ้นละ	๓,๘๐๐	

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 382 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกระยางค์ขนาดใหญ่ที่หักบริเวณข้อและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้			
๗๒๑๒		๗.๒.๑๒ แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดเล็ก (Small fragment plate, mini plate)	ชิ้นละ	๑,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกระยางค์ขนาดเล็กที่หักและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้ หรือการยึดตรึงกระดูกใบหน้าและกะโหลกศีรษะ ในกรณีกระดูกหัก หรือมีการตัดกระดูกเพื่อการรักษาโรค			
๗๒๑๓		๗.๒.๑๓ แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดดัดได้ (Reconstruction plate)	ชิ้นละ	๒,๗๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะการหักซับซ้อนและไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้			
๗๒๑๔		๗.๒.๑๔ แผ่นโลหะดามกระดูก ชนิดมีหัวสกรูพยุง (Lock plate)	ชิ้นละ	๒๐,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักที่ซับซ้อนและเนื้อกระดูกผิดปกติจากโรคทางเมตะโบลิซึม โรคเลือด หรือ เนื้องอกบริเวณข้อไหล่ ข้อเข่า และข้อเท้า			
๗๒๑๕		๗.๒.๑๕ แผ่นโลหะขนาดเล็กที่ใช้ดามกระดูก	ชิ้นละ	๑,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้ยึดกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นดามกระดูกหรือใช้ยึดกระดูกโดยตรงก็ได้			
๗๒๑๖		๗.๒.๑๖ โลหะดามกระดูกภายนอก	ชุดละ	๑๐,๐๐๐	
		ลักษณะ ๑ ชุด มีแท่งโลหะ ดามกระดูก ๒ แท่ง โลหะยึดกระดูก ๔-๖ แท่ง และคีมยึด ๔-๖ ตัว			
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีการบาดเจ็บรุนแรง การติดเชื้อและการผ่าตัดที่มีลักษณะจำเพาะ ได้แก่ การยืด เลื่อนและหดกระดูก			
๗๓๐๐	๗.๓	**โลหะยึดกระดูก/เอ็น**			
๗๓๐๑		๗.๓.๑ สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw)	ตัวละ	๒,๔๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีปัญหาไม่สามารถใช้สกรูธรรมดา และใช้ร่วมกับแผ่นโลหะดามกระดูกชนิดหัวล็อก			
๗๓๐๒		๗.๓.๒ สกรูยึดแผ่นโลหะดามกระดูก	ตัวละ	๓๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ๑. ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีปัญหาไม่สามารถใช้สกรูธรรมดา หรือ ๒. ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นโลหะดามกระดูกชนิดหัวล็อก			
๗๓๐๓		๗.๓.๓ แท่งโลหะดามกระดูกขนาดต่างๆ (Schanz screw)	อันละ	๙๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักทั่วไป			
๗๓๐๔		๗.๓.๔ สกรูขนาดเล็กที่ใช้ดามกระดูก	ตัวละ	๘๐๐	
		ลักษณะ ใช้ยึดกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นดามกระดูกหรือใช้ยึดกระดูกโดยตรงก็ได้			
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หัก			
๗๓๐๕		๗.๓.๕ สกรูยึดเอ็นข้อเข่า	ตัวละ	๕,๗๐๐	
		ลักษณะ เป็นสกรูหัวจมหกเหลี่ยมมีเกลียวหยาบที่สามารถยึดส่วนกระดูกของเอ็นที่นำไปปลูกกับโพรงในกระดูกข้อเข่า			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อเข่า			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 383 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๗๓๐๖		๗.๓.๖ หมุดสมอยึดติดกับกระดูกชนิดมีวัสดุยึดเส้นเอ็น	ตัวละ	๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นหมุดที่สามารถใช้ยึดเอ็นกับกระดูกได้โดยตรงและมีส่วนต่อกับวัสดุที่ใช้เย็บเอ็น			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อไหล่และมือ			
๗๓๐๗		๗.๓.๗ สมอยึดกระดูกเข้ากับเนื้อเยื่อ (Suture anchor)	อันละ	๖,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับการเย็บซ่อมเอ็นบริเวณข้อต่างๆ ที่เอ็นถูกกระชากหลุดออกจากกระดูก			
๗๓๐๘		๗.๓.๘ ชุดสมอสำหรับเย็บซ่อมหมอนรองกระดูกเข่า (Arthroscopic meniscus repair system)	ชุดละ	๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นชุดประกอบด้วยเข็ม ๑ อันและด้ายสำหรับเย็บ			
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับเย็บซ่อมแซมหมอนรองกระดูกอ่อนในข้อเข่า			
๗๓๑๑		๗.๓.๑๑ ตะขอตรึงกระดูก (Staple)	ชิ้นละ	๑,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะจำเพาะและการตัดต่อกระดูก			
๗๓๑๓		๗.๓.๑๓ K-wire	ชิ้นละ	๓๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกส่วนปลายและกระดูกที่หักมีขนาดเล็ก รวมทั้งใช้เพื่อการดึงรักษากระดูกหัก			
๗๓๑๔		๗.๓.๑๔ สกรูชนิดพิเศษสำหรับใส่ข้อมือ	ชิ้นละ	๓,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกข้อมือ			
๗๔๐๐	**๗.๔**	**วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้ยึดกระดูกอื่นๆ**			
๗๔๐๑		๗.๔.๑ สารยึดกระดูก (Bone cement) ชนิดธรรมดา	ชุดละ	๒,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสารเมตทิลเมตาไคลเลต มีสองส่วนคือส่วนที่เป็นของเหลวและส่วนที่เป็นผง ใช้ผสมกันเพื่อให้เกิดการโพลิเมอไรเซชั่นและเป็นวัสดุปราศจากเชื้อ			
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงข้อเทียมกับกระดูกและใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกของกระดูก			
๗๔๐๒		๗.๔.๒ สารยึดกระดูก (Bone cement) ชนิดมียาปฏิชีวนะผสม	ชิ้นละ	๔,๓๐๐	
		ลักษณะ เป็นสารเมตทิลเมตาไคลเลต มีสองส่วนคือส่วนที่เป็นของเหลวและส่วนที่เป็นผงใช้ผสมกัน เพื่อให้เกิดการโพลิเมอไรเซชั่นและเป็นวัสดุปราศจากเชื้อและมียาปฏิชีวนะผสม เพื่อลดโอกาส การติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ และใช้ในรายที่เป็นการผ่าตัดแก้ไขข้อเทียมที่เคยติดเชื้อ			
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงข้อเทียมกับกระดูกในผู้ป่วยที่มีหรืออาจมีการติดเชื้อและใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกของกระดูก			
๗๕๐๐	**๗.๕**	**กระดูกชีวภาพ**			
๗๕๐๒		๗.๕.๒ กระดูกแข่แข็งขนาดเล็ก	ชิ้นละ	๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า ๗๐ องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึกโดยระบบสูญญากาศ			
		ข้อบ่งชี้ เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดเล็ก			
๗๕๐๓		๗.๕.๓ กระดูกแช่แข็งขนาดกลาง	ชิ้นละ	๑๕,๐๐๐	

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 384 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ลักษณะ เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า ๗๐ องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึกโดยระบบสูญญากาศ			
		ข้อบ่งชี้ เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่			
๗๕๐๔		๗.๕.๔ กระดูกแช่แข็งขนาดใหญ่	ชิ้นละ	๒๕,๐๐๐	
		ลักษณะ เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาดและการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า ๗๐ องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมม่าผนึกโดยระบบสูญญากาศ			
		ข้อบ่งชี้ เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่และบริเวณข้อและใช้ร่วมกับข้อเทียม			
๗๕๐๖		๗.๕.๖ แคลเซี่ยมไฮดรอกซี เอพาไตต์ขนาด ๑ ลูกบาศก์เซนติเมตร	ชิ้นละ	๒,๕๐๐	
		ลักษณะ เป็นสารไฮดรอกซีเอพาไตต์ที่สังเคราะห์ขึ้นหรือกึ่งสังเคราะห์หรือผลิตจากวิธีทางธรรมชาติผ่านขบวนการทำให้ปราศจากเชื้อและผนึกด้วยวิธีที่ใช้ในการเก็บวัสดุทางการแพทย์			
		ข้อบ่งชี้ เพื่อการปลูกกระดูกบริเวณใบหน้า กราม และกระดูกคอส่วนบนเท่านั้น			
๗๖๐๐	**๗.๖**	อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดกระดูกและข้อ			
๗๖๐๑		๗.๖.๑ ใบมีดตัดเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ (Blade for arthroscopic shaver)	อันละ	๔,๕๐๐	
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาของเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ			
		หมวด ๘ วัสดุ/อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู			
๘๓๐๐	**๘.๓**	**อุปกรณ์พยุงแกนลำตัว (Spinal orthosis)**			
๘๓๐๕		๘.๓.๕ เฝือกพยุงลำตัว	ชุดละ	๒,๐๐๐	
๘๓๐๖		๘.๓.๖ โลหะหรือ พลาสติกดามหลังคด	ชุดละ	๘,๐๐๐	
๘๓๐๗		๘.๓.๗ เฝือกพยุงระดับเอว (Lumbosacral support)	ชุดละ	๑,๐๐๐	
๘๔๐๐	**๘.๔**	**โลหะ/พลาสติกดามแขนภายนอก (Orthosis, upper extremity)**			
๘๔๐๑		๘.๔.๑ โลหะ/พลาสติกดามข้อไหล่ ข้อมือ และข้อศอกเด็ก	ข้างละ	๘๐๐	
๘๔๐๒		๘.๔.๒ โลหะ/พลาสติกดามข้อไหล่ ข้อมือ และข้อศอกผู้ใหญ่	ข้างละ	๑,๐๐๐	
๘๔๐๓		๘.๔.๓ โลหะ/พลาสติกดามข้อมือและข้อศอกพร้อมลวดสปริง	ชุดละ	๑,๐๐๐	
๘๕๐๐	**๘.๕**	**โลหะ/หรือพลาสติกดามขาภายนอกไม่รวมรองเท้า (Orthosis, lower extremity)**			
๘๕๐๑		๘.๕.๑ โลหะ/พลาสติกดามขาเด็กเล็กชนิดยาวไม่มีข้อเข่า	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๘๕๐๒		๘.๕.๒ พลาสติกดามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๕,๕๐๐	
๘๕๐๓		๘.๕.๓ โลหะดามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๑๑,๐๐๐	
๘๕๐๔		๘.๕.๔ พลาสติกดามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๕,๕๐๐	
๘๕๐๕		๘.๕.๕ โลหะดามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๑๑,๐๐๐	
๘๕๐๖		๘.๕.๖ พลาสติกดามขาขนาดใหญ่มีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๕,๕๐๐	
๘๕๐๗		๘.๕.๗ โลหะดามขาขนาดใหญ่มีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	๑๒,๐๐๐	
๘๕๐๙		๘.๕.๙ เบ้ารับน้ำหนักที่เอ็นสะบ้า (PTB)	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๘๕๑๐		๘.๕.๑๐ พลาสติกดามขาเด็กเล็กชนิดสั้น (กันเท้าตก)	ข้างละ	๑,๒๐๐	

M100.indd 385 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๘๕๑๒		๘.๕.๑๒ พลาสติกดามขาขนาดกลาง (กันเท้าตก)	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๘๕๑๔		๘.๕.๑๔ พลาสติกดามขาชนิดสั้นขนาดใหญ่ (กันเท้าตก)	ข้างละ	๑,๘๐๐	
๘๕๑๙		๘.๕.๑๙ พลาสติกดามข้อเท้า (Ankle-foot orthosis)	ข้างละ	๓,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อเท้าที่หลวม (Ankle instability)			
๘๕๒๐		๘.๕.๒๐ สายรัดกันเท้าตก	ข้างละ	๑๕๐	
๘๖๐๐	๘.๖	**อุปกรณ์พยุงข้อ (Single joint orthosis)**			
๘๖๐๑		๘.๖.๑ สายคล้องแขนกันไหล่หลุด	ข้างละ	๒๐๐	
๘๖๐๒		๘.๖.๒ สายคล้องแขน (Arm sling)	อันละ	๑๕๐	
๘๖๐๓		๘.๖.๓ อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) มีแกนด้านข้าง	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๘๖๐๔		๘.๖.๔ อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) ไม่มีแกนด้านข้าง	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๘๖๐๕		๘.๖.๕ แผ่นโลหะ/พลาสติกบังคับเชิงกรานเด็ก	ข้างละ	๕๐๐	
๘๖๐๖		๘.๖.๖ แผ่นโลหะบังคับเชิงกรานผู้ใหญ่	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๘๖๐๙		๘.๖.๙ อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าชนิดสำเร็จรูป	คู่ละ	๑,๒๐๐	
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อเท้า เอ็นข้อเท้า กระดูกฝ่าเท้าอักเสบ และใช้ในการบำบัดรักษาเอ็นฝ่าเท้าอักเสบที่เรื้อรังต่อเนื่อง			
๘๖๑๐		๘.๖.๑๐ อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย	ข้างละ	๒,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๘.๖.๙			
๘๖๑๒		๘.๖.๑๒ อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis)	คู่ละ	๑,๒๐๐	
		ลักษณะ เป็นวัสดุที่เสริมรองรับเท้าชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis) มีคุณสมบัติ ๑. ทำจากวัสดุที่ชั้นบนมีความนุ่มและยืดหยุ่น (Cushion) ส่วนวัสดุชั้นล่างช่วยในการคงรูปของชั้นบน (Contour) ๒. ต้องหล่อพิเศษเฉพาะราย มีความหนาอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร และโค้งเข้ารูปตลอดความยาวของฝ่าเท้าผู้ป่วยแต่ละราย (Total Contact Insole/Orthosis)			
		ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยเกณฑ์ แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า* แล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง			
๘๗๐๐	๘.๗	**เครื่องช่วยเดิน (Walking Aids)**			
๘๗๐๑		๘.๗.๑ เครื่องช่วยเดินชนิด ๔ ขา (Pick-up-walker)	อันละ	๗๐๐	
๘๗๐๒		๘.๗.๒ เครื่องช่วยเดินชนิด ๔ ขา มีล้อ	อันละ	๖,๐๐๐	
๘๗๐๓		๘.๗.๓ ไม้เท้า ๑ ปุ่ม	อันละ	๑๙๐	
๘๗๐๔		๘.๗.๔ ไม้เท้าชนิด ๓ หรือ ๔ ปุ่ม	อันละ	๖๐๐	
๘๗๐๕		๘.๗.๕ ไม้ค้ำยัน	คู่ละ	๒๕๐	
๘๘๐๐	๘.๘	**รองเท้า**			
๘๘๑๓		๘.๘.๑๓ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้	คู่ละ	๑,๘๐๐	
		ลักษณะ			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 386 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		๑. รองเท้าทำจากหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่มีความยืดหยุ่น ระบายอากาศ บุ/หรือซับในด้วยหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่อ่อนนุ่ม (วัสดุสังเคราะห์ที่ใช้ห้ามเป็นยางพารา /ไวนิล / พลาสติก) ๒. ส่วนหัวรองเท้าเป็นชนิดปิดปลายนิ้วเท้าและต้องกว้างพอเพื่อไม่ให้บีบหรือกดนิ้วเท้า ไม่มีตะเข็บแข็ง เพื่อป้องกันการเกิดแผล และต้องมีสายรัดส้น หรือ หุ้มส้นเท้า (Back strap / Heel counter) ส่วน หัวรองเท้าชนิดเปิดปลายนิ้วเท้า ใช้ได้เฉพาะกรณีที่มีแผลและอยู่ระหว่างการทำแผล เท่านั้น ๓. รองเท้าต้องปรับขนาดได้ด้วยเชือก หรือ Velcro เป็นต้น เพื่อสามารถกระชับเท้าให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่เกิดการ เสียดสี ๔. เป็นรองเท้าที่มีความลึกมากกว่าปกติอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร(deep inlay) สามารถถอดพื้นรองเท้าด้านใน เพื่อใส่แผ่นเสริมได้ ๕. พื้นรองเท้าด้านใน ทำจากวัสดุที่มีความยืดหยุ่น นุ่ม มีความหนาอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร ๖. พื้นรองเท้าด้านนอก (Outsole) ทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ไม่ลื่น สามารถปรับแต่งพื้นได้ และมีความโค้ง ลักษณะ Toe Only Rocker Bottom Shoes			
		ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยเกณฑ์แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าแล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง			
๘๘๑๔		๘.๘.๑๔ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้	คู่ละ	๒,๘๐๐	
		ลักษณะ เหมือนกับ ๘๘๑๓ แต่เป็นรองเท้าตัด ไม่ใช่รองเท้าสำเร็จรูป			
		ข้อบ่งชี้ เหมือนรหัส ๘๘๑๓ แต่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปชนิด Depth-Inlay Shoes ให้สวมใส่ได้			
		หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานทั้ง ๓ รายการ ให้มีสิทธิเบิกได้คนละไม่เกิน ๑ คู่ต่อราย ภายในระยะเวลา ๑ ปี นับจากวันที่ได้รับอุปกรณ์			
		หมวด ๙ อื่นๆ			
	๙.๒	**รายการฟันเทียมถอดได้และอุปกรณ์**			
		๙.๒.๐ ฟันเทียมทั้งปากถอดได้			
๙๒๐๒		๙.๒.๐.๒ ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ๑ ชิ้น บน หรือล่าง (Single denture)	ชิ้นละ	๒,๔๐๐	
		ลักษณะ ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ฐานอะคริลิก ชิ้นเดียว			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปทั้งหมด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร			
๙๒๐๓		๙.๒.๐.๓ ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ๒ ชิ้น บน หรือล่าง (Complete denture)	ชุดละ	๔,๔๐๐	
		ลักษณะ ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ฐานอะคริลิก สองชิ้น			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปทั้งหมด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร			
๙๒๐๔		๙.๒.๐.๔ ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ๑-๕ ซี่	ชิ้นละ	๑,๓๐๐	

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 387 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
		ลักษณะ ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานอะคริลิก			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติบางซี่ที่สูญเสียไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร			
๙๒๐๕		๙.๒.๐.๕ ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ มากกว่า ๕ ซี่	ชิ้นละ	๑,๕๐๐	
		ลักษณะ ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานอะคริลิก			
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติบางซี่ที่สูญเสียไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร			
		(ในกรณีที่จำเป็นต้องใช้ตะขอ ราคาตะขอจะรวมอยู่กับราคาฟันเทียมบางส่วนถอดได้แล้วใน ๙.๒.๐.๔ - ๙.๒.๐.๕)			
		หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกฟันเทียม			
		๑. ฟันเทียมถอดได้และอุปกรณ์ ให้มีสิทธิเบิกได้คนละไม่เกินชิ้นละ/ชุดละ ภายในระยะเวลา ๕ ปี (โดยให้ระบุตำแหน่งที่ทำแต่ละครั้ง) ๒. การเบิกฟันเทียมทั้งหมด ราคาที่ให้เบิกเป็นราคาที่เหมาจ่ายและได้รวมค่าวัสดุที่ใช้ในการพิมพ์ปากแล้ว			

หมายเหตุ โปรแกรมส่งข้อมูลเบิก

๑. รายการอุปกรณ์สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC ทั่วไป) ส่งข้อมูลเบิกในโปรแกรม e-Claim

๒. รายการอุปกรณ์สำหรับคนพิการ (ท. ๗๔) ส่งข้อมูลเบิกในโปรแกรมฟื้นฟูคนพิการ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 388 9/14/17 9:04 AM

เรื่อง รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมและข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ.๒๕๕๙
ลงวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๙

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
	๒.๕	**เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการ**			
		ข้อบ่งชี้ทั่วไปของการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง ๑. ใช้กับคนพิการที่สูญเสียการได้ยิน ๒ หู และมีการได้ยินที่ยังคงเหลืออยู่ (Residual Hearing) ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด และมีลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๑.๑ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาหรือการผ่าตัด หรือมีข้อห้ามในการผ่าตัดหรือปฏิเสธการผ่าตัด ๑.๒ สูญเสียการได้ยินแบบประสาทหูเสื่อมอย่างเฉียบพลันหลังการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องมากกว่า ๑๐๐ วัน ๑.๓ การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการสื่อความหมายและการดำรงชีวิตประจำวันหรือทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ๑.๔ การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาภาษาและการพูดหรือมีความพิการซ้อน ๒. ระดับการสูญเสียการได้ยิน มีการสูญเสียการได้ยินทั้งสองข้าง โดยข้างที่ดีกว่าจะต้องมีค่าเฉลี่ยของระดับการได้ยินทางอากาศ (Air Conduction Threshold) ของความถี่ ๕๐๐, ๑,๐๐๐ และ ๒,๐๐๐ เฮิรตซ์ เท่ากับหรือมากกว่า ๔๐ เดซิเบล จากการตรวจวัดการได้ยินตามมาตรฐานวิชาชีพ			หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่อง ช่วยฟัง ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๑	๒๕๐๕	๒.๕.๕ เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบดิจิตอล <u>ลักษณะ</u> : ๑. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) ๕๐-๙๐ เดซิเบล ๒. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) ๑๐๐-๓,๐๐๐ เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า ๓. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เดซิเบล <u>ข้อบ่งชี้</u> ๑. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการใช้มือ การควบคุมปรับปุ่มต่างๆ การเปลี่ยนแบตเตอรี่ การใส่เครื่อง เช่น ผู้สูงอายุ คนตาบอด ผู้ที่มีความพิการ	เครื่องละ	๙,๐๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย ๓,๐๐๐ บาท

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 389 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		๒. ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคศาสตร์ของใบหน้า เช่น ผู้ที่ไม่มีใบหู ใบหูขนาดเล็ก หรือช่องหูผิดปกติที่ไม่สามารถเลือกใช้เครื่องช่วยฟังแบบอื่นได้ ๓. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (แบตเตอรี่สำหรับแบบกล่องราคาถูกกว่าแบบอื่นๆ) ๔. ผู้ที่มีความลำบากในการหาซื้อแบตเตอรี่ (แบตเตอรี่สำหรับเครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ถ่าน AA, AAA หาซื้อได้ง่าย) ๕. ผู้ต้องการเครื่องช่วยฟังที่มีความทนทานเป็นพิเศษ เช่น เด็กที่มีความพิการซ้ำซ้อน อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๓ ปี			
๒	๒๕๐๖	๒.๕.๖ เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบอนาล็อก ลักษณะ : ๑. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) ๕๐-๙๐ เดซิเบล ๒. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) ๑๐๐ - ๓,๐๐๐ เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า ๓. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เดซิเบล ข้อบ่งชี้ ๑. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการใช้มือ การควบคุมปรับปุ่มต่างๆ การเปลี่ยนแบตเตอรี่ การใส่เครื่อง เช่น ผู้สูงอายุ คนตาบอด ผู้ที่มีความพิการ ๒. ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคศาสตร์ของใบหน้า เช่น ผู้ที่ไม่มีใบหู ใบหูขนาดเล็ก หรือช่องหูผิดปกติที่ไม่สามารถเลือกใช้เครื่องช่วยฟังแบบอื่นได้ ๓. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (แบตเตอรี่สำหรับแบบกล่องราคาถูกกว่าแบบอื่นๆ) ๔. ผู้ที่มีความลำบากในการหาซื้อแบตเตอรี่ แบตเตอรี่สำหรับเครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ถ่าน AA, AAA หาซื้อได้ง่าย ๕. ผู้ต้องการเครื่องช่วยฟังที่มีความทนทานเป็นพิเศษ เช่น เด็กที่มีความพิการซ้ำซ้อน อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๓ ปี	เครื่องละ	๗,๐๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย ๓,๐๐๐ บาท

2

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 390 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
๓	๒๕๐๗	๒.๕.๗ เครื่องช่วยฟังแบบทัดหลังใบหู ระบบดิจิตอล ลักษณะ : ๑. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) ๔๐-๙๐ เดซิเบล ๒. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) ๑๐๐-๓,๙๐๐ เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า ๓. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า ๑๑๐ เดซิเบล ข้อบ่งชี้ ๑. เหมาะสำหรับเด็กและทุกวัย ๒. ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินระดับน้อยจนถึงรุนแรงมาก อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๓ ปี	ข้างละ	๑๒,๐๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย ๓,๐๐๐ บาท
๔	๒๕๐๘	๒.๕.๘ เครื่องช่วยฟังแบบใส่ในช่องหู ระบบดิจิตอล ลักษณะ : ๑. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) ๓๐-๗๐ เดซิเบล ๒. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) ๑๐๐-๔,๙๐๐ เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า ๓. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ เดซิเบล ข้อบ่งชี้ ๑. ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินระดับน้อยจนถึงรุนแรง ๒. ผู้ใหญ่หรือผู้ที่มีกิจกรรมมาก ๓. เด็กที่อายุมากกว่า ๗ ปีหรือเด็กที่มีการพัฒนาใบหูช่องหูเต็มที่แล้ว เด็กในวัยเรียน ๔. ผู้ที่ทำงานที่ต้องมีการรับโทรศัพท์บ่อย หรือต้องใช้เครื่องช่วยฟังร่วมกับที่ครอบหู ๕. ผู้ที่ไม่มีปัญหาในการใช้มือ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๓ ปี	ข้างละ	๑๒,๕๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย ๑,๕๐๐ บาท
๕	๒๕๐๙	๒.๕.๙ เครื่องช่วยฟังแบบนำเสียงผ่านกระดูกแบบหูเดียว ระบบดิจิตอล ลักษณะ : ๑. กำลังขยายสูงสุด (Peak Gain) ไม่ต่ำกว่า ๖๐ เดซิเบล ๒. ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง (Frequency Response) ๑๓๐-๓,๓๐๐ เฮิรตซ์ หรือกว้างกว่า ๓. ความดังสูงสุด (Maximum power output) ไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เดซิเบล ข้อบ่งชี้	เครื่องละ	๑๒,๕๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย ๑,๕๐๐ บาท

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 391 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		๑. ผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินแบบทางนำเสียงบกพร่อง (Conductive Hearing Loss) ซึ่งไม่สามารถใช้เครื่องช่วยฟังแบบอื่นๆ ได้ เช่น มีการติดเชื้อที่หู เป็นหูน้ำหนวก เรื้อรัง มีน้ำไหลออกจากหู ๒. ผู้ที่ไม่มีใบหู ช่องหูผิดปกติ หรือไม่มีช่องหู อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๓ ปี			
		แขนเทียม (Prosthesis, upper extremity)			
		ข้อบ่งชี้ทั่วไปของการใช้อุปกรณ์ส่วนปลายที่มีระบบการใช้งาน (มือ ๕ นิ้วหรือมือตะขอ) หรือ Body-Powered Prosthesis คือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ต้องมีการเคลื่อนไหวข้อต่อไหล่ (shoulder joint) รวมทั้ง scapulothoracic motion ที่ปกติ และกำลังกล้ามเนื้อรอบหัวไหล่ที่แข็งแรงสามารถออกแรงดึงหรือควบคุมสายบังคับของอุปกรณ์ส่วนปลายได้ (การเคลื่อนไหวที่สำคัญ คือ glenohumeral flexion และ scapular abduction) สำหรับการเลือกใช้ Body-Powered Prosthesis สิ่งที่จำเป็นต้องประเมินและฝึกให้ผู้ป่วย/คนพิการ คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ๑) Scapular Abduction ๒) Chest Expansion ๓) Shoulder Depression, Extension และ Abduction ๔) Humeral Flexion ๕) Elbow Flexion และ Extension ๖) Forearm Pronation และ Supination			
๖	๘๑๐๑	๘.๑.๑ แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้ว มีระบบการใช้งาน ลักษณะ : ๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว สามารถใช้งานได้ ระบบดึงแล้วอ้า ๒. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า ๓๐ ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC ๓. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๔. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายเอ็นหรือสายโลหะปลอดสนิมพร้อมตัวยึดสาย ๕. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒.๕-๓.๕ ซม. พร้อมวงแหวน (O ring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลส พร้อมน็อต แป้นยึดสาย ๖. เบ้าแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก	ข้างละ	๓๖,๕๐๐	

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 392 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) ๒. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อมือเทียม (Wrist Component) และมือเทียม (Terminal Device) ได้ ๓. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสม สำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) ๔. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดมือมีห้านิ้วมีระบบการใช้งานมือเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๗	๘๑๐๒	๘.๑.๒ แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งาน ลักษณะ : ๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว ชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ ๒. ข้อมือใช้ต่อกับมือเทียม ๓. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า ๓๐ ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC ๔. เบ้าแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) ๒. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อมือเทียม (Wrist Component) และมือเทียม (Terminal Device) ได้ ๓. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการความสวยงามหรือในผู้ป่วย/คนพิการกลุ่มผู้สูงอายุ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑๗,๒๐๐	

5

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 393 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
๘	๘๑๐๓	๘.๑.๓ แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะ ลักษณะ : ๑. มือตะขอโลหะทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๒. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๓. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายโลหะปลอดสนิมพร้อมตัวยึดสาย ๔. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒.๕-๓.๕ ซม. พร้อมวงแหวน (O ring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลส พร้อมนอตแป้นยึดสาย ๕. เบ้าแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) ๒. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อมือเทียม (Wrist Component) และมือเทียมชนิดตะขอโลหะ (Terminal Device) ได้ ๓. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย เหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) ๔. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดตะขอโลหะมีระบบ การใช้งานที่ต้องการใช้หยิบจับสิ่งของขนาดเล็กหรืองานที่ต้องการความละเอียดสูง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒๘,๕๐๐	
๙	๘๑๐๔	๘.๑.๔ แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วไม่มีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ ลักษณะ : ๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว ชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ ๒. ข้อมือใช้ต่อกับมือเทียม ๓. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า ๓๐ ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC ๔. ข้อศอกปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock) ๕. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก	ข้างละ	๓๗,๐๐๐	

6

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 394 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับผู้ป่วย/คนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) หรือระดับศอก (Elbow disarticulation amputation level) ๒. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อศอกเทียม (Elbow joint unit) ได้ ๓. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดมือมีห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งานมือเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๑๐	๘๑๐๕	๘.๑.๕ แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ ลักษณะ : ๑. มือตะขอโลหะทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๒. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๓. ข้อศอกปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock) ๔. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายโลหะปลอดสนิมพร้อมตัวยึดสาย ๕. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒.๕–๓.๕ ซม. พร้อมวงแหวน (Oring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลส พร้อมนอตแป้นยึดสาย ๖. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับผู้ป่วย/คนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) หรือระดับศอก (Elbow disarticulation amputation level) ๒. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อศอกเทียม (Elbow joint unit) ได้ ๓. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) ๔. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดตะขอโลหะมีระบบการใช้งานที่ต้องการใช้หยิบจับสิ่งของขนาดเล็กหรืองานที่ต้องการความละเอียดสูง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๔๘,๐๐๐	

7

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 395 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
๑๑	๘๑๐๖	๘.๑.๖ แขนเทียมชิดไหล่หรือแนบไหล่ส่วนปลายชนิดห้านิ้วไม่มีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ (ระบบแกนนอก) ลักษณะ : ๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว ชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ ๒. ข้อมือใช้ต่อกับมือเทียม ๓. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า ๓๐ ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC ๔. ข้อศอกปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock) ๕. เบ้าแขนเทียมระดับชิดไหล่หรือแนบไหล่ ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับไหล่ (Shoulder disarticulation level) ๒. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดมือมีห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งานมือเทียม ๓. การตัดระดับนี้ความยาวตอแขนและกล้ามเนื้อที่เหลืออยู่มีไม่เพียงพอต่อการควบคุมการทำงานของแขนเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๓๘,๐๐๐	
๑๒	๘๑๐๗	๘.๑.๗ แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วมีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ ลักษณะ : ๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว สามารถใช้งานได้ ระบบดึงแล้วอ้า ๒. ถุงมือยางสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า ๓๐ ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC ๓. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๔. ข้อศอกปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock) ๕. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายเอ็นหรือสายโลหะปลอดสนิม พร้อมตัวยึดสาย ๖. ชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒.๕-๓.๕ ซม. พร้อมวงแหวน (O ring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลส พร้อมนอตแป้นยึดสาย ๗. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก	ข้างละ	๕๖,๐๐๐	

8

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 396 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) ๒. ความยาวของตอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อศอกเทียม (Elbow joint unit) ได้ ๓. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
		ส่วนประกอบแขนเทียมสำหรับกรณีซ่อม			
๑๓	๘๑๐๘	๘.๑.๘ เบ้าแขนเทียมใต้ศอก ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับผู้ป่วย/คนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒,๐๐๐	
๑๔	๘๑๐๙	๘.๑.๙ เบ้าแขนเทียมระดับศอก ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมระดับศอก แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับระดับศอก (Elbow disarticulation amputation level) อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๑๕	๘๑๑๐	๘.๑.๑๐ เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมระดับเหนือศอก แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๓,๐๐๐	

M100.indd 397 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
๑๖	๘๑๑๑	๘.๑.๑๑ เบ้าแขนเทียมระดับไหล่ ลักษณะ : ผลิตจากเรซินหรือพลาสติก ใช้สวมตอแขนเทียมระดับไหล่ แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอแขนเหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับไหล่ (Shoulder disarticulation level) อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้แขนเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าแขนเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๔,๐๐๐	
๑๗	๘๑๑๒	๘.๑.๑๒ สายบังคับแขนเทียม/มือเทียม ลักษณะ : ทำหน้าที่ยึดแขนเทียมกับตอแขนที่เหลืออยู่ ควบคุมการล็อคและปลดล็อคของข้อศอกและการทำงานหุบอ้าของมือเทียมหรือการเคลื่อนไหวของอุปกรณ์ส่วนปลาย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่ใช้แขนเทียมระดับต่างๆ ที่มีระบบการใช้งาน อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	เส้นละ	๓,๒๐๐	
๑๘	๘๑๑๔	๘.๑.๑๔ มือเทียมห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งาน ลักษณะ : มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว ชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ ทำจากโฟมนุ่มมีหลายขนาดให้เลือก รูปร่างเหมือนมือและใช้ร่วมกับถุงมือเทียมสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะมือเทียมชนิดห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งาน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๘,๐๐๐	
๑๙	๘๑๑๕	๘.๑.๑๕ มือตะขอโลหะ ลักษณะ : ๑. มือตะขอโลหะทำด้วยโลหะปลอดสนิม หุ้มด้วยพลาสติก ๒. เป็นตะขอสำหรับถือ จับ หิ้วอุปกรณ์/เครื่องมือ สามารถอ้าหรือหุบได้ตามความต้องการของคนพิการ ควบคุมการใช้งานด้วยลำตัว ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะมือเทียมตะขอโลหะ กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒๐,๐๐๐	
๒๐	๘๑๑๖	๘.๑.๑๖ มือเทียมห้านิ้วมีระบบการใช้งาน ลักษณะ : สามารถอ้าหรือหุบได้ตามความต้องการของผู้พิการ ควบคุมการใช้งานด้วยลำตัว ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะมือเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้	ชิ้นละ	๒๑,๐๐๐	

10

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 398 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๒๑	๘๑๑๗	๘.๑.๑๗ ข้อมือเทียมชนิดโลหะ ลักษณะ : เป็นส่วนประกอบที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และมือเทียม/มือตะขอโลหะ โดยข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อมือเทียม กรณีชำรุดไม่ สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๕,๐๐๐	
๒๒	๘๑๑๘	๘.๑.๑๘ ข้อมือเทียมชนิดไม้ ลักษณะ : เป็นส่วนประกอบที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และมือเทียม/มือตะขอโลหะ โดยข้อมือทำจากไม้ เกลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อมือเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๑,๙๐๐	
๒๓	๘๑๑๙	๘.๑.๑๙ ข้อศอกล๊อคได้ด้วยมือ ลักษณะ : ๑. เป็นส่วนประกอบของข้อศอกเทียมที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และแขน/เบ้าท่อนบน (Arm) เพื่อประกอบเป็นแขนเทียม ๒. ข้อศอกเทียมเป็นชนิดปรับล็อคได้ด้วยมือ (manual lock) ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อศอกเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๑๙,๐๐๐	
๒๔	๘๑๒๐	๘.๑.๒๐ ข้อศอกเทียมล็อกได้แบบอัตโนมัติ ลักษณะ : ๑. เป็นส่วนประกอบของข้อศอกเทียมที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และแขน/เบ้าท่อนบน (Arm)เพื่อประกอบเป็นแขนเทียม ๒. ข้อศอกเทียมเป็นชนิดปรับล็อคได้แบบอัตโนมัติ ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อศอกเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๔๐,๐๐๐	
๒๕	๘๑๒๑	๘.๑.๒๑ ข้อศอกเทียมล็อกได้ด้วยสายบังคับ ลักษณะ :	ชิ้นละ	๔๕,๐๐๐	

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 399 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		๑. เป็นส่วนประกอบของข้อศอกเทียมที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง(Forearm) และแขน/เบ้าท่อนบน (Arm) เพื่อประกอบเป็นแขนเทียม ๒. ข้อศอกเทียมเป็นชนิดปรับล็อคได้ด้วยสายบังคับ ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อศอกเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๒๖	๘๑๒๒	๘.๑.๒๒ สายรัดแขนเทียม ลักษณะ : สายคล้องรัดพยุงแขนเทียมกับลำตัว เป็นชุดสายยึดเบ้าแขนเทียม (Harness) ทำจากสายไนล่อนเป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒.๕-๓.๕ ซม. พร้อมวงแหวน (Oring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลสพร้อมน็อตแป้นยึดสาย ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะสายรัดแขนเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	เส้นละ	๒๕๐	
		ขาเทียม (Prosthesis, lower extremity)			
		ข้อบ่งชี้ทั่วไป : ใช้ในผู้ที่ขาขาดเพื่อทดแทนขาที่หายไปเพื่อประโยชน์ในการยืนเดิน			
๒๗	๘๒๐๑	๘.๒.๑ ขาเทียมระดับข้อเท้า (Symes) ลักษณะ : ขาเทียมระดับข้อเท้าที่มีเบ้าขาเทียมติดกับเท้าเทียมโดยตรง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมระดับข้อเท้า ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. เท้าเทียม ชนิดไม่มีข้อ หรือเท้าเทียมแบบเฉพาะสำหรับขาเทียมระดับข้อเท้า ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับข้อเท้า (Syme/Ankle disarticulation amputation level) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑๑,๐๐๐	
๒๘	๘๒๐๒	๘.๒.๒ ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนนอก ลักษณะ : ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนนอก ใช้ไม้หรือโฟมสังเคราะห์เชื่อมระหว่างเบ้าขาเทียม ข้อเท้าเทียมและเท้าเทียม ภายหลังจัดแนวขาเทียมจะใช้วิธีตกแต่งรูปร่างของไม้หรือโฟมสังเคราะห์ให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง แล้วเคลือบด้วยเรซิ่นอีกครั้งเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมใต้เข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน	ข้างละ	๖,๐๐๐	

12

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 400 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		๒. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot ๓. ข้อเท้าไม้ โดยมีหัวฝังหกเหลี่ยมพร้อมแป้นดาวกระจายและแหวนสปริง เพื่อใช้ยึดกับน็อต ยึดฝ่าเท้า ๔. น็อตยึดฝ่าเท้า ๕. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๖. แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มีก็ได้) <u>ข้อบ่งชี้</u> : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า (Trans tibial amputation level) <u>อายุการใช้งาน</u> : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี			
๒๙	๘๒๐๓	๘.๒.๓ ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน <u>ลักษณะ</u> : ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน มีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียม และเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียม จะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็งในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมใต้เข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ตัวยึดเบ้าขาเทียม ๓. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง ๔. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ ๕. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ ตัวยึดเท้าเทียม ๖. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot ๗. น็อตยึดฝ่าเท้า ๘. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๙. แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๑๐. โฟมขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) <u>ข้อบ่งชี้</u> : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า (Trans tibial amputation level)	ข้างละ	๑๒,๐๐๐	

13

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 401 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		๒. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือคนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี			
๓๐	๘๒๐๔	๘.๒.๔ ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนนอก ลักษณะ : ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนนอก ใช้ไม้หรือโฟมสังเคราะห์เชื่อมระหว่างข้อเข่าขาเทียมข้อเท้าเทียม และเท้าเทียม ภายหลังจัดแนวขาเทียมจะใช้วิธีตกแต่งรูปร่างของไม้หรือโฟมสังเคราะห์ให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่งแล้วเคลือบด้วยเรซิ่นอีกครั้งเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมระดับเข่าเข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ข้อเข่าแบบประกบข้างนอกและข้างในข้อ ชนิด Outside hinge joint ทำจากสแตนเลส หรือโลหะอย่างดี ๓. หน้าแข้งขาเทียม ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ๔. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot ๕. ข้อเท้าไม้ โดยมีหัวฝังหกเหลี่ยมพร้อมแป้นดาวกระจายและแหวนสปริง เพื่อใช้ยึดกับน็อตยึดฝ่าเท้า ๖. น็อตยึดฝ่าเท้า ๗. สายเข็มขัดขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๘. แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับข้อเข่า (Knee Disarticulation level) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒๑,๐๐๐	
๓๑	๘๒๐๕	๘.๒.๕ ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนนอก ลักษณะ : ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนนอก ใช้ไม้หรือโฟมสังเคราะห์เชื่อมระหว่างเบ้าขาเทียมต่อกับข้อเข่าเทียม และระหว่างข้อเข่าเทียมกับข้อเท้าเทียมและเท้าเทียม ภายหลังจัดแนวขาเทียมจะใช้วิธีตกแต่งรูปร่างของไม้หรือโฟมสังเคราะห์ให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง แล้วเคลือบด้วยเรซิ่นอีกครั้งเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมระดับเหนือเข่าเข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน	ข้างละ	๒๖,๐๐๐	

14

M100.indd 402 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		๒. ข้อเข่าชนิดแกนเดี่ยวพร้อมระบบเบรกอัตโนมัติ มีตัวช่วยเหยียดข้อเข่าและปรับความฝืดข้อเข่าได้ ๓. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot ๔. ข้อเท้าไม้ โดยมีหัวฝังหกเหลี่ยมพร้อมแป้นดาวกระจายและแหวนสปริงเพื่อใช้ยึดกับน็อตยึดฝ่าเท้า ๕. น็อตยึดฝ่าเท้า ๖. สายเข็มขัดขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) ๗. แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) <u>ข้อบ่งชี้</u> : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเหนือเข่า (Trans femoral amputation level) <u>อายุการใช้งาน</u> : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๓๒	๘๒๐๖	๘.๒.๖ ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน <u>ลักษณะ</u> : ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน มีตัวต่อเบ้าเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียมกับข้อเข่าเทียมและมีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างข้อเข่าและเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็ง ในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมเหนือเข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ตัวยึดเบ้าขาเทียม ๓. ข้อเข่าเทียม ชนิดแกนเดี่ยว หรือหลายแกน ตามความแข็งแรงและเหมาะสมกับกิจกรรมของคนพิการ ๔. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง ๕. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ ๖. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ ตัวยึดเท้าเทียม ๗. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot หรือแกนเดี่ยว หรือหลายแกน ๘. น็อตยึดฝ่าเท้า ๙. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๑๐. แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมี หรือไม่มี) ๑๑. โฟมขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) <u>ข้อบ่งชี้</u> :	ข้างละ	๒๘,๐๐๐	

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 403 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเหนือเข่า (Transfemoral amputation level) ๒. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือคนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๓๓	๘๒๒๔	๘.๒.๒๔ ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนในเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis) ลักษณะ : ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน มีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียม และเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็ง ในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมใต้เข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ตัวยึดเบ้าขาเทียม ๓. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง ๔. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ ๕. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ ตัวยึดเท้าเทียม ๖. เท้าเทียมชนิด Single axis ๗. น็อตยึดฝ่าเท้า ๘. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๙. แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) ๑๐. โฟมขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า (Trans tibial amputation level) ๒. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ ผู้สูงอายุ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือ คนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม มีกำลังกล้ามเนื้อไม่เพียงพอในการควบคุมข้อเข่าในช่วงการเดินได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๓๐,๐๐๐	

16

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 404 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
๓๔	๘๒๒๕	๘.๒.๒๕ ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนใน ลักษณะ : ขาเทียมระดับข้อเข่าแกนใน มีตัวต่อเบ้าเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียมกับข้อเข่าเทียมและมีแกนท่อเชื่อมต่อระหว่างข้อเข่าและเท้าเทียม โดยส่วน ประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โฟมนิ่มหรือโฟมสังเคราะห์แข็ง ในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมระดับข้อเข่าผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ตัวยึดเบ้าขาเทียม ๓. ข้อเข่าเทียมชนิดแกนเดี่ยวหรือหลายแกนตามความแข็งแรงและเหมาะสมกับกิจกรรมของคนพิการ ๔. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง ๕. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ ๖. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ตัวยึดเท้าเทียม ๗. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot หรือแกนเดี่ยวหรือหลายแกน ๘. น็อตยึดฝ่าเท้า ๙. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๑๐. แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๑๑. โฟมขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับข้อเข่า (Knee Disarticulation level) ๒. คนพิการสามารถลงน้ำหนักที่ปลายตอขาได้ ๓. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือคนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒๘,๐๐๐	
		ส่วนประกอบขาเทียมสำหรับกรณีซ่อม			
๓๕	๘๒๐๙	๘.๒.๙ เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่าง ๆ ลักษณะ : เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ แบ่งออกเป็นหลายๆ แบบ ตัวอย่าง เช่น Solid Ankle Cushion Heel (SACH), Single-axis, Multiaxial, Flexible keel และ Dynamic response เป็นต้น	ข้างละ	๓,๐๐๐	

17

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 405 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเท้าเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี			
๓๖	๘๒๑๘	๘.๒.๑๘ เบ้าขาเทียมใต้เข่า/ข้อเท้า ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับใต้เข่า/ข้อเท้า แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ๑. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้าขาเทียม ๒. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับใต้เข่า/ข้อเท้า อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๓๗	๘๒๑๙	๘.๒.๑๙ เบ้าขาเทียมระดับเข่า ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับเข่าแบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ๑. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้าขาเทียม ๒. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเข่า อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๔,๐๐๐	
๓๘	๘๒๒๐	๘.๒.๒๐ เบ้าขาเทียมเหนือเข่า ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับเหนือเข่า แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ๑. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า ๒. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับเหนือเข่า อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๔,๐๐๐	
๓๙	๘๒๒๑	๘.๒.๒๑ เบ้าขาเทียมระดับสะโพก ลักษณะ : ผลิตจากเรซิ่นหรือพลาสติก ใช้สวมตอขาระดับเหนือเข่า แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของตอขาที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ :	ข้างละ	๖,๐๐๐	

18

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 406 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		๑. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า ๒. สำหรับคนพิการที่ตัดขาระดับสะโพก อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๔๐	๘๒๒๒	๘.๒.๒๒ สายเข็มขัดเทียม/สายยึดเบ้าขาเทียม ลักษณะ : เป็นสายเข็มขัดหนังหรือไนลอน เพื่อยึดเบ้าขาเทียมกับลำตัวของคนพิการ ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับยึดขาเทียมระดับใต้เข่า (Supracondylar cuff suspension) ๒. ใช้สำหรับยึดขาเทียมระดับเหนือเข่า/ระดับเข่า (Silesian band) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒๕๐	
๔๑	๘๒๒๓	๘.๒.๒๓ แป้นสายเข็มขัด ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับยึดสายเข็มขัดขาเทียมระดับใต้เข่า/เหนือเข่า/ระดับเข่า ๒. ใช้ควบคู่กับสายเข็มขัดขาเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	คู่ละ	๑๐๐	
๔๒	๘๒๒๖	๘.๒.๒๖ ข้อเข่าเทียมแบบแกนใน ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนข้อเข่าเทียมเพื่อประกอบขาเทียมแบบแกนในระดับข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพก ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะข้อเข่าเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑๓,๐๐๐	
๔๓	๘๒๒๗	๘.๒.๒๗ ข้อเท้าสำหรับเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis ankle joint) ลักษณะ : ข้อเท้าโลหะอย่างดีชนิดแกนเดี่ยวสามารถขยับกระดกขึ้นลงได้ในแนวหน้าหลัง มีลูกยางด้านหลังสำหรับประคองขณะกระดกข้อเท้าลง ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะข้อเท้าสำหรับเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	ข้างละ	๒,๕๐๐	

19

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 407 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
๔๔	๘๒๒๘	๘.๒.๒๘ เท้าหลุมสำหรับข้อเท้าโยกได้ ลักษณะ : เป็นเท้าเทียมชนิดพิเศษที่ใช้ประกอบกับข้อเท้าโยก (Single Axis Ankle Joint ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับเปลี่ยนเท้าเทียมกับขาเทียมแกนในที่มีข้อเท้าโยกได้ อายุการใช้งาน : ๑ ปี	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๔๕	๘๒๒๙	๘.๒.๒๙ แป้นยึดฝ่าเท้าเทียมระบบแกนใน / ตัวยึดเท้าเทียม ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดเท้าเทียมกับตัวยึดแกนขาเทียม เพื่อประกอบขาเทียมระดับใต้เข่า/ข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพก แบบแกนใน ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะแป้นยึดฝ่าเท้าเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑,๐๐๐	
๔๖	๘๒๓๐	๘.๒.๓๐ แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดระหว่างเบ้าขาเทียมหรือข้อเข่าเทียมกับเท้าเทียม เพื่อประกอบขาเทียมให้มีความยาวที่เหมาะสมใช้ได้กับขาเทียมระดับใต้เข่า/ข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพกแบบแกนใน ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะแกน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑,๐๐๐	
๔๗	๘๒๓๑	๘.๒.๓๑ ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดท่อ ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดระหว่างแป้นยึดฝ่าเท้าเทียมกับเบ้าขาเทียม/ข้อเข่า เพื่อประกอบขาเทียมระดับใต้เข่า/ ข้อเข่า/ เหนือเข่า/ สะโพก แบบแกนใน ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะตัวยึด/ปลอกกรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันละ	๑,๐๐๐	
๔๘	๘๒๓๒	๘.๒.๓๒ ตัวยึดเบ้าเทียม ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดระหว่างแกนขาเทียมกับเบ้าขาเทียมหรือข้อเข่าเทียม เพื่อประกอบขาเทียมระดับใต้เข่า/ข้อเข่า/เหนือเข่า/สะโพกแบบแกนใน ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะตัวยึดเบ้าเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑,๐๐๐	
๔๙	๘๒๓๓	๘.๒.๓๓ โฟมขาเทียมเหนือเข่า ลักษณะ : เป็นฟองน้ำหุ้มขาเทียมแกนในเพื่อความสวยงาม	อันละ	๓,๕๐๐	

20

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 408 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะโฟมขาเทียมเหนือเข่าระบบแกนใน อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๕๐	๘๒๓๔	๘.๒.๓๔ โฟมขาเทียมใต้เข่า ลักษณะ : เป็นฟองน้ำหุ้มขาเทียมแกนในเพื่อความสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะโฟมขาเทียมใต้เข่าระบบแกนใน อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันละ	๑,๕๐๐	
๕๑	๘๒๓๕	๘.๒.๓๕ ถุงน่องขาเทียมเหนือเข่า ลักษณะ : เป็นถุงน่องสำหรับหุ้มบนฟองน้ำหุ้มขาเทียมเหนือเข่าแกนในเพื่อความสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนถุงน่องหุ้มโฟมขาเทียมเหนือเข่าระบบแกนใน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๒๐๐	
๕๒	๘๒๓๖	๘.๒.๓๖ ถุงน่องขาเทียมใต้เข่า ลักษณะ : เป็นถุงน่องสำหรับหุ้มบนฟองน้ำหุ้มขาเทียมใต้เข่าแกนในเพื่อความสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนถุงน่องหุ้มโฟมขาเทียมใต้เข่าระบบแกนใน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๒๐๐	
		โลหะ/หรือพลาสติกดามขาภายนอก			
๕๓	๘๕๐๘	๘.๕.๘ เบ้ารับน้ำหนักที่กระดูกก้นกบ (Ischium tuberosity) ลักษณะ : วัสดุโครงสร้างทำจากพลาสติกหรือเรซิ่นใช้ประกอบกับส่วนขาท่อนบน ข้อบ่งชี้ : ใช้ร่วมกับอุปกรณ์โลหะหรือพลาสติกดามขาชนิดยาว เพื่อให้กระดูกก้นกบเป็นส่วนที่รับน้ำหนักตัวผู้ป่วยแทนการลงน้ำหนักที่ขาหรือเท้าโดยตรง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๔,๒๐๐	
๕๔	๘๕๒๔	๘.๕.๒๔ PTB brace ชนิดโลหะแบบมีข้อเท้า ลักษณะ : วัสดุโครงสร้างที่รองรับขาท่อนล่างและเท้าทำจากโลหะหรือพลาสติกมีฝาประกบด้านหน้าและด้านหลังทำจากพลาสติกหรือเรซิ่น เพื่อเป็นพื้นที่รับน้ำหนักที่ Patella tendon มีแกนโลหะพร้อมข้อเท้าขนาบด้านข้างใน-นอก ข้อบ่งชี้ : สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บที่เท้าบริเวณเท้าหรือกระดูกขาท่อนล่างขณะลงน้ำหนักและมีปัญหาการควบคุมการเคลื่อนไหวข้อเท้า	ชิ้นละ	๖,๕๐๐	

21

M100.indd 409 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี			
๕๕	๘๕๒๖	๘.๕.๒๖ ที่คลุมเข่า Knee pad ลักษณะ : ทำจากหนังหรือวัสดุที่นิ่ม มีสายเข็มขัดยึดระหว่างแผ่นรองคลุมเข่ากับอุปกรณ์ ข้อบ่งชี้ : สำหรับใช้ร่วมกับพลาสติก/โลหะดามขามีข้อเข่า มีข้อเท้าหรือไม่มีข้อเท้า อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	ชิ้นละ	๓๕๐	
๕๖	๘๕๒๗	๘.๕.๒๗ โลหะดามขาชนิดสั้น ลักษณะ : วัสดุโครงสร้างที่รองรับขาท่อนล่างและเท้าทำจากโลหะ ประกอบกันเป็นข้อเท้าโลหะ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีอาการเกร็งมาก (severe spasticity) ต้องการความแข็งแรง ทนทานของอุปกรณ์สูง ใช้ดัดแก้ข้อเท้าผิดรูป varus /valgus ได้ดี เนื่องจากสามารถเพิ่ม T- straps ได้ เช่น ผู้ป่วย Stroke, Hemiplegia and Hemiparesis, CP, Polio late effect ,Muscular dystrophy, ankle contracture, Equinovarus/valgus อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๕,๕๐๐	ยุบรายการโลหะดามขา รหัส ๘๕๑๑, ๘๕๑๓, ๘๕๑๕
๕๗	๘๕๒๘	๘.๕.๒๘ PTB brace ชนิดพลาสติกไม่มีข้อเท้า ลักษณะ : วัสดุโครงสร้างที่รองรับขาท่อนล่างและเท้าทำจากพลาสติก มีฝาประกบด้านหน้าและด้านหลังทำจากพลาสติกหรือเรซิ่นเพื่อเป็นพื้นที่รับน้ำหนักที่ Patella tendon ข้อบ่งชี้ : สำหรับผู้ป่วย fracture ที่กระดูกขาท่อนล่างหรือเจ็บที่เท้าขณะลงน้ำหนักโดยให้เอ็นสะบ้าเป็นบริเวณรับน้ำหนัก และใช้หลักการ circumferencial pressureในการกระจายน้ำหนัก อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๔,๐๐๐	
๕๘	๘๗๐๖	๘.๗.๖ ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม ลักษณะ : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากอลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียมไม่ต่ำกว่า ๑.๒ มม. มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น	คู่ละ	๖๕๐	

22

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 410 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี			
๕๙	๘๗๐๗	๘.๗.๗ ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา ลักษณะ : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากอลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียมไม่ต่ำกว่า ๑.๒ มม. มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๖๐๐	
๖๐	๘๗๐๘	๘.๗.๘ ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ ลักษณะ : ไม้เท้าก้านยาว ทำจากวัสดุโลหะ อลูมิเนียม หรือสแตนเลส สามารถพับเก็บได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการทางการเห็น อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๕๐๐	
๖๑	๘๗๐๙	๘.๗.๙ ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง (Anterior Wheel Walker) ลักษณะ : คอกเดินทำจากอลูมิเนียม มีขา ๒ ข้างพร้อมลูกยางกันลื่น และมีล้อ ๒ ข้างขนาดเล็ก ข้อบ่งชี้ : สำหรับเด็กพิการที่สามารถเดินได้แต่มีอาการอ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง หรือเดินได้แต่ไม่มั่นคง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันละ	๑,๒๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
๖๒	๘๗๑๐	๘.๗.๑๐ ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก (Anterior Wheel Walker) ลักษณะ : คอกเดินทำจากอลูมิเนียม มีขา ๒ ข้างพร้อมลูกยางกันลื่น และมีล้อ ๒ ข้างขนาดเล็ก ข้อบ่งชี้ : สำหรับเด็กพิการที่สามารถเดินได้แต่มีอาการอ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง หรือเดินได้แต่ไม่มั่นคง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันละ	๑,๐๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
๖๓	๘๗๑๑	๘.๗.๑๑ ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้ ลักษณะ : ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากไม้ มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลางมีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่งหรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๓๕๐	

23

M100.indd 411 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		รองเท้าคนพิการ			
๖๔	๘๘๐๑	๘.๘.๑ รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก ชนิดตัดเฉพาะราย ลักษณะ : วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่งขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติกดามขา โดยมีความยาวเท้าต่ำกว่า ๑๕ ซม. อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี ยกเว้นกรณีเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี อายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๖ เดือน	คู่ละ	๘๐๐	
๖๕	๘๘๐๒	๘.๘.๒ รองเท้าคนพิการขนาดกลาง ชนิดตัดเฉพาะราย ลักษณะ : วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่งขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติกดามขา โดยมีความยาวเท้า ๑๕-๒๒ ซม. อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๑,๐๐๐	
๖๖	๘๘๐๓	๘.๘.๓ รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่ ชนิดตัดเฉพาะราย ลักษณะ : วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่งขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติกดามขา โดยมีความยาวเท้า ๒๒-๒๗ ซม. อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๑,๒๐๐	
๖๗	๘๘๐๔	๘.๘.๔ รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่พิเศษ ชนิดตัดเฉพาะราย ลักษณะ : วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง ตัดเย็บเฉพาะราย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่ง ขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติก ต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติก อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๑,๔๐๐	
๖๘	๘๘๐๕	๘.๘.๕ ค่าดัดแปลงรองเท้าคนพิการ ลักษณะ : การเสริมอุ้งเท้าภายใน ขนาดใหญ่/เล็ก เสริมลิ่มเท้าภายใน/นอก, เสริมความสูงรองเท้า เปลี่ยนส้นรองเท้า ด้วยการใช้วัสดุสำหรับทำรองเท้า เช่น โฟมชนิดต่างๆ ยาง	ข้างละ	๔๐๐	

24

M100.indd 412 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่ง ขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี ต่อหนึ่งข้าง			
๖๙	๘๘๐๙	๘.๘.๙ เสริมฝ่าเท้าส่วนหน้า ลักษณะ : วัสดุที่นำมาเสริมเท้าส่วนหน้าทำจากโฟมนิ่ม หรือโฟมแข็ง หรือวัสดุที่สามารถต่อความยาวเท้าร่วมกับอุปกรณ์ได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับผู้ป่วยที่เท้าบางส่วนถูกตัด อายุการใช้งาน : ๑ ปี	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๗๐	๘๘๑๐	๘.๘.๑๐ T-strap ลักษณะ : ทำจากหนังหรือวัสดุที่นิ่ม มีสายเข็มขัดคลุมข้อเท้ายึดกับอุปกรณ์ ข้อบ่งชี้ : สำหรับใช้ร่วมกับพลาสติก/โลหะดามขา มีข้อเข่า มีข้อเท้า หรือไม่มีข้อเท้า ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อเท้าบิด อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	เส้นละ	๓๐๐	
		อุปกรณ์อื่น ๆ			
๗๑	๖๐๐๖	๖.๐.๖ สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตนเอง ลักษณะ : เป็นสายซิลิโคนสำหรับสวนปัสสาวะ มีปลอกพลาสติกสำหรับใส่สายสวนปัสสาวะ และสายสวนสามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้ โดยนำมาแช่น้ำยาฆ่าเชื้อโรคในหลอดพลาสติก ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีความบกพร่องของระบบทางเดินปัสสาวะ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	เส้นละ	๘๐๐	
๗๒	๘๙๐๑	๘.๙.๑ รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้ ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียม อัลลอยด์หรือโลหะอื่นที่ผ่านกระบวนการชุบหรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้และสามารถปรับส่วนต่างๆ ให้เข้ากับขนาดร่างกายของผู้ใช้งานได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการ โดยรถนั่งคนพิการที่ได้ต้องปรับให้เหมาะสมกับความพิการนั้น อายุการใช้งาน : ๓ ปี	คันละ	๖,๖๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
๗๓	๘๙๐๒	๘.๙.๒ รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้	คันละ	๔,๔๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐาน

25

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 413 9/14/17 9:04 AM

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน	หมายเหตุ
		ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียม อัลลอยด์หรือโลหะอื่น ที่ผ่านกระบวนการชุบหรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่ไม่สามารถเดินได้ อายุการใช้งาน : ๓ ปี			และวัสดุตามอายุการใช้งาน
๗๔	๘๙๐๓	๘.๙.๓ เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ ลักษณะ : ทำจากวัสดุนิ่มที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า polyurethane foam, gel cushion, water cushion, หรือชนิด air cushion ที่มีลักษณะนิ่มสามารถกระจายน้ำหนัก ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ต้องนั่งรถนั่งคนพิการแต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง อายุการใช้งาน : ๑ ปี	อันละ	๘๐๐	
๗๕	๘๙๐๔	๘.๙.๔ รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ในระยะไกล โครงสร้างหลักทำด้วยเหล็กชุบสี หรือโลหะอื่นที่มีความแข็งแรงมั่นคง ขับเคลื่อนโดยการควบคุมก้านโยก ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่ทรงตัวในท่านั่งได้ดีแขน ๒ ข้างปกติ และสามารถออกนอกบ้านเพื่อการเข้าสู่สังคมหรือประกอบอาชีพ อายุการใช้งาน : ๓ ปี	คันละ	๖,๐๐๐	ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน
๗๖	๙๐๐๑	๙.๐.๑ แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม ลักษณะ : เป็นแผ่นสำหรับรองบนที่นอน ทำจากวัสดุนิ่มที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า polyurethane foam, gel, water, air สามารถกระจายแรงกดทับได้ดี และสามารถรองรับร่างกายผู้ใช้งานได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการระดับรุนแรง หรือนอนติดเตียงไม่สามารถพลิกตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอนเองได้และมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๑,๐๐๐	ชื่อรายการเดิม “ฟองน้ำรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาต”

26

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 414 9/14/17 9:04 AM

เอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมและข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ.๒๕๕๙
ลงวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๕๙

รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง (บาท)
๗๐๐๔	**ข้อเข่าเทียมชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้** ๑. สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (total knee arthroplasty, TKA) ต้องมีข้อบ่งชี้ (indication) ทุกข้อ ดังต่อไปนี้ ๑.๑) ผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๕ ปี มีข้อบ่งชี้ ดังนี้ ก. มีการเสื่อมของข้อเข่าอย่างน้อย ๒ compartment (at least bicompartmental knee osteoarthritis) ข. ภาพรังสีด้านหน้า-หลัง ที่ถ่ายในท่ายืนลงน้ำหนัก แสดงช่องว่างของข้อเข่าอย่างน้อยด้านหนึ่งแคบลงมากกว่า ๕๐% (Narrowing joint space more than ๕๐% of at least one compartment of the knee from standing weight bearing antero-posterior view of knee radiograph) หรือภาพรังสีแสดงข้อเข่าเสื่อมระยะ ๓ หรือ ๔ (Kellgren – Lawrence stage III or IV) ค. ผู้ป่วยได้รับการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีไม่ใช้ยาและวิธีใช้ยา และ/หรือ ฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อแล้วไม่ได้ผลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๓ เดือน (failure of conservative treatment) ๑.๒) ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า ๕๕ ปี มีข้อบ่งชี้ ดังนี้ ก. มีการเสื่อมของข้อเข่าอย่างน้อย ๒ compartment (at least bicompartmental knee osteoarthritis) ข. ภาพรังสีด้านหน้า-หลัง ที่ถ่ายในท่ายืนลงน้ำหนัก แสดงช่องว่างของข้อเข่าอย่างน้อยด้านหนึ่งหายไป (obliterated joint space of at least one compartment of the knee from standing weight bearing antero-posterior view of knee radiograph) ค. ผู้ป่วยได้รับการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีไม่ใช้ยา และวิธีใช้ยา และ/หรือฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อแล้วไม่ได้ผล เป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๖ เดือน (failure of conservative treatment) ง. มี ข้อบ่งชี้อย่างน้อย ๑ ข้อ ใน ๕ ข้อ ดังนี้ - 2nd Knee OA สาเหตุจากการติดเชื้อ - 2nd Knee OA สาเหตุจากอุบัติเหตุ - 2nd Knee OA สาเหตุจากโรคไขข้ออักเสบ (inflammatory joint disease)	ข้อละ	๕๐,๐๐๐

M100.indd 415 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง (บาท)
	- 2nd Knee OA สาเหตุจากกระดูกตาย (osteonecrosis) - ข้อเข่าผิดรูปมาก โดยมีมุมข้อเข่า (Tibiofemoral angle) ในระนาบซ้าย-ขวา (Frontal plane) ผิดจากปกติมากกว่า ๒๐ องศา ๑.๓) ข้อห้าม (contraindication) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะข้อหนึ่งข้อใด ดังต่อไปนี้ ก. มีการติดเชื้อที่ข้อเข่าที่ยังไม่ได้รับการรักษาให้หายขาด (recent or current knee infection) ข. มีการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นๆ ของร่างกายที่อาจก่อให้เกิดการแพร่กระจายมาติดข้อเข่า (remote source of ongoing infection) ค. ระบบโครงสร้างที่ใช้ในการเหยียดข้อเข่าซึ่งประกอบด้วยกล้ามเนื้อ quadriceps กระดูกสะบ้า และ patellar tendon ขาดความต่อเนื่อง หรือระบบโครงสร้างเหล่านี้ไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ (extensor mechanism discontinuity or severe dysfunction) ง. มีความผิดรูปของข้อเข่าในลักษณะแอ่น ซึ่งเป็นผลมาจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง (recurvatum deformity secondary to neuromuscular weakness) ๑.๔) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (total knee arthroplasty, TKA) ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕๕ ปี ที่วินิจฉัยเป็นข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ หรือข้อเข่าเสื่อมไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Unspecified Knee OA) ให้ดำเนินการขออนุมัติก่อนผ่าตัด (Pre Authorized) ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด		
	๒. สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน (medial unicompartmental knee arthroplasty, UKA) ๒.๑) ต้องมีข้อบ่งชี้ ทุกข้อ ดังต่อไปนี้ ก. ผิวข้อเข่าเสื่อมเฉพาะด้านในเท่านั้น ข. เอ็นข้อเข่าทั้งหมดทำงานเป็นปกติ ค. การเหยียดและการงอข้อเข่าดี ๒.๒) ข้อห้าม (contraindication) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน ในผู้ป่วยที่มีลักษณะข้อหนึ่งข้อใด ดังต่อไปนี้ ก. น้ำหนักมากกว่า ๙๕ กิโลกรัม ข. มีอาการปวดบริเวณลูกสะบ้า (patellofemoral pain) ค. มีการเสื่อมของข้อเข่าด้านตรงข้าม (contralateral tibiofemoral joint involvement)		

M100.indd 416 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง (บาท)
	ง. ข้อเข่าเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากโรคไขข้ออักเสบ เช่น โรครูมาตอยด์ โรคเก๊าท์ (Inflammatory arthritis) จ. มีภาวะข้อเข่าไม่มั่นคงจากเส้นเอ็นไขว้หน้าฉีกขาดหรือหย่อน (symptomatic ACL insufficiency) ฉ. มีภาวะข้อเข่าไม่มั่นคงจากเอ็นประกบเข่าด้านข้างฉีกขาดหรือหย่อน (collateral ligament insufficiency) ช. มุมข้อเข่าผิดรูป ในแนว varus มากกว่า ๑๐ องศา (varus deformity>๑๐ degrees) ซ. ข้อเข่าเหยียดไม่สุด มีการติดหรือยึด มากกว่า ๑๐ องศา (flexion contracture>๑๐ degrees)		
๗๐๐๕	**ข้อเข่าเทียมชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้** ๑. สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (total knee arthroplasty, TKA) ต้องมีข้อบ่งชี้ (indication) ทุกข้อ ดังต่อไปนี้ ๑.๑) ผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๕ ปี มีข้อบ่งชี้ ดังนี้ ก. มีการเสื่อมของข้อเข่าอย่างน้อย ๒ compartment (at least bicompartmental knee osteoarthritis) ข. ภาพรังสีด้านหน้า-หลัง ที่ถ่ายในท่ายืนลงน้ำหนัก แสดงช่องว่างของข้อเข่าอย่างน้อยด้านหนึ่งแคบลงมากกว่า ๕๐% (Narrowing joint space more than ๕๐% of at least one compartment of the knee from standing weight bearing antero-posterior view of knee radiograph) หรือภาพรังสีแสดงข้อเข่าเสื่อมระยะ ๓ หรือ ๔ (Kellgren – Lawrence stage III or IV) ค. ผู้ป่วยได้รับการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีไม่ใช้ยาและวิธีใช้ยา และ/หรือ ฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อแล้วไม่ได้ผล เป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๓ เดือน (failure of conservative treatment) ๑.๒) ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า ๕๕ ปี มีข้อบ่งชี้ ดังนี้ ก. มีการเสื่อมของข้อเข่าอย่างน้อย ๒ compartment (at least bicompartmental knee osteoarthritis) ข. ภาพรังสีด้านหน้า-หลัง ที่ถ่ายในท่ายืนลงน้ำหนัก แสดงช่องว่างของข้อเข่าอย่างน้อยด้านหนึ่งหายไป (obliterated joint space of at least one compartment of the knee from standing weight bearing antero-posterior view of knee radiograph)	ข้อละ	๕๐,๐๐๐

M100.indd 417 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง (บาท)
	ค. ผู้ป่วยได้รับการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีไม่ใช้ยา และวิธีใช้ยา และ/หรือฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อแล้วไม่ได้ผลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๖ เดือน (failure of conservative treatment) ง. มี ข้อบ่งชี้อย่างน้อย ๑ ข้อ ใน ๕ ข้อ ดังนี้ - 2nd Knee OA สาเหตุจากการติดเชื้อ - 2nd Knee OA สาเหตุจากอุบัติเหตุ - 2nd Knee OA สาเหตุจากโรคไขข้ออักเสบ (inflammatory joint disease) - 2nd Knee OA สาเหตุจากกระดูกตาย (osteonecrosis) - ข้อเข่าผิดรูปมาก โดยมีมุมข้อเข่า (Tibiofemoral angle) ในระนาบซ้าย-ขวา (Frontal plane) ผิดจากปกติมากกว่า ๒๐ องศา ๑.๓) ข้อห้าม (contraindication) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะข้อหนึ่งข้อใด ดังต่อไปนี้ ก. มีการติดเชื้อที่ข้อเข่าที่ยังไม่ได้รับการรักษาให้หายขาด (recent or current knee infection) ข. มีการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นๆ ของร่างกายที่อาจก่อให้เกิดการแพร่กระจายมาติดข้อเข่า (remote source of ongoing infection) ค. ระบบโครงสร้างที่ใช้ในการเหยียดข้อเข่าซึ่งประกอบด้วยกล้ามเนื้อ quadriceps กระดูกสะบ้า และ patellar tendon ขาดความต่อเนื่อง หรือระบบโครงสร้างเหล่านี้ไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ (extensor mechanism discontinuity or severe dysfunction) ง. มีความผิดรูปของข้อเข่าในลักษณะแอ่น ซึ่งเป็นผลมาจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง (recurvatum deformity secondary to neuromuscular weakness) ๑.๔) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (total knee arthroplasty, TKA) ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕๕ ปี ที่วินิจฉัยเป็นข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ หรือข้อเข่าเสื่อมไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Unspecified Knee OA) ให้ดำเนินการขออนุมัติก่อนผ่าตัด (Pre Authorized) ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด		
	๒. สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน (medial unicompartmental knee arthroplasty, UKA) ๒.๑) ต้องมีข้อบ่งชี้ ทุกข้อ ดังต่อไปนี้ ก. ผิวข้อเข่าเสื่อมเฉพาะด้านในเท่านั้น	ข้อละ	๕๐,๐๐๐

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 418 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง (บาท)
	ข. เอ็นข้อเข่าทั้งหมดทำงานเป็นปกติ ค. การเหยียดและการงอข้อเข่าดี ๒.๒) ข้อห้าม (contraindication) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน ในผู้ป่วยที่มีลักษณะข้อหนึ่งข้อใด ดังต่อไปนี้ ก. น้ำหนักมากกว่า ๙๕ กิโลกรัม ข. มีอาการปวดบริเวณลูกสะบ้า (patellofemoral pain) ค. มีการเสื่อมของข้อเข่าด้านตรงข้าม (contralateral tibiofemoral joint involvement) ง. ข้อเข่าเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากโรคไขข้ออักเสบ เช่น โรครูมาตอยด์ โรคเก๊าท์ (Inflammatory arthritis) จ. มีภาวะข้อเข่าไม่มั่นคงจากเส้นเอ็นไขว้หน้าฉีกขาดหรือหย่อน (symptomatic ACL insufficiency) ฉ. มีภาวะข้อเข่าไม่มั่นคงจากเอ็นประกบเข่าด้านข้างฉีกขาดหรือหย่อน (collateral ligament insufficiency) ช. มุมข้อเข่าผิดรูป ในแนว varus มากกว่า ๑๐ องศา (varus deformity>๑๐ degrees) ซ. ข้อเข่าเหยียดไม่สุด มีการติดหรือยึด มากกว่า ๑๐ องศา (flexion contracture>๑๐ degrees)		
๗๒๑๔	**แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดมีหัวสกรูพยุง (Lock plate)** ๑. สำหรับการผ่าตัดจัดแนวกระดูกหน้าแข้งด้านบน (high tibial osteotomy) ต้องมีข้อบ่งชี้ทุกข้อ ดังต่อไปนี้ ก. ผิวข้อเข่าเสื่อมเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ข. เอ็นยึดข้อเข่าและหมอนรองข้อเข่าทำงานเป็นปกติ ค. พิสัยการขยับของข้อเข่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ องศา ง. ไม่มีการยึดติดของข้อเข่า ทั้งการเหยียดและการงอ ๒. ข้อห้าม (contraindication) การผ่าตัดจัดแนวกระดูกหน้าแข้งด้านบน (high tibial osteotomy) ในผู้ป่วยที่มีลักษณะข้อหนึ่งข้อใด ดังต่อไปนี้ ก. ข้อเข่าที่มีการเสื่อมของผิวข้อเข่าทุกส่วน (diffuse arthritis) ข. ข้อเข่าเสื่อมที่มีการเคลื่อนของแนวกระดูกหน้าแข้ง ออกจากกระดูกต้นขาเป็นระยะทางที่มาก (marked tibiofemoral subluxation) ค. ข้อเข่าเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากโรคไขข้อเข่าอักเสบ เช่น โรครูมาตอยด์ โรคเก๊าท์ (inflammatory arthritis) ง. ผู้ป่วยเคยได้รับการตัดหมอนรองกระดูกข้อเข่า (Post meniscectomy)	ชิ้นละ	๒๐,๐๐๐

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 419 9/14/17 9:04 AM

รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง (บาท)
๗๓๐๑	**สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw)** ๑. สำหรับการผ่าตัดจัดแนวกระดูกหน้าแข้งด้านบน (high tibial osteotomy) ต้องมีข้อบ่งชี้ ทุกข้อ ดังต่อไปนี้ ก. ผิวข้อเข่าเสื่อมเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ข. เอ็นยึดข้อเข่าและหมอนรองข้อเข่าทำงานเป็นปกติ ค. พิสัยการขยับของข้อเข่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ องศา ง. ไม่มีการยึดติดของข้อเข่า ทั้งการเหยียดและการงอ ๒. ข้อห้าม (contraindication) การผ่าตัดจัดแนวกระดูกหน้าแข้งด้านบน (high tibial osteotomy) ในผู้ป่วยที่มีลักษณะข้อหนึ่งข้อใดดังต่อไปนี้ ก. ข้อเข่าที่มีการเสื่อมของผิวข้อเข่าทุกส่วน (diffuse arthritis) ข. ข้อเข่าเสื่อมที่มีการเคลื่อนของแนวกระดูกหน้าแข้ง ออกจากกระดูกต้นขาเป็นระยะทางที่มาก (marked tibiofemoral subluxation) ค. ข้อเข่าเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากโรคไขข้อเข่าอักเสบ เช่น โรครูมาตอยด์ โรคเก๊าท์ (inflammatory arthritis) ง. ผู้ป่วยเคยได้รับการตัดหมอนรองกระดูกข้อเข่า (Post meniscectomy)	ตัวละ	๒,๔๐๐

หมายเหตุ : กรณีที่มีการใช้สารยึดกระดูก (bone cement) ชนิดธรรมดา (รหัส ๗๔๐๑) หรือสารยึดกระดูก (bone cement) ชนิดมียาปฏิชีวนะผสม (รหัส ๗๔๐๒) สามารถเบิกจ่ายชดเชยตามข้อบ่งชี้และเพดานราคาชดเชยในประกาศ สปสช. เรื่องรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมและข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 420 9/14/17 9:04 AM

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมและข้อบ่งชี้ที่ใช้ในการบำบัดโรค ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖(๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับข้อ ๒ ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๕๙ ข้อ ๒๗.๑ ของเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ยกเลิกความในรหัส ๔๓๐๕ และรหัส ๗๒๐๘ ของเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมและข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๙ และให้ใช้ความในเอกสารแนบท้ายประกาศนี้แทน

ข้อ ๒ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๐

(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 421 9/14/17 9:04 AM

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมและข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ.๒๕๖๐
ลงวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๕๙

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๔๓๐๕		๔.๓.๕ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting stent) ชนิดโลหะอัลลอยด์	ชุดละ	๒๐,๐๐๐	
		สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting stent) ชนิดโลหะ สเตนเลส	ชุดละ	๑๖,๐๐๐	
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่			
		ข้อบ่งชี้ ในการใส่สายสวนหลอดเลือดโคโรนารี่ ด้วยขดเลือดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug eluting stent ; DES) ขดลวดค้ำยันชนิดเคลือบยา (Drug eluting stent) ใช้เพื่อป้องกันการตีบซ้ำของเส้นเลือดโคโรนารี่ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเค้นอก (Angina) หรือมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่มีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ (๑) รอยโรคบริเวณทางแยกของเส้นเลือด (Bifurcation lesions) (๒) ขนาดหลอดเลือดโคโรนารี่เล็กกว่า ๒.๕ มิลลิเมตร (Small vessel, Vessel diameter < ๒.๕ mm) (๓) รอยโรคของหลอดเลือดมีขนาดยาวมากกว่า ๒๐ มิลลิเมตร (Long lesion length > ๒๐ mm) (๔) ผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes) (๕) มีเส้นเลือดอุดตันในระดับที่รุนแรงมากกว่า ๓ เดือน (Chronic total occlusion > ๓ months) (๖) เกิดเส้นเลือดตีบซ้ำหลังจากรักษาด้วยการใส่สายสวนหัวใจ (In-stent restenotic lesion) ซึ่งเกิดจากการเพิ่มจำนวน (Proliferation) อย่างผิดปกติของผนังหลอดเลือดชั้นใน เนื่องจากมี Injury ต่อผนังหลอดเลือดในขณะที่ทำการขยายหลอดเลือด เรียกว่า Neointimal hyperplasia ซึ่งพบได้ประมาณ ๓๐% ของการที่หลอดเลือดตีบซ้ำ (restenosis) (๗) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease : CKD) ที่มีการทำงานของไตบกพร่องอย่างรุนแรง (CKD ; CrCl < ๓๐ ml./min/๑.๗๓ m^2 body surface area) (๘) รอยโรคที่หลอดเลือดแดงใหญ่แขนงซ้าย (Left main coronary artery ; Ostium หรือ Mid portion) (๙) รอยโรคบริเวณหลอดเลือด Aorta (Aorto-ostial lesion) (๑๐) รอยโรคที่เคยทำ Bypass correction/surgery			
		<u>ข้อควรระวังในการใช้ขดลวดเคลือบยา (Drug Eluting Stent)</u> (๑) ในกรณีที่ไม่สามารถซักประวัติผู้ป่วยได้อย่างละเอียดก่อนทำการรักษาผ่านสายสวน เช่น ในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติ			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 422 9/14/17 9:04 AM

		(๒) ในกรณีที่ประเมินแล้วว่าผู้ป่วยอาจไม่สามารถรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ๒ ชนิดร่วมกันได้ เป็นระยะเวลานานพอ (อย่างน้อย ๑ ปี) (๓) ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นอาจต้องได้รับการผ่าตัดในอนาคตอันใกล้ (๑๒ เดือน) และจำเป็นต้องหยุดรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดทั้ง ๒ ชนิด (๔) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่าย (Increase risk of bleeding) (๕) ในกรณีผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาต้านเกล็ดเลือด (๖) ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ตลอดชีวิตจากภาวะอื่นๆ			
๗๒๐๘		๗.๒.๘ โลหะตามกระดูกสันหลัง ส่วนอก,เอว (PDS) (ระดับแรก ไม่เกิน ๒๕,๐๐๐ บาท ระดับถัดไป ไม่เกิน ๑๒,๕๐๐ บาท ต่อระดับ)	ระดับละ	๒๕,๐๐๐	
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนอก หรือเอว ที่หัก หรือข้อถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลูกกระดูกได้			
		ลักษณะ มีแท่งโลหะ ๒ ชิ้น และสกรูอย่างน้อย ๔ ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด)			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 423 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 424 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก 8



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ.๒๕๕๙

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า อย่างมีประสิทธิภาพ และความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และ มาตรา ๓๖(๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๒ ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๕๙ และข้อ ๒๗.๑ ของเอกสารแนบท้ายประกาศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ.๒๕๕๘

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงานเขต” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต

ข้อ ๓ หน่วยบริการที่จะให้บริการตามประกาศนี้ ต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) หรือเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพ (UHOSNET) หรือผ่านการประเมินศักยภาพของสำนักงาน

ข้อ ๔ เกณฑ์การประเมินศักยภาพหน่วยบริการตามข้อ ๓ ประกอบด้วย

(๑) ด้านบุคลากร

(ก) มีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Rehabilitation physician) หรือมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและผ่านการอบรมหลักสูตรการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

(ข) มีพยาบาลหรือนักกายภาพบำบัด หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ภายใต้การควบคุมกำกับของบุคลากรตาม (๑)(ก)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 425 9/14/17 9:04 AM

(๒) ด้านอาคารสถานที่

(ก) มีห้องหรือสถานที่ด้านกายอุปกรณ์ (Prosthesis and Orthosis) และหรืออุปกรณ์สำหรับปรับและทำรองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน

(ข) กรณีจัดจ้าง จัดทำโดยแหล่งผลิตภายนอก ต้องมีการประเมินและรับรองคุณภาพโดยสำนักงานเขตตามเกณฑ์มาตรฐานในระบบบริหารงานคุณภาพ หรือสำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม

(๓) ด้านการบริหารจัดการ

(ก) มีกระบวนการเลือกประเภทอุปกรณ์ที่เชื่อถือได้

(ข) มีการลงนามรับ จ่ายรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

(ค) มีผลการติดตามการใช้รองเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสม

ข้อ ๕ การให้บริการอุปกรณ์ หน่วยบริการที่ประสงค์ขอรับการชดเชยการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ต้องยื่นแบบแสดงความจำนง ตามเอกสารแนบท้าย ๑ พร้อมแบบประเมินตนเอง ตามเอกสารแนบท้าย ๒ ไปยังสำนักงานเขต เพื่อพิจารณาตามศักยภาพของหน่วยบริการ และให้เป็นไปตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) โดยให้ส่งสำเนาการอนุมัติในระดับเขตมาที่สำนักงาน และหน่วยบริการสามารถให้บริการอุปกรณ์ เมื่อได้รับการแจ้งผลการประเมินแล้ว ซึ่งมีการกำหนดประเภทหน่วยบริการที่สามารถให้บริการอุปกรณ์ไว้ดังนี้

(๑) โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐ (UHOSNET) และโรงพยาบาลตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) คือ โรงพยาบาลศูนย์ (A) และโรงพยาบาลทั่วไป (S) สามารถให้บริการอุปกรณ์ รหัส ๘๖๑๒, ๘๘๑๓ และ ๘๘๑๔

(๒) โรงพยาบาลตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) คือ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M๑) และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M๒) สามารถให้บริการอุปกรณ์ รหัส ๘๘๑๓

(๓) หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่รับส่งต่อนอกจาก (๑) และ (๒) ที่มีศักยภาพในการให้บริการอุปกรณ์ และประสงค์จะให้บริการให้ยื่นแบบแสดงความจำนงต่อสำนักงานเขตเพื่อตรวจประเมินเป็นรายกรณี

ทั้งนี้ หากนอกเหนือศักยภาพในการให้บริการอุปกรณ์ รหัส ๘๖๑๒ หรือ ๘๘๑๓ หรือ ๘๘๑๔ สามารถให้บริการตามระบบส่งต่อ (OP Refer) ได้

ข้อ ๖ หน่วยบริการต้องให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยที่คุณสมบัติ ดังนี้

(๑) เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ได้รับการวินิจฉัยและมีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน

(๓) สามารถเดินและเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง

(๔) ได้รับการตรวจเท้าตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า พ.ศ.๒๕๕๖ และมีผลการประเมินระดับความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงสูง

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 426 9/14/17 9:04 AM

ข้อ ๗ หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อการตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย(Post Audit) โดยการบันทึกข้อมูลอย่างน้อยให้มีรายละเอียด ดังนี้

(๑) บันทึกการตรวจพบพยาธิสภาพของเท้าที่มีแผล เช่น เท้าผิดรูป (Deformity), หนังแข็ง (Callus), ตาปลา (Corns)

(๒) บันทึกวิธีการตรวจเท้าด้วย Monofilament และการประเมินชีพจร (Pulse)

(๓) บันทึกกิจกรรม การให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลที่เท้ารวมทั้งการป้องกันและการดูแลเท้าทั่วไปด้วยตนเอง (Self foot-care) กับผู้ป่วย หรือผู้ดูแล

(๔) บันทึกความสามารถของผู้ป่วยในการเดินและเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง

(๕) บันทึกผลของการใช้รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น มีการใช้รองเท้าสม่ำเสมอหรือความพึงพอใจต่อการใช้รองเท้า หรือผลข้างเคียงแทรกซ้อนจากการใช้รองเท้า

(๖) บันทึกรับรองการสั่งจ่ายอุปกรณ์รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยแพทย์ที่ให้การรักษา

(๗) บันทึกการได้รับอุปกรณ์รองเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีหลักฐานลายมือชื่อของผู้ป่วย และวันที่ได้รับอุปกรณ์

ข้อ ๘ การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่ายภายหลังจากวันที่จ่ายอุปกรณ์ให้กับผู้ป่วยเบาหวานเรียบร้อยแล้ว จึงส่งข้อมูลเบิกในโปรแกรม e-Claim ให้สำนักงาน ภายใน ๓๐ วัน โดยบันทึกข้อมูลรหัสโรค (ICD๑๐) ให้ถูกต้องตามผลการตรวจประเมินความเสี่ยงและข้อบ่งชี้ของแต่ละอุปกรณ์

การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีให้บริการอุปกรณ์ตามวรรคหนึ่งให้เบิกได้ ๑ คู่ต่อคนต่อปี โดยนับจากวันที่ได้รับอุปกรณ์

ข้อ ๙ สำนักงานจะจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ให้หน่วยบริการตามราคาที่จัดหาได้จริงแต่ไม่เกินเพดานราคาชดเชยที่กำหนด โดยมีลักษณะ ข้อบ่งชี้การใช้อุปกรณ์ และคุณสมบัติของอุปกรณ์แต่ละรายการให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๐ กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่า การจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ ให้ยื่นอุทธรณ์ต่อสำนักงาน ภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ได้รับการจ่ายชดเชย

ข้อ ๑๑ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับสำหรับการให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)
รองเลขาธิการ รักษาการแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 427 9/14/17 9:04 AM

แบบแสดงความจำนง กรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า

เลขที่..... (สำหรับ สปสช.เขต)
วันที่..... (สำหรับ สปสช.เขต)

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ.๒๕๕๙ กำหนดให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพยื่นแบบแสดงความจำนง กรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า นั้น

ในการนี้(ชื่อหน่วยงาน).....มีความประสงค์ ให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พร้อมทั้งปฏิบัติตามเงื่อนไขการจ่ายเงิน ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดทุกประการ กรณีที่ดำเนินโครงการไม่แล้วเสร็จหรือไม่ส่งผลการดำเนินงานภายในกำหนดเวลา ยินยอมให้สำนักงานหักเงินพึงจ่าย เพื่อหักกลบลบหนี้ได้

จึงเรียนมาเพื่อขอรับการสนับสนุนการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่กำหนดต่อไป

ลงชื่อ..... ผู้บริหารหน่วยงาน
( )
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

<u>สำหรับ สปสช.เขต</u>

สำนักงานได้ประเมินศักยภาพหน่วยบริการแล้ว เห็นควรให้หน่วยบริการ ให้บริการอุปกรณ์และเบิกจ่ายตามศักยภาพได้ ตามผลการประเมินของสำนักงาน ดังนี้

(.....) ๘๖๑๒ อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้า หรือเป็นวัสดุที่เสริมรองรับเท้าที่สามารถนำไปใช้ร่วมกับรองเท้าทั่วไปได้ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง (Custom Insole)

(.....) ๘๘๑๓ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้

(.....) ๘๘๑๔ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีเท้าผิดรูป เนื่องจากบางส่วนถูกตัด/ Charcot's foot ที่ไม่สามารถหารองเท้าสำเร็จรูปได้

( ) **อนุมัติ** ณ วันที่.....

ลงชื่อ.....
( )
ตำแหน่ง.....

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 428 9/14/17 9:04 AM

แบบประเมินศักยภาพการให้บริการตามประกาศเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๕๙

ชื่อโรงพยาบาล..... **จังหวัด**..... **รหัสหน่วย**.....
เขต..... **ประเภทหน่วยบริการ** (UHOSNET, A, S, M๑, M๒, อื่นๆ) .....

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามศักยภาพของหน่วยบริการ

ส่วนที่ ๑ ด้านบุคลากร

บุคลากร	ผลการตรวจ		ระบุชื่อ
	มี	ไม่มี	
๑. แพทย์ที่คลินิกเบาหวาน (ต้องมีอย่างน้อย ๑ ข้อ)			
๑.๑ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู			
๑.๒ แพทย์อายุรกรรม			
๑.๓ แพทย์ทั่วไปที่ผ่านการอบรมการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน			
๒. บุคลากรอื่น (* จำเป็นต้องมีอย่างใดอย่างหนึ่ง)			
๒.๑ พยาบาลเฉพาะทาง* (การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)			
๒.๒ พยาบาลวิชาชีพ*			
๒.๓ นักกายภาพบำบัด*			
๒.๔ นักกายอุปกรณ์			
๒.๕ ช่างกายอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์			
๒.๖ ช่างตัด/ ช่างเย็บรองเท้า			
๒.๗ ช่างประกอบ/ ช่างแต่งรองเท้า			
๒.๘ อื่นๆ (ระบุ).....			

ส่วนที่ ๒ ด้านระบบบริการ (ต้องครบทุกข้อ)

รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. ผ่านการรับรองด้าน ..... (ระบุรายละเอียดการรับรอง/ ปี)			
๒. มีคลินิก และทีม สหวิชาชีพ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานประจำ			
๓. มีการบันทึกข้อมูลการตรวจเท้า และความผิดปกติของเท้า			
๔. มีการให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า รวมถึงการดูแลเท้าทั่วไป			
๕. มีบันทึกรับรองการสั่งจ่ายอุปกรณ์รองเท้าโดยแพทย์ที่ให้การรักษา			
๖. มีการบันทึกการได้รับอุปกรณ์รองเท้าด้วยการลงลายมือชื่อ			
๗. มีการบันทึกข้อมูลในระบบการเบิกจ่ายของ สปสช. (E-Claim)			

๑

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 429 9/14/17 9:04 AM

ส่วนที่ ๓ ด้านคุณภาพ (ต้องครบทุกข้อ)

รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. มีระบบการบันทึกผลการใช้รองเท้า/ ความพึงพอใจ/ ผลข้างเคียง/ ภาวะแทรกซ้อน			
๒. มีการติดตามเยี่ยม (ดูแผล/ หนังหนา/ ตาปลา)			
๓. มีแผนงานรองรับในกรณีต้องแก้ไขอุปกรณ์			
๔. มีการควบคุมคุณภาพของอุปกรณ์ เช่น รองเท้าสามารถใช้งานได้อย่างน้อย ๑ ปี			

ส่วนที่ ๔ ด้านสถานที่/ เครื่องมือในการให้บริการ

<u>กรณีที่ ๑</u> สำหรับหน่วยบริการสามารถผลิตอุปกรณ์ได้เอง (ต้องครบทุกข้อ)

๑.๑ อุปกรณ์รหัส ๘๖๑๒ มีลักษณะพยุงส้นเท้าและฝ่าเท้า หรือเป็นวัสดุที่เสริมรองรับเท้า ชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย ที่สามารถนำไปใช้ร่วมกับรองเท้าทั่วไปได้

รายการ	มี/ใช้งานได้	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. ห้องผลิตอุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้า			
๒. เครื่องวัดขนาดเท้า			
๓. แบบพิมพ์ เก็บรอยฝ่าเท้า			
๔. เครื่องมือเก็บรูปฝ่าเท้า/ เครื่องสแกนเท้า			
๕. Monofilament			
๖. จักรเย็บ			

๑.๒ อุปกรณ์รหัส ๘๘๑๓ เป็นรองเท้าสำเร็จรูป ที่มีลักษณะเฉพาะ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง ที่ยังสามารถสวมใส่รองเท้าได้

รายการ	มี/ใช้งานได้	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. ห้องผลิตรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง			
๒. เตาอบ			
๓. เครื่องวัดขนาดเท้า			
๔. หุ่นรองเท้า ในการขึ้นรูปเพื่อตบแต่ง			
๕. แท่นกลึง/ เครื่องกลึง			
๖. จักรเย็บ			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 430 9/14/17 9:04 AM

๑.๓ อุปกรณ์รหัส ๘๘๑๔ เป็นรองเท้าที่ต้องตัดเฉพาะราย สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีเท้าผิดรูป

รายการ	มี/ใช้งานได้	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. ห้องผลิตรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง			
๒. เตาอบ			
๓. เครื่องวัดขนาดเท้า			
๔. แบบพิมพ์ เก็บรอยฝ่าเท้า			
๕. หุ่นรองเท้า ในการขึ้นรูปเพื่อตบแต่ง			
๖. แท่นกลึง/ เครื่องกลึง			
๗. เครื่องมือเก็บรูปฝ่าเท้า/ เครื่องสแกนเท้า			
๘. Monofilament			
๙. จักรเย็บ			

<u>กรณีที่ ๒</u> สำหรับหน่วยบริการที่จัดหาให้มีบริการ (ต้องครบทุกข้อ)

รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. มีเอกสารสัญญาระบุการจ้างผลิต (ระบุชื่อบริษัท และเลขที่สัญญา)			
๒. มีแนวทางการตรวจรับผลงานการผลิตก่อนส่งให้ผู้ป่วย			
๓. มีกำหนดระยะเวลาการส่งมอบรองเท้าให้ผู้ป่วย ไม่เกิน ๑๕ วัน			
๔. มีการรับประกันคุณภาพสินค้า ระยะเวลาการประกันต้องไม่ต่ำกว่า ๑ ปี			

โปรดระบุรายละเอียดเพิ่มเติม

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน

๑. ชื่อ- สกุล..... โทรศัพท์ ที่ติดต่อได้.....

E-mail: .....

๒. ชื่อ- สกุล..... โทรศัพท์ ที่ติดต่อได้.....

E-mail: .....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้นี้เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้บริหารหน่วยงาน

( )

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

๓

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 431 9/14/17 9:04 AM

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๕๙

รหัสอุปกรณ์	ประเภท	หน่วย	ราคาชดเชย
๘๖๑๒ (Custom Insole)	อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis) <u>ลักษณะ</u> เป็นวัสดุที่เสริมรองรับเท้า ชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis) ลักษณะ ๑. ทำจากวัสดุที่ชั้นบนมีความนุ่มและยืดหยุ่น (Cushion) ส่วนวัสดุชั้นล่างช่วยในการคงรูปของชั้นบน (Contour) ๒. ต้องหล่อพิเศษเฉพาะราย มีความหนาอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร และโค้งเข้ารูปตลอดความยาวของฝ่าเท้าผู้ป่วยแต่ละราย (Total Contact Insole/Orthosis) <u>ข้อบ่งชี้</u> ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยเกณฑ์ แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า* แล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง	คู่ละ	๑,๒๐๐
๘๘๑๓ (Depth-inlay shoes)	รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้ ลักษณะ ๑. รองเท้าทำจากหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่มีความยืดหยุ่น ระบายอากาศ บุ/หรือซับในด้วยหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่อ่อนนุ่ม (วัสดุสังเคราะห์ที่ใช้ห้ามเป็นยางพารา /ไวนิล / พลาสติก) ๒. ส่วนหัวรองเท้าเป็นชนิดปิดปลายนิ้วเท้าและต้องกว้างพอเพื่อไม่ให้บีบหรือกดนิ้วเท้า ไม่มีตะเข็บแข็ง เพื่อป้องกันการเกิดแผล และต้องมีสายรัดส้น หรือหุ้มส้นเท้า (Back strap / Heel counter) ส่วนหัวรองเท้าชนิดเปิดปลายนิ้วเท้า ใช้ได้เฉพาะกรณีที่มีแผลและอยู่ระหว่างการทำแผล เท่านั้น ๓. รองเท้าต้องปรับขนาดได้ด้วยเชือก หรือ Velcro เป็นต้น เพื่อสามารถกระชับเท้าให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่เกิดการเสียดสี ๔. เป็นรองเท้าที่มีความลึกมากกว่าปกติอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร (deep inlay) สามารถถอดพื้นรองเท้าด้านในเพื่อใส่แผ่นเสริมได้ ๕. พื้นรองเท้าด้านใน ทำจากวัสดุที่มีความยืดหยุ่น นุ่ม มีความหนาอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร ๖. พื้นรองเท้าด้านนอก (Outsole) ทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ไม่ลื่น สามารถปรับแต่งพื้นได้ และมีความโค้ง ลักษณะ Toe Only Rocker Bottom Shoes <u>ข้อบ่งชี้</u> ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยเกณฑ์แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและ	คู่ละ	๑,๘๐๐

M100.indd 432 9/14/17 9:04 AM

รหัสอุปกรณ์	ประเภท	หน่วย	ราคาชดเชย
	ดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า* แล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง		
๘๘๑๔ (Custom-molded shoes)	รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้ ลักษณะ เหมือนกับ ๘๘๑๓ แต่เป็นรองเท้าตัด ไม่ใช่รองเท้าสำเร็จรูป ข้อบ่งชี้ เหมือนรหัส ๘๘๑๓ แต่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปชนิด Depth-Inlay Shoes ให้สวมใส่ได้	คู่ละ	๒,๘๐๐

* หมายถึง หนังสือแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) การป้องกันและดูแลรักษา ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า (Prevention And Management of Diabetic Foot Complication) พ.ศ. ๒๕๕๖ ของ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สามารถ download ได้ที่ : www.dms.moph.go.th/imrta

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 433 9/14/17 9:04 AM

แบบประเมินศักยภาพการให้บริการตามประกาศเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๕๙

ชื่อโรงพยาบาล..... **จังหวัด**..... **รหัสหน่วย**.....
เขต..... **ประเภทหน่วยบริการ** (UHOSNET, A, S, M๑, M๒, อื่นๆ) .....

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามศักยภาพของหน่วยบริการ

ส่วนที่ ๑ ด้านบุคลากร

บุคลากร	ผลการตรวจ		ระบุชื่อ
	มี	ไม่มี	
๑. แพทย์ที่คลินิกเบาหวาน (ต้องมีอย่างน้อย ๑ ข้อ)			
๑.๑ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู			
๑.๒ แพทย์อายุรกรรม			
๑.๓ แพทย์ทั่วไปที่ผ่านการอบรมการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน			
๒. บุคลากรอื่น (* จำเป็นต้องมีอย่างใดอย่างหนึ่ง)			
๒.๑ พยาบาลเฉพาะทาง* (การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)			
๒.๒ พยาบาลวิชาชีพ*			
๒.๓ นักกายภาพบำบัด*			
๒.๔ นักกายอุปกรณ์			
๒.๕ ช่างกายอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์			
๒.๖ ช่างตัด/ ช่างเย็บรองเท้า			
๒.๗ ช่างประกอบ/ ช่างแต่งรองเท้า			
๒.๘ อื่นๆ (ระบุ).....			

ส่วนที่ ๒ ด้านระบบบริการ (ต้องครบทุกข้อ)

รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. ผ่านการรับรองด้าน ..... (ระบุรายละเอียดการรับรอง/ ปี)			
๒. มีคลินิก และทีม สหวิชาชีพ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานประจำ			
๓. มีการบันทึกข้อมูลการตรวจเท้า และความผิดปกติของเท้า			
๔. มีการให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า รวมถึงการดูแลเท้าทั่วไป			
๕. มีบันทึกรับรองการสั่งจ่ายอุปกรณ์รองเท้าโดยแพทย์ที่ให้การรักษา			
๖. มีการบันทึกการได้รับอุปกรณ์รองเท้าด้วยการลงลายมือชื่อ			
๗. มีการบันทึกข้อมูลในระบบการเบิกจ่ายของ สปสช. (E-Claim)			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 434 9/14/17 9:04 AM

ส่วนที่ ๓ ด้านคุณภาพ (ต้องครบทุกข้อ)

รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. มีระบบการบันทึกผลการใช้รองเท้า/ ความพึงพอใจ/ ผลข้างเคียง/ ภาวะแทรกซ้อน			
๒. มีการติดตามเยี่ยม (ดูแผล/ หนังหนา/ ตาปลา)			
๓. มีแผนงานรองรับในกรณีต้องแก้ไขอุปกรณ์			
๔. มีการควบคุมคุณภาพของอุปกรณ์ เช่น รองเท้าสามารถใช้งานได้อย่างน้อย ๑ ปี			

ส่วนที่ ๔ ด้านสถานที่/ เครื่องมือในการให้บริการ

<u>กรณีที่ ๑</u> สำหรับหน่วยบริการสามารถผลิตอุปกรณ์ได้เอง (ต้องครบทุกข้อ)

๑.๑ อุปกรณ์รหัส ๘๖๑๒ มีลักษณะพยุงส้นเท้าและฝ่าเท้า หรือเป็นวัสดุที่เสริมรองรับเท้า ชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย ที่สามารถนำไปใช้ร่วมกับรองเท้าทั่วไปได้

รายการ	มี/ใช้งานได้	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. ห้องผลิตอุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้า			
๒. เครื่องวัดขนาดเท้า			
๓. แบบพิมพ์ เก็บรอยฝ่าเท้า			
๔. เครื่องมือเก็บรูปฝ่าเท้า/ เครื่องสแกนเท้า			
๕. Monofilament			
๖. จักรเย็บ			

๑.๒ อุปกรณ์รหัส ๘๘๑๓ เป็นรองเท้าสำเร็จรูป ที่มีลักษณะเฉพาะ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง ที่ยังสามารถสวมใส่รองเท้าได้

รายการ	มี/ใช้งานได้	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. ห้องผลิตรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง			
๒. เตาอบ			
๓. เครื่องวัดขนาดเท้า			
๔. หุ่นรองเท้า ในการขึ้นรูปเพื่อตบแต่ง			
๕. แท่นกลึง/ เครื่องกลึง			
๖. จักรเย็บ			

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 435 9/14/17 9:04 AM

๑.๓ อุปกรณ์รหัส ๘๘๑๔ เป็นรองเท้าที่ต้องตัดเฉพาะราย สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีเท้าผิดรูป

รายการ	มี/ใช้งานได้	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. ห้องผลิตรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง			
๒. เตาอบ			
๓. เครื่องวัดขนาดเท้า			
๔. แบบพิมพ์ เก็บรอยฝ่าเท้า			
๕. หุ่นรองเท้า ในการขึ้นรูปเพื่อตบแต่ง			
๖. แท่นกลึง/ เครื่องกลึง			
๗. เครื่องมือเก็บรูปฝ่าเท้า/ เครื่องสแกนเท้า			
๘. Monofilament			
๙. จักรเย็บ			

<u>กรณีที่ ๒</u> สำหรับหน่วยบริการที่จัดหาให้มีบริการ (ต้องครบทุกข้อ)

รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. มีเอกสารสัญญาระบุการจ้างผลิต (ระบุชื่อบริษัท และเลขที่สัญญา)			
๒. มีแนวทางการตรวจรับผลงานการผลิตก่อนส่งให้ผู้ป่วย			
๓. มีกำหนดระยะเวลาการส่งมอบรองเท้าให้ผู้ป่วย ไม่เกิน ๑๕ วัน			
๔. มีการรับประกันคุณภาพสินค้า ระยะเวลาการประกันต้องไม่ต่ำกว่า ๑ ปี			

โปรดระบุรายละเอียดเพิ่มเติม

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน

๑. ชื่อ- สกุล..... โทรศัพท์ ที่ติดต่อได้.....

E-mail: .....

๒. ชื่อ- สกุล..... โทรศัพท์ ที่ติดต่อได้.....

E-mail: .....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้นี้เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้บริหารหน่วยงาน

( )

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

๓

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 436 9/14/17 9:04 AM

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๕๙

รหัสอุปกรณ์	ประเภท	หน่วย	ราคาชดเชย
๘๖๑๒ (Custom Insole)	อุปกรณ์พยุงส้นเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis) ลักษณะ เป็นวัสดุที่เสริมรองรับเท้าชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis) ลักษณะ ๑. ทำจากวัสดุที่ชั้นบนมีความนุ่มและยืดหยุ่น (Cushion) ส่วนวัสดุชั้นล่างช่วยในการคงรูปของชั้นบน (Contour) ๒. ต้องหล่อพิเศษเฉพาะราย มีความหนาอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร และโค้งเข้ารูปตลอดความยาวของฝ่าเท้าผู้ป่วยแต่ละราย (Total Contact Insole/Orthosis) ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยเกณฑ์ แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า* แล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง	คู่ละ	๑,๒๐๐
๘๘๑๓ (Depth-inlay shoes)	รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้ ลักษณะ ๑. รองเท้าทำจากหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่มีความยืดหยุ่น ระบายอากาศ บุ/หรือซับในด้วยหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่อ่อนนุ่ม (วัสดุสังเคราะห์ที่ใช้ห้ามเป็นยางพารา /ไวนิล / พลาสติก) ๒. ส่วนหัวรองเท้าเป็นชนิดปิดปลายนิ้วเท้าและต้องกว้างพอเพื่อไม่ให้บีบหรือกดนิ้วเท้า ไม่มีตะเข็บแข็ง เพื่อป้องกันการเกิดแผล และต้องมีสายรัดส้น หรือหุ้มส้นเท้า (Back strap / Heel counter) ส่วนหัวรองเท้าชนิดเปิดปลายนิ้วเท้า ใช้ได้เฉพาะกรณีที่มีแผลและอยู่ระหว่างการทำแผล เท่านั้น ๓. รองเท้าต้องปรับขนาดได้ด้วยเชือก หรือ Velcro เป็นต้น เพื่อสามารถกระชับเท้าให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่เกิดการเสียดสี ๔. เป็นรองเท้าที่มีความลึกมากกว่าปกติอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร (deep inlay) สามารถถอดพื้นรองเท้าด้านในเพื่อใส่แผ่นเสริมได้ ๕. พื้นรองเท้าด้านใน ทำจากวัสดุที่มีความยืดหยุ่น นุ่ม มีความหนาอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร ๖. พื้นรองเท้าด้านนอก (Outsole) ทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ไม่ลื่น สามารถปรับแต่งพื้นได้ และมีความโค้ง ลักษณะ Toe Only Rocker Bottom Shoes ข้อบ่งชี้	คู่ละ	๑,๘๐๐

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 437 9/14/17 9:04 AM

รหัสอุปกรณ์	ประเภท	หน่วย	ราคาชดเชย
	ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยเกณฑ์แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า* แล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง		
๘๘๑๔ (Custom-molded shoes)	รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้ ลักษณะ เหมือนกับ ๘๘๑๓ แต่เป็นรองเท้าตัด ไม่ใช่รองเท้าสำเร็จรูป ข้อบ่งชี้ เหมือนรหัส ๘๘๑๓ แต่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปชนิด Depth-Inlay Shoes ให้สวมใส่ได้	คู่ละ	๒,๘๐๐

* หมายถึง หนังสือแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) การป้องกันและดูแลรักษา ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า (Prevention And Management of Diabetic Foot Complication) พ.ศ. ๒๕๕๖ ของ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สามารถ download ได้ที่ : www.dms.moph.go.th/imrta

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 438 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก 9

ขั้นตอนการอุทธรณ์จ่ายชดเชย (e-Appeal) ผ่านโปรแกรม e-Claim
ปีงบประมาณ 2560

==========

สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

❖ **คำนิยาม**

การอุทธรณ์การจ่ายชดเชย (e-Appeal) หมายถึง การขอแก้ไขข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ (ผ่าน A) และเป็นข้อมูลที่ได้ตัดยอดข้อมูลออกรายงานการรักษา (Statement) แล้ว ในระบบอิเลคทรอนิกส์ผ่านโปรแกรม e-Claim

❖ **หลักเกณฑ์**

- **สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) และข้อมูล OP Refer ข้ามจังหวัด** <u>**สามารถ**</u>ดำเนินการอุทธรณ์การจ่ายชดเชย (e-Appeal) ได้ เฉพาะข้อมูลที่ออก Statement แล้วเท่านั้น
- **สิทธิข้าราชการ (OFC)** <u>**ไม่สามารถ**</u>ดำเนินการอุทธรณ์การจ่ายชดเชย (e-Appeal) ได้ หากต้องการอุทธรณ์ต้องอุทธรณ์เป็นเอกสารเท่านั้น
- **สิทธิองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อปท. (LGO)** <u>**สามารถ**</u>ดำเนินการอุทธรณ์การจ่ายชดเชย (e-Appeal) ได้ เฉพาะข้อมูลที่ได้รับ REP และเป็นข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ (ผ่าน A) เท่านั้น
- **สิทธิประกันสังคม (SSS)** <u>**สามารถ**</u>ดำเนินการอุทธรณ์การจ่ายชดเชย (e-Appeal) ได้ เฉพาะข้อมูลที่ออก Statement แล้วเท่านั้น คู่มือการดำเนินการสามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บ e-Claim เมนูดาวน์โหลด ส่วนของเอกสารประกอบการชดเชย สิทธิประกันสังคม ดังภาพ

<u>เอกสารประกอบการชดเชย สิทธิประกันสังคม</u>

User Manual e-appeal สิทธิประกันสังคม



□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 439 9/14/17 9:04 AM

❖ ขั้นตอนการขออุทธรณ์ข้อมูล

การอุทธรณ์จ่ายชดเชย (e-Appeal) เพื่อขอแก้ไขข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจาก สปสช. มีขั้นตอนดังนี้

1. การตรวจสอบสถานะข้อมูล เพื่อให้ทราบสถานะข้อมูลที่ต้องการแก้ไขเป็นข้อมูลที่ออก Statement แล้วหรือไม่ สามารถตรวจสอบผ่านทางหน้าเว็บ e-Claim มีขั้นตอนดังนี้

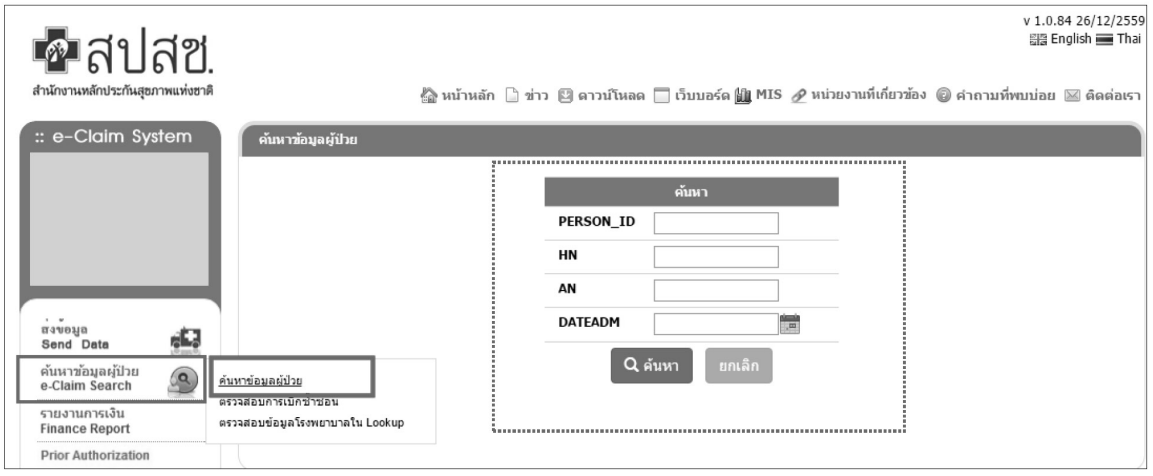
1.1 เลือกที่เมนูค้นหาข้อมูลผู้ป่วย

1.2 เลือกเมนูค้นหาข้อมูลผู้ป่วย

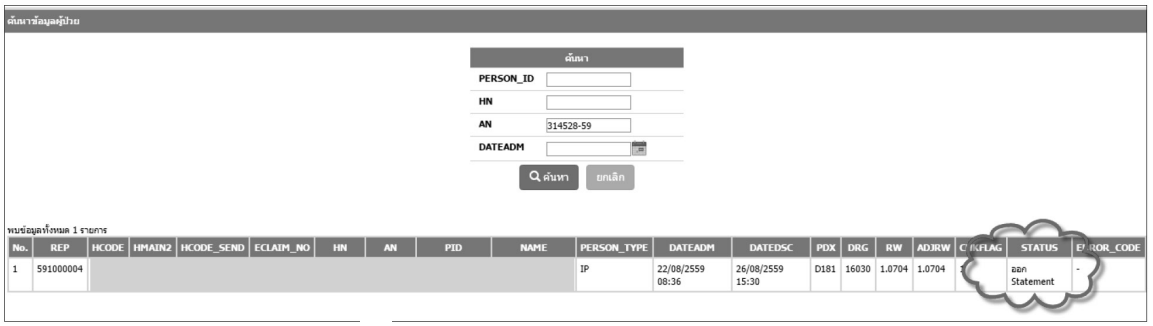
1.3 เมื่อเข้าสู่หน้า ค้นหาข้อมูลผู้ป่วย ให้ระบุเงื่อนไข ดังนี้

- ระบุ PERSON_ID (เลขที่บัตรประชาชน)
- ระบุ HN
- ระบุ AN
- ระบุ DATEADM (วันที่รับบริการ)

1.4 **ข้อมูลที่จะสามารถทำ e-appeal ได้ ต้องเป็นข้อมูลที่ STATUS= ออก Statement เท่านั้น**



ภาพที่ 1 หน้าจอข้อมูลผู้ป่วย



ภาพที่ 2 หน้าจอแสดงผลการค้นหาข้อมูลผู้ป่วย

M100.indd 440 9/14/17 9:04 AM

2. การดาวน์โหลดไฟล์ e-Appeal หากตรวจสอบข้อมูลที่ต้องการแก้ไขมีสถานะเป็น “ออก Statement” แล้ว ให้ผู้ใช้งานเลือกที่เมนู อุทธรณ์จ่ายค่าชดเชย Appeal

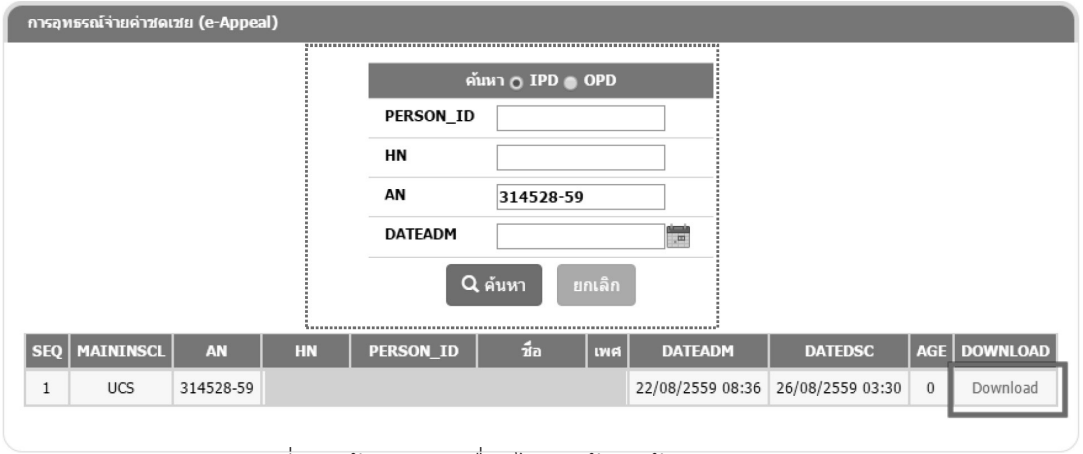


ภาพที่ 3 หน้าจอแสดงเมนูอุทธรณ์จ่ายค่าชดเชย Appeal

2.1 เมื่อเข้าสู่หน้า การอุทธรณ์จ่ายค่าชดเชย (e-Appeal) ให้ระบุเงื่อนไข ดังนี้

- เลือกเป็น IPD (ผู้ป่วยใน) หรือ OPD (ผู้ป่วยนอก)
- ระบุ PERSON_ID (เลขที่บัตรประชาชน)
- ระบุ HN
- ระบุ AN
- ระบุ DATEADM (วันที่รับบริการ)

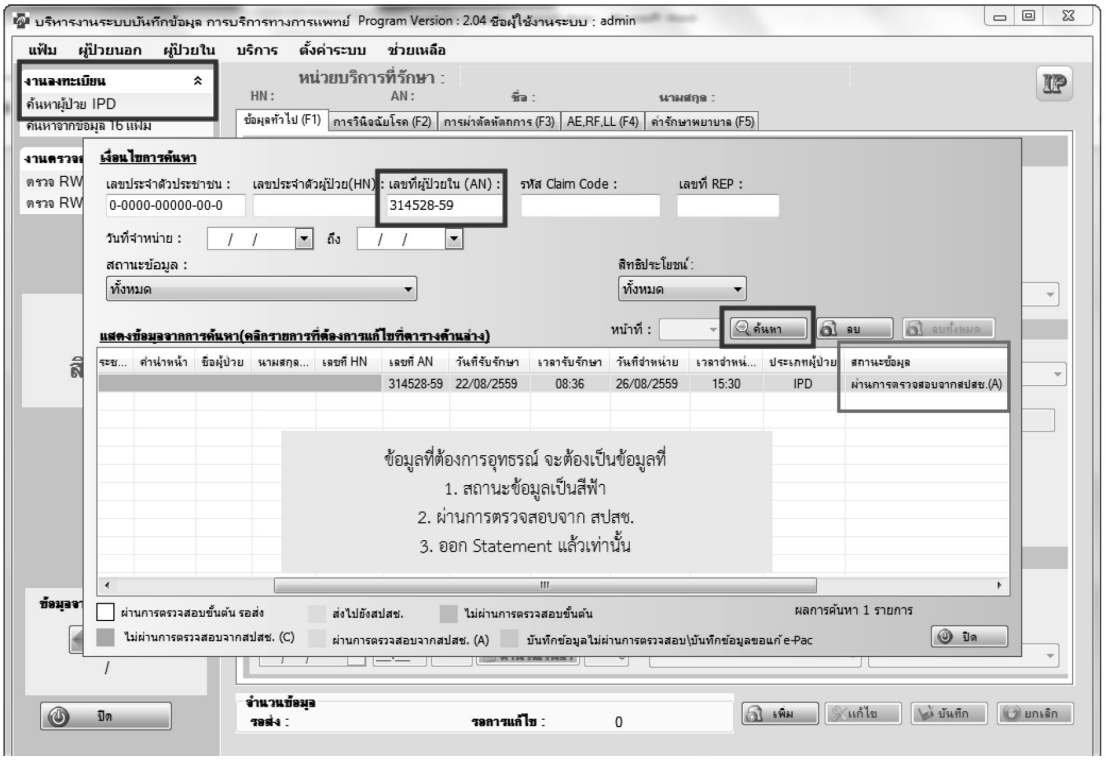
2.2 เมื่อระบุรายละเอียดเงื่อนไข แล้วให้กดปุ่ม ค้นหา และหน้าจอจะแสดงข้อมูลผู้ป่วย และให้คลิกที่ Download เพื่อ Download ข้อมูลการอุทธรณ์ค่าชดเชย e-Appeal เพื่อนำเข้าโปรแกรม e-Claim



ภาพที่ 4 หน้าจอแสดงเงื่อนไขการค้นหาข้อมูล e-appeal

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 441 9/14/17 9:04 AM

3. ตรวจสอบสถานะข้อมูลที่ต้องการอุทธรณ์ ในโปรแกรม e-Claim สถานะข้อมูลต้องเป็นสีฟ้า (ผ่านการตรวจสอบจาก สปสช.) และเป็นข้อมูลที่ออก Statement แล้วเท่านั้น โดยเลือกที่เมนูค้นหาผู้ป่วย OPD หรือค้นหาผู้ป่วย IPD แล้วแต่กรณี ดังภาพ



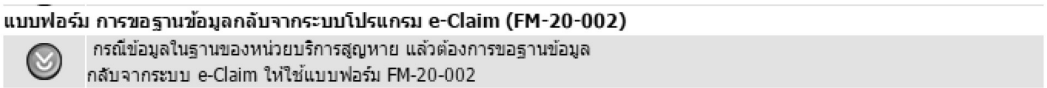
ภาพที่ 5 หน้าจอโปรแกรม e-Claim แสดงผลการค้นหาข้อมูลที่ต้องการอุทธรณ์

ปัญหาที่พบบ่อย

1. หากสถานะข้อมูลเป็นสีเหลือง เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการจะต้องทำการรับ REP ให้เรียบร้อยก่อน

2. หากสถานะข้อมูลเป็นสีเทา ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่ สปสช. เพื่อแจ้งแนวทางการแก้ไข เพราะปัญหาของหน่วยบริการแต่ละแห่งจะแตกต่างกัน

3. หากไม่พบข้อมูลที่ต้องการแก้ไขในโปรแกรม e-Claim ให้เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการทำหนังสือขอฐานกลับจาก สปสช. โดยใช้แบบฟอร์ม FM-20-002 ดาวน์โหลดได้จากเว็บ e-Claim เมนูดาวน์โหลด



□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 442 9/14/17 9:04 AM

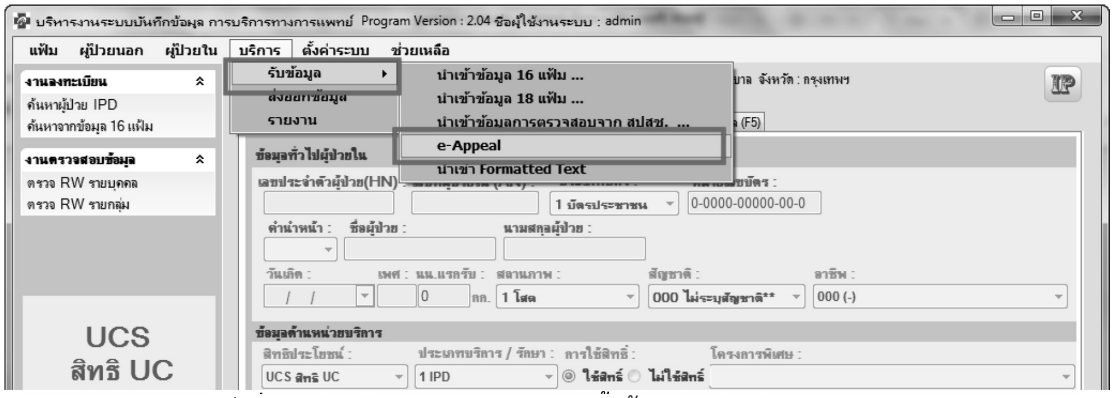
4. การนำเข้าข้อมูล e-appeal หากสถานะข้อมูลที่ต้องการอุทธรณ์เป็นสีฟ้า ให้ทำการนำเข้าข้อมูล e-appeal ขั้นตอนดังนี้

4.1 เลือกที่เมนูบริการ >> รับข้อมูล >> e-Appeal ดังภาพที่ 6

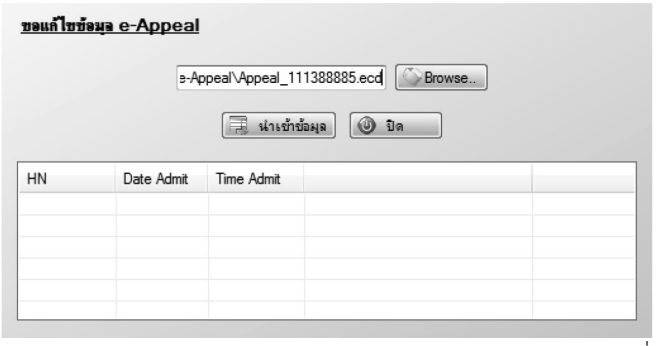
4.2 Browse.. ไฟล์ e-appeal ที่ดาวน์โหลดจากเว็บ ในข้อ 2.2 ดังภาพที่ 7

4.3 กดปุ่มนำเข้าข้อมูล หากสถานะข้อมูลถูกต้อง โปรแกรมจะแจ้งว่าปรับสถานะข้อมูลแล้ว ดังภาพที่ 8

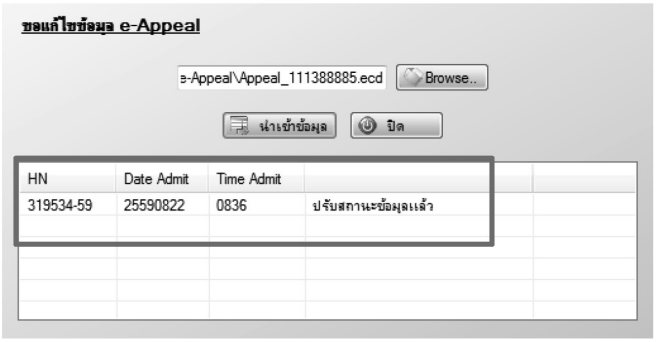
4.4 หากโปรแกรมแจ้งข้อความอื่น ให้ตรวจสอบสถานะข้อมูลตามแนวทางข้อ 3 ส่วนของปัญหาที่พบบ่อย



ภาพที่ 6 หน้าจอโปรแกรม e-Claim แสดงขั้นตอนการรับไฟล์ e-Appeal



ภาพที่ 7 หน้าจอโปรแกรม e-Claim แสดง Browse.. ไฟล์ e-appeal ที่ดาวน์โหลดจากเว็บ



ภาพที่ 8 หน้าจอโปรแกรม e-Claim แสดงข้อความหลังการนำเข้าไฟล์ e-appeal

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 443 9/14/17 9:04 AM

5. การแก้ไขข้อมูล เมื่อนำเข้าไฟล์ e-Appeal ในโปรแกรม e-Claim เรียบร้อยแล้ว ให้ดำเนินการดังนี้

5.1 เลือกที่เมนูค้นหาผู้ป่วย OPD หรือค้นหาผู้ป่วย IPD แล้วแต่กรณี กรอกรายละเอียดเคสที่ต้องการอุทธรณ์ กดค้นหา จะปรากฏข้อมูล 2 record ประกอบด้วย

- **ข้อมูลสถานะสีเทา** หมายถึง ข้อมูลเก่าซึ่งไม่สามารถทำการแก้ไขข้อมูลได้ (Log)
- **ข้อมูลสถานะสีขาว** หมายถึง ข้อมูลที่หน่วยบริการสามารถทำการแก้ไขได้ โดยการ Double click ที่ข้อมูล จากนั้นทำการแก้ไขข้อมูล และตรวจสอบการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง แล้วจึงส่งออกไฟล์เพื่อส่งไปยัง สปสช.

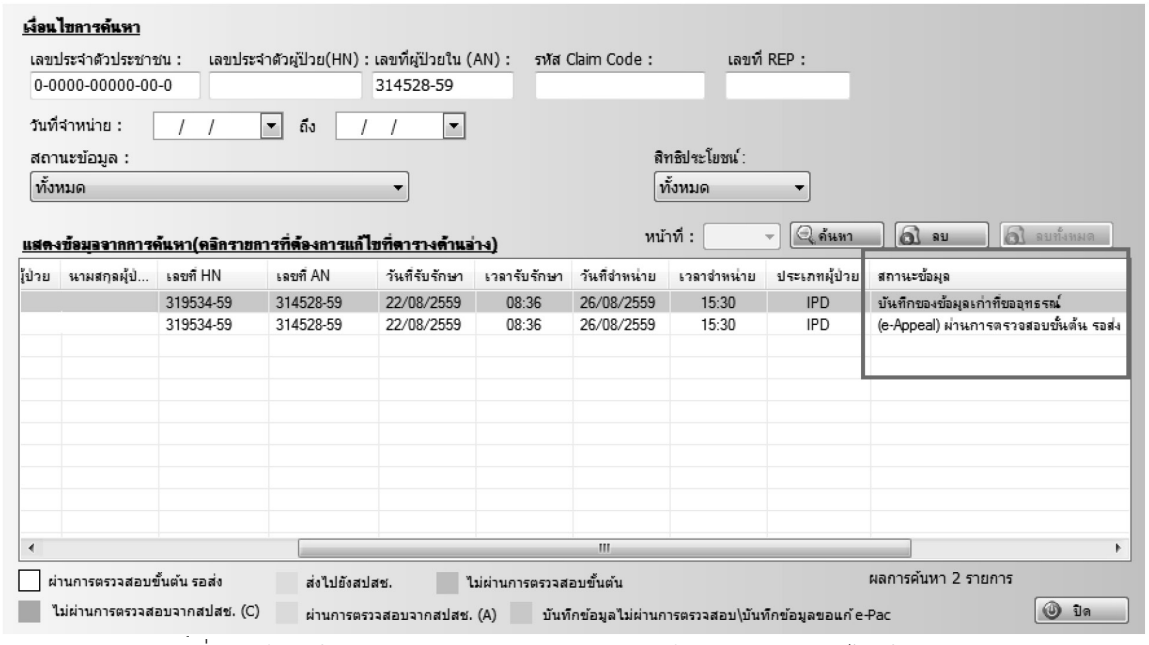
5.2 เลือกข้อมูล record สถานะสีขาว เพื่อทำการแก้ไข

5.3 แก้ไขข้อมูลให้ครบถ้วน

5.4 จากนั้นกดบันทึก

หมายเหตุ

การนำเข้าไฟล์ e-Appeal ในโปรแกรม e-Claim ใน 1 เคส สามารถนำเข้าได้เพียง 1 ครั้งเท่านั้น ดังนั้น เมื่อนำเข้าไฟล์ e-appeal เรียบร้อยแล้ว **ห้ามลบข้อมูล record สีขาว เด็ดขาด** เพราะจะทำให้หน่วยบริการไม่สามารถทำการ e-appeal ได้ หากเกิดปัญหาหลังการนำเข้าข้อมูลเช่น บันทึกข้อมูลไม่ผ่าน ติด C เบื้องต้น ให้เจ้าหน้าที่โทรประสานแจ้งหน้าที่ e-Claim เพื่อสอบถามแนวทางการแก้ไข



ภาพที่ 9 หน้าจอโปรแกรม e-Claim แสดงสถานะข้อมูลหลังจากรับไฟล์ e-appeal

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 444 9/14/17 9:04 AM

6. การส่งออกไฟล์ e-Appeal

หลังจากที่หน่วยบริการดำเนินการแก้ไขข้อมูลเรียบร้อยแล้ว หน่วยบริการต้องส่งออกข้อมูลในรูปแบบไฟล์ .ecd เพื่อส่งเข้ามาตรวจสอบในระบบ online การส่งออกข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

6.1 เลือกที่เมนูบริการ >> ส่งออกข้อมูล ดังภาพที่ 10

6.2 เลือก**รูปแบบข้อมูล เป็น 3= ข้อมูล Appeal** และเลือกสิทธิประโยชน์ ดังภาพที่ 11

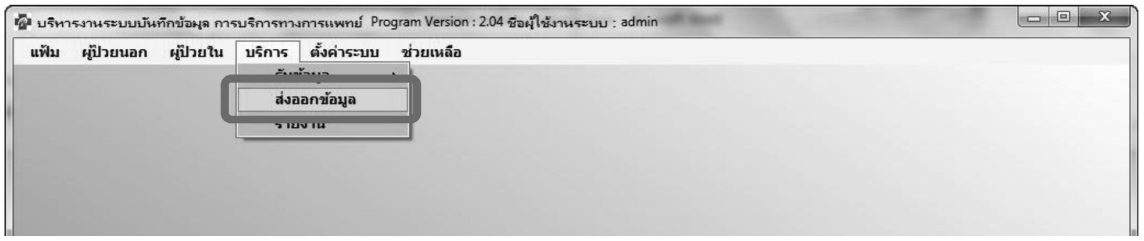
6.3 เลือกสิทธิประโยชน์ ของข้อมูลที่ต้องการส่งออก ดังภาพที่ 11

6.4 กดแสดงข้อมูล จะพบข้อมูลที่ต้องการส่งออก ดังภาพที่ 11

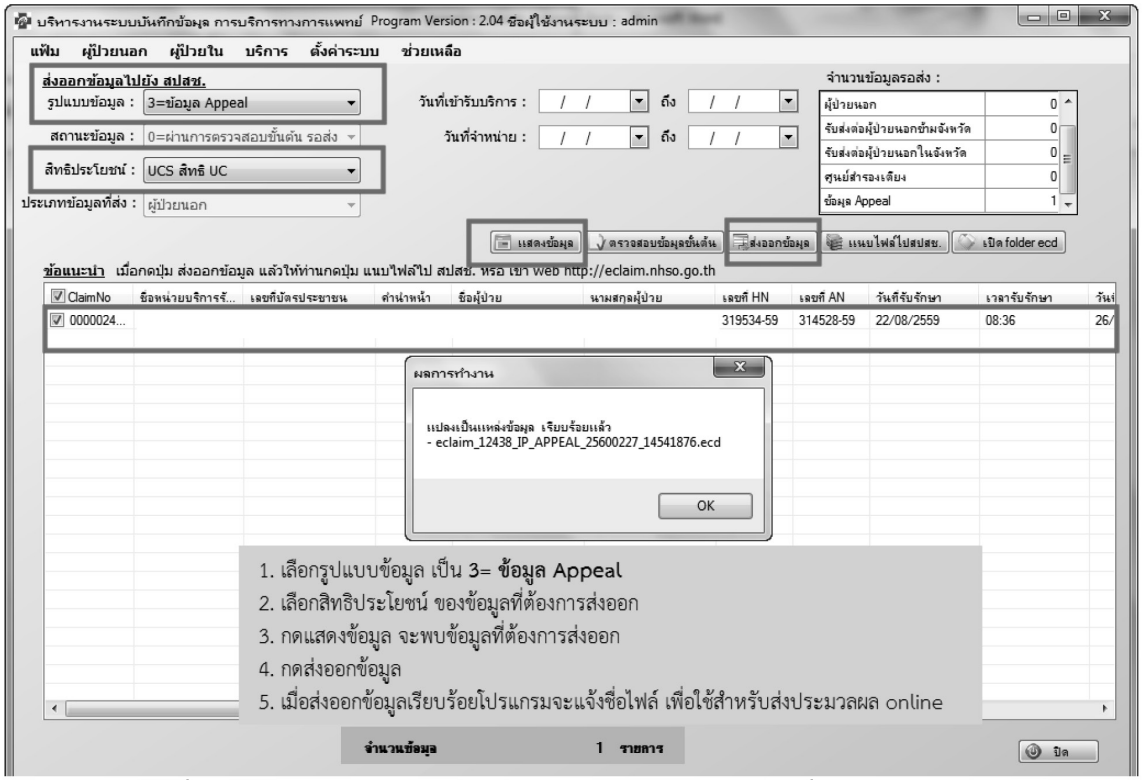
6.5 กดส่งออกข้อมูล ดังภาพที่ 11

6.6 เมื่อส่งออกข้อมูลเรียบร้อยโปรแกรมจะแจ้งชื่อไฟล์ ดังภาพที่ 11

6.7 ให้นำไฟล์ดังกล่าวส่งเข้าระบบเพื่อประมวลผลต่อไป



ภาพที่ 10 หน้าจอโปรแกรม e-Claim การส่งออกข้อมูล



ภาพที่ 11 หน้าจอโปรแกรม e-Claim แสดงการเลือกข้อมูล e-appeal เพื่อส่งออกไฟล์ .ecd

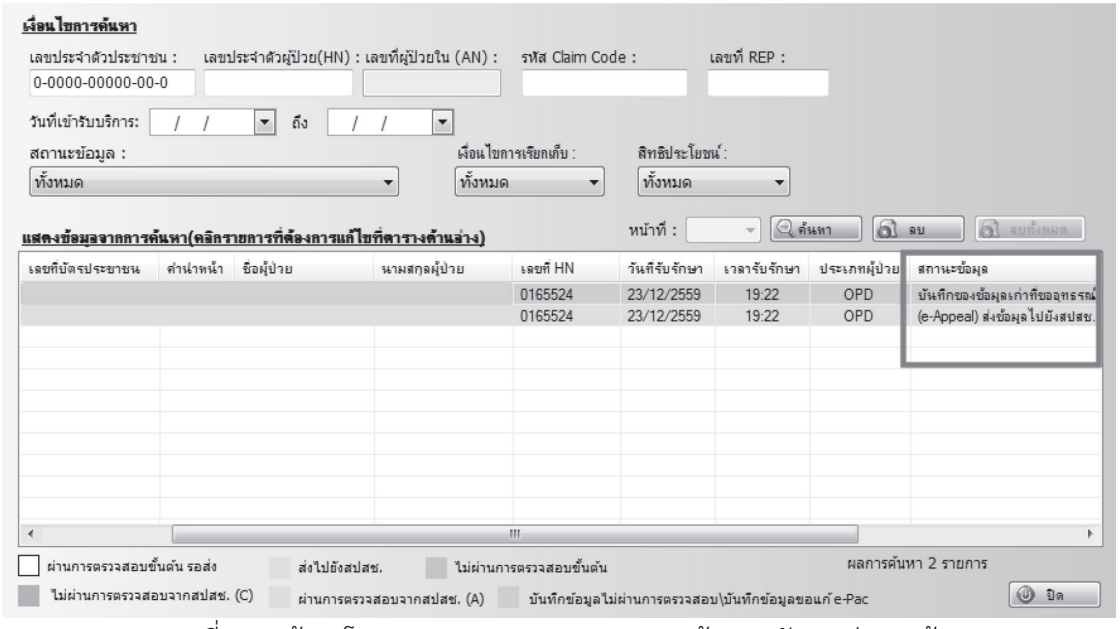
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 445 9/14/17 9:04 AM

7. กรณี e-Appeal ไม่ผ่านการตรวจสอบ การแก้ไขหน่วยบริการจะต้องดำเนินการ e-appeal ใหม่อีกครั้ง โดยสถานะข้อมูลจะแสดง ดังนี้

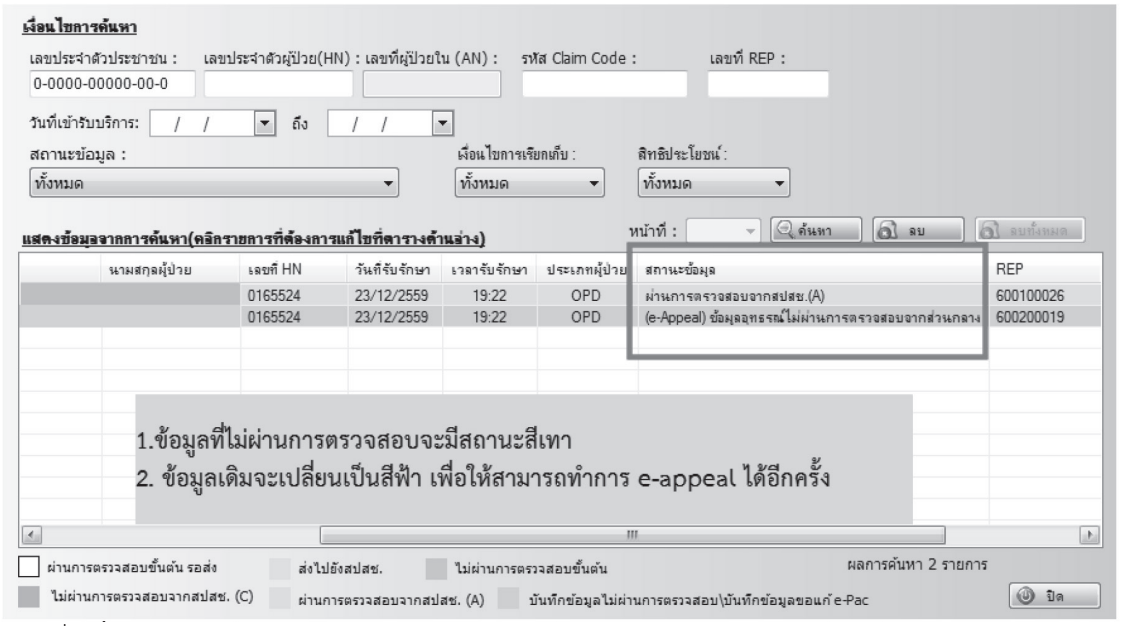
7.1 เมื่อรับ REP **ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ**จะมีสถานะ “สีเทา”

7.2 ข้อมูลเคสเดิมจะเปลี่ยนสถานะจาก “สีเทา” เป็น “สีฟ้า”

7.3 ให้หน่วยบริการดำเนินการ e-Appeal ใหม่อีกครั้ง



ภาพที่ 12 หน้าจอโปรแกรม e-Claim แสดงสถานะข้อมูลหลังจากส่งออกข้อมูล



ภาพที่ 13 หน้าจอโปรแกรม e-Claim แสดงสถานะข้อมูลหลังจากรับ rep กรณีข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 446 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก 10

แนวทางการดำเนินงานระบบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล (Individual data) ปี 2561

1. การส่งข้อมูล

การส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล (Individual data) จากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่ สปสช. กำหนดเพิ่มเติมที่มีฐานะเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 โครงสร้างแฟ้มข้อมูล

ปีงบประมาณ 2561 หน่วยบริการที่จะส่งข้อมูลให้ สปสช. สามารถใช้โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ และการส่งต่อผู้ป่วย Version 2.2 (43 แฟ้ม หรือ 52 แฟ้ม) ประกาศใช้โดย กระทรวงสาธารณสุข เมื่อ กันยายน 2559

กรณีที่มีการประกาศเปลี่ยนแปลงโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ และการส่งต่อผู้ป่วย จากกระทรวงสาธารณสุข ที่เกิดขึ้นระหว่างปีงบประมาณ 2561 ให้ถือตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดยจะแจ้งกำหนดรับข้อมูลตามมาตรฐานใหม่ให้ทราบต่อไป

1.2 รูปแบบแฟ้มข้อมูล

รูปแบบของแฟ้มข้อมูลที่จะส่งให้ สปสช. ต้องเป็น Text file เท่านั้น และส่งเป็น Zip file เพียงชุดเดียวที่รวมข้อมูลไว้ด้วยกันโดยมีชื่อแฟ้ม และชื่อฟิลด์ (field) ตรงตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลที่กำหนดตามข้อ 1.1

โดยใช้เครื่องหมายไปป์ (|) คั่นระหว่างฟิลด์ทุกฟิลด์ ทั้งนี้ ให้ใส่ Header มาในแฟ้มข้อมูลด้วยเพื่อความรวดเร็วในการตรวจสอบ

รูปที่ 1 ตัวอย่างข้อมูลภายในแฟ้ม EPI ที่ส่งให้ สปสช. ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ และการส่งต่อผู้ป่วย Version 2.2 (43 แฟ้ม)

```
HOSPCODE|PID|SEQ|DATE_SERV|VACCINCETYPE|VACCINEPLACE|PROVIDER|D_UPDATE
90821|091211|2011120120264644|20111201|010|10821|20111201184932|20111201
90821|091202|2011120120264558|20111201|041|10821|20111201004752|20111201
90821|040429|2011120110107616|20111201|111|10821|20111201133200|20111201
```


□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 447 9/14/17 9:04 AM

1.3 ขั้นตอนการจัดทำแฟ้มข้อมูลเพื่อส่งให้ สปสช.

1.3.1 การตั้งชื่อแฟ้มข้อมูล กำหนดให้ตั้งชื่อตามรูปแบบต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ชื่อแฟ้มตารางที่ 1 แฟ้มที่รับตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ และการส่งต่อผู้ป่วย Version 2.0 (43 แฟ้ม)

PERSON.txt	SERVICE.txt	CHARGE_IPD.txt	NUTRITON.txt
ADDRESS.txt	DIAGNOSIS_OPD.txt	APPOINTMENT.txt	SPECIALPP.txt
DEATH.txt	DRUG_OPD.txt	DENTAL.txt	COMMUNITY_ACCTIVITY.txt
CHRONIC.txt	PROCEDURE_OPD.txt	REHABITATION.txt	COMMUNITY_SERVICE.txt
CARD.txt	CHARGE_OPD.txt	NCDSCREEN.txt	CARE_REFER
HOME.txt	SURVEILANCE.txt	FP.txt	CLINICAL_REFER
VILLAGE.txt	ACCIDENT.txt	PRENATAL.txt	DRUG_REFER
DISABILITY.txt	LABFU.txt	ANC.txt	INVESTIGATION_REFER
PROVIDER.txt	CHRONICFU .txt	LABOR.txt	PROCEDURE_REFER
WOMEN.txt	ADMISSION.txt	POSTNATAL.txt	REFER_HISTORY
DRUGALLERGY.txt	DIAGNOSIS_IPD.txt	NEWBORN.txt	REFER_RESULT
FUNCTIONAL.txt	DRUG_IPD.txt	NEWBORNCARE.txt	POLICY.txt
ICF.txt	PROCEDURE_IPD.txt	EPI.txt	DATA_CORRECT.txt

หมายเหตุ แฟ้มที่ขีดเส้นใต้ เป็นแฟ้มที่รับแต่ไม่ได้ประมวลผล

1.3.2 รับแฟ้มทั้งหมด 52 แฟ้มประมวลผล 39 แฟ้ม (ไม่ประมวลผล 13 แฟ้ม ดัง ตารางที่ 1)

1.3.3 สร้าง Folder แฟ้ม กำหนดให้สร้างตามรูปแบบดังนี้ ชื่อ Folder: F43_HOSPCODE_YYYYMMDDhhmmss

HOSPCODE = รหัสสถานพยาบาล, YYYYMMDD = ปี (พ.ศ. หรือ ค.ศ.) เดือน วันที่

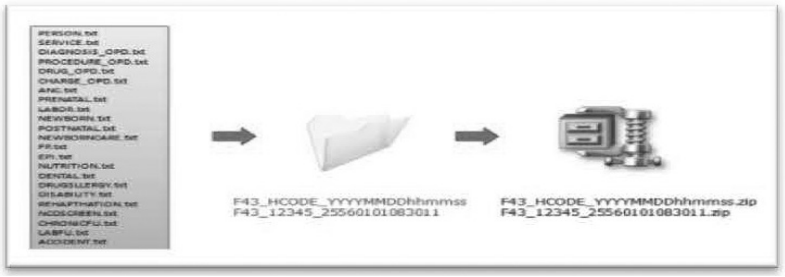
hhmmss = ชั่วโมง นาที วินาที (วินาที อาจระบุเป็น 00 ได้กรณีไม่ทราบชัดเจน) ตัวอย่าง เช่น F43_12345_25581101120101 เป็นต้น

1.3.4 ทำการบีบอัดข้อมูล (ZIP) ทั้ง Folder ในชื่อเดิม (จากข้อ 1.1.2) ด้วยโปรแกรม WinZip หรือโปรแกรมอื่นใดที่สามารถสร้างไฟล์ที่มีนามสกุล .zip ได้

- ชื่อไฟล์ zip : F43_HOSPCODE_YYYYMMDDhhmmss.zip
- ตัวอย่าง เช่น F43_12345_25581101120101.zip

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 448 9/14/17 9:04 AM

รูปที่ 2 แสดงขั้นตอนการจัดทำชุดข้อมูลเพื่อส่งให้ สปสช.



1. **จัดทำแฟ้มข้อมูล**
2. **สร้าง Folder ตามรูปแบบที่กำหนด**
3. **จัดทำเป็น zip file นำแฟ้มข้อมูลทั้งหมดใส่ใน Folder**

1.4 ช่องทางการส่งข้อมูล

1.4.1 หน่วยบริการที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งของรัฐ และของเอกชน ให้ส่งข้อมูลไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และให้ สสจ. จัดส่งข้อมูลให้กับ สปสช. ผ่านทางเว็บไซต์ http://op.nhso.go.th/op

1.4.2 หน่วยบริการประจำ และ หน่วยบริการส่งต่อ เช่น โรงพยาบาล หรือ รพ.สต. ที่มีฐานะเป็นหน่วยบริการประจำ ให้ส่งข้อมูล โดยตรง ผ่านทางเว็บไซต์ http://op.nhso.go.th/op

1.4.3 Username และ Password ในการส่งข้อมูล และเข้าใช้งานเว็บไซต์ http://op.nhso.go.th/op สามารถขอได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตฯ ตามพื้นที่รับผิดชอบ

1.5 เงื่อนไขการรับส่งข้อมูล

1.5.1 แฟ้มข้อมูลที่ส่งต้องมีโครงสร้างที่ถูกต้องตรงตามโครงสร้างแฟ้มข้อมูลมาตรฐานที่กำหนดในข้อ 1.1 กรณีชื่อแฟ้ม หรือรูปแบบการส่งไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ระบบ Individual records จะปฏิเสธการรับส่งข้อมูล

1.5.2 แฟ้มข้อมูลใดที่ไม่มีข้อมูล ไม่ต้องส่งแฟ้มเปล่า หรือโครงสร้าง Header ให้กับระบบฯ (สามารถเลือกส่งเฉพาะบางแฟ้ม หรือส่งไม่ครบแฟ้มได้ตามที่กำหนด)

1.5.3 จำนวนแฟ้มข้อมูลที่รับได้ 52 แฟ้ม (ตารางที่ 1 ข้อ 1.1.1)

1.5.4 ต้องส่งแฟ้ม PERSON และ แฟ้มที่ให้บริการ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ แฟ้มสะสม ข้อมูลต้องสามารถเชื่อมโยงกันได้กับแฟ้ม PERSON เพื่อที่จะระบุบุคคลได้ ตามเงื่อนไขฟิลด์ที่กำหนด ยกเว้นแฟ้มที่ไม่ต้องเชื่อมโยงกับแฟ้ม PERSON คือ PROVIDER , COMMUNITY_ACCTIVITY , VILLAGE , HOME

1.5.5 แฟ้ม PERSON และแฟ้มบริการ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ แฟ้มสะสม ที่เชื่อมโยงกันได้ ต้องส่งมาในไฟล์ zip เดียวกันในกรณีที่ขนาดเกิด 20 MB ให้แยก zip file เป็นไฟล์ใหม่ (เพื่อประสิทธิภาพในการตรวจสอบและการส่งข้อมูล แนะนำขนาดไฟล์ ที่ไม่เกิน 10 MB)

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 449 9/14/17 9:04 AM

1.5.6 แฟ้มที่รับแต่ไม่ได้ประมวลผลจัดเก็บลงฐานข้อมูล ADDRESS,DEATH,CARD,HOME,WOMEN,APPONTMENT,CARE_REFER,CLINICAL_REFER,DRUG_REFER,INVESTIGATION_REFER,PROCEDURE_REFER,REFER_HISTORY,REFER_RESULT ระบบ ฯ จะรับไว้ แต่ไม่แจ้งผลรายงานการตรวจสอบ

1.5.7 การส่งข้อมูลในฟิลด์ใด ๆ ก็ตามที่มีจำนวนข้อมูลมากกว่าขนาดความกว้างของฟิลด์ นั้น ระบบฯ จะไม่นำเข้าข้อมูลของฟิลด์นั้น ๆ (ข้อมูลในฟิลด์จะกลายเป็นค่าว่าง หรือ null)

1.5.8 แฟ้มสะสมอื่นฯ เช่น CHRONIC,VILLAGE,DISABLITY,PROVIDER,DRUGALLERGY ฯลฯ สามารถจัดเก็บได้ตามนิยามคู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ และ ระยะเวลาที่กำหนดในรอบปีงบประมาณ

1.6 การประมวลผลข้อมูล เป็นไปตามแผนงานของแต่ละกองทุนฯที่เกี่ยวข้อง กำหนด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 450 9/14/17 9:04 AM

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปฏิทินการออก Statement สำหรับข้อมูลผู้ป่วยนอก ส่งต่อข้ามจังหวัด (OP Refer) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561

เดือนที่ส่งข้อมูล	วันตัดยอดการส่งข้อมูล	วันส่งข้อมูลทันเวลา(PS=0)	สิ้นสุดวัน Approve	งวด และวันออก Statement											
				6010	6011	6012	6101	6102	6103	6104	6105	6106	6107	6108	6109
กันยายน 60	30-ก.ย.-60	31-ต.ค.-60	14-ต.ค.-60	16-ต.ค.-60	15-พ.ย.-60	15-ธ.ค.-60	15-ม.ค.-61	15-ก.พ.-61	15-มี.ค.-61	18-เม.ย.-61	15-พ.ค.-61	15-มิ.ย.-61	16-ก.ค.-61	15-ส.ค.-61	17-ก.ย.-61
ตุลาคม 60	31-ต.ค.-60	30-พ.ย.-60	14-พ.ย.-60		15-พ.ย.-60	15-ธ.ค.-60	15-ม.ค.-61	15-ก.พ.-61	15-มี.ค.-61	18-เม.ย.-61	15-พ.ค.-61	15-มิ.ย.-61	16-ก.ค.-61	15-ส.ค.-61	17-ก.ย.-61
พฤศจิกายน 60	30-พ.ย.-60	31-ธ.ค.-60	14-ธ.ค.-60			15-ธ.ค.-60	15-ม.ค.-61	15-ก.พ.-61	15-มี.ค.-61	18-เม.ย.-61	15-พ.ค.-61	15-มิ.ย.-61	16-ก.ค.-61	15-ส.ค.-61	17-ก.ย.-61
ธันวาคม 60	31-ธ.ค.-60	31-ม.ค.-61	14-ม.ค.-61				15-ม.ค.-61	15-ก.พ.-61	15-มี.ค.-61	18-เม.ย.-61	15-พ.ค.-61	15-มิ.ย.-61	16-ก.ค.-61	15-ส.ค.-61	17-ก.ย.-61
มกราคม 61	31-ม.ค.-61	28-ก.พ.-61	14-ก.พ.-61					15-ก.พ.-61	15-มี.ค.-61	18-เม.ย.-61	15-พ.ค.-61	15-มิ.ย.-61	16-ก.ค.-61	15-ส.ค.-61	17-ก.ย.-61
กุมภาพันธ์ 61	28-ก.พ.-61	31-มี.ค.-61	14-มี.ค.-61						15-มี.ค.-61	18-เม.ย.-61	15-พ.ค.-61	15-มิ.ย.-61	16-ก.ค.-61	15-ส.ค.-61	17-ก.ย.-61
มีนาคม 61	31-มี.ค.-61	30-เม.ย.-61	14-เม.ย.-61							18-เม.ย.-61	15-พ.ค.-61	15-มิ.ย.-61	16-ก.ค.-61	15-ส.ค.-61	17-ก.ย.-61
เมษายน 61	30-เม.ย.-61	31-พ.ค.-61	14-พ.ค.-61								15-พ.ค.-61	15-มิ.ย.-61	16-ก.ค.-61	15-ส.ค.-61	17-ก.ย.-61
พฤษภาคม 61	31-พ.ค.-61	30-มิ.ย.-61	14-มิ.ย.-61									15-มิ.ย.-61	16-ก.ค.-61	15-ส.ค.-61	17-ก.ย.-61
มิถุนายน 61	30-มิ.ย.-61	31-ก.ค.-61	14-ก.ค.-61										16-ก.ค.-61	15-ส.ค.-61	17-ก.ย.-61
กรกฎาคม 61	31-ก.ค.-61	31-ส.ค.-61	14-ส.ค.-61											15-ส.ค.-61	17-ก.ย.-61
สิงหาคม 61	31-ส.ค.-61	30-ก.ย.-61	14-ก.ย.-61												17-ก.ย.-61
สจช. ขออนุมัติจ่ายชดเชย (10 วัน)				26-ต.ค.-60	25-พ.ย.-60	25-ธ.ค.-60	25-ม.ค.-61	25-ก.พ.-61	25-มี.ค.-61	28-เม.ย.-61	25-พ.ค.-61	25-มิ.ย.-61	26-ก.ค.-61	25-ส.ค.-61	27-ก.ย.-61
หน่วยบริการได้รับเงินชดเชย (15 วัน)				10-พ.ย.-60	10-ธ.ค.-60	09-ม.ค.-61	09-ก.พ.-61	12-มี.ค.-61	09-เม.ย.-61	13-พ.ค.-61	09-มิ.ย.-61	10-ก.ค.-61	10-ส.ค.-61	09-ก.ย.-61	12-ต.ค.-61

หมายเหตุ 1) การนับว่าส่งข้อมูลทันกำหนด คือส่งภายใน 30 วัน หลังจากวันที่รับบริการ (DATEADM) ยกเว้น STM 6010 ที่สามารถรับข้อมูลบริการตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 60 – กันยายน 60

2) อัตราการจ่ายชดเชย กรณีการส่งข้อมูลทันกำหนด (PS)

ส่งทันกำหนด (PS=0) = จ่าย 100% , ส่งช้า 1 เดือน (PS=1) = จ่าย 95 % , ส่งช้า 2 เดือน (PS=2) = จ่าย 90% , (PS=3 เป็นต้นไป) = จ่าย*ไม่เกิน* 80%

M100.indd 451 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 452 9/14/17 9:04 AM

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปฏิทินการออก Statement สำหรับข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561

เดือนที่ให้บริการ (OP) / จำหน่าย (IP)	วันตัดยอดออก STM	วันส่งข้อมูลทันเวลา (PS=0)	งวดและวันออก STM											
			6010	6011	6012	6101	6102	6103	6104	6105	6106	6107	6108	6109
ต.ค.60	31 ต.ค 60	30 พ.ย.60	16 พ.ย. 60	14 ธ.ค.60	16 ม.ค.61[1]	15 ก.พ.61[2]	15 มี.ค.61[3]	17 เม.ย.61[3]	15 พ.ค.61[3]	14 มิ.ย.61[3]	17 ก.ค.61[3]	16 ส.ค.61[3]	18 ก.ย.61[3]	16 ต.ค.61[3]
พ.ย.60	30 พ.ย.60	31 ธ.ค.60		14 ธ.ค.60	16 ม.ค.61	15 ก.พ.61[1]	15 มี.ค.61[2]	17 เม.ย.61[3]	15 พ.ค.61[3]	14 มิ.ย 61[3]	17 ก.ค.61[3]	16 ส.ค.61[3]	18 ก.ย.61[3]	16 ต.ค.61[3]
ธ.ค.60	31 ธ.ค.60	31 ม.ค.61			16 ม.ค.61	15 ก.พ.61	15 มี.ค.61[1]	17 เม.ย.61[2]	15 พ.ค.61[3]	14 มิ.ย 61[3]	17 ก.ค.61[3]	16 ส.ค.61[3]	18 ก.ย.61[3]	16 ต.ค.61[3]
ม.ค.61	31 ม.ค.61	28 ก.พ.61				15 ก.พ.61	15 มี.ค 61	17 เม.ย.61[1]	15 พ.ค.61[2]	14 มิ.ย 61[3]	17 ก.ค. 61[3]	16 ส.ค.61[3]	18 ก.ย.61[3]	16 ต.ค.61[3]
ก.พ.61	28 ก.พ.61	31 มี.ค.61					15 มี.ค.61	17 เม.ย.61	15 พ.ค.61[1]	14 มิ.ย 61[2]	17 ก.ค.61[3]	16 ส.ค.61[3]	18 ก.ย.61[3]	16 ต.ค.61[3]
มี.ค.61	31 มี.ค.61	30 เม.ย.61						17 เม.ย.61	15 พ.ค.61	14 มิ.ย.61[1]	17 ก.ค.61[2]	16 ส.ค.61[3]	18 ก.ย.61[3]	16 ต.ค.61[3]
เม.ย.61	30 เม.ย.61	31 พ.ค.61							15 พ.ค.61	14 มิ.ย 61	17 ก.ค.61[1]	16 ส.ค.61[2]	18 ก.ย.61[3]	16 ต.ค.61[3]
พ.ค.61	31 พ.ค.61	30 มิ.ย.61								14 มิ.ย. 61	17 ก.ค.61	16 ส.ค.61[1]	18 ก.ย.61[2]	16 ต.ค.61[3]
มิ.ย.61	30 มิ.ย.61	31 ก.ค.61									17 ก.ค.61	16 ส.ค.61	18 ก.ย.61[1]	16 ต.ค.61[2]
ก.ค.61	31 ก.ค.61	31 ส.ค.61										16 ส.ค.61	18 ก.ย.61	16 ต.ค 61[1]
ส.ค.61	31 ส.ค.61	30 ก.ย. 61											18 ก.ย.61	16 ต.ค. 61
ก.ย.61	25 ก.ย. 61	31 ต.ค.61												16 ต.ค. 61
หน่วยบริการได้รับเงินชดเชย			30 พ.ย.60	29 ธ.ค.60	31 ม.ค. 61	28 ก.พ.61	30 มี.ค.61	30 เม.ย.61	31 พ.ค.61	29 มิ.ย.61	31 ก.ค.61	31 ส.ค.61	28 ก.ย.61	31 ต.ค.61

หมายเหตุ

1) วันออก Statement หากตรงกับวันหยุด จะเลื่อนเป็นวันทำการถัดไป

2) การนับว่าส่งข้อมูลทันกำหนดคือส่งภายในวันส่งข้อมูลทันเวลา (วันตัดยอดออก STM ของเดือนถัดไป)

3) อัตราการจ่ายชดเชย กรณีการส่งข้อมูลทันกำหนด (PS)

ส่งทันกำหนด(PS=0) = จ่าย 100% , ส่งช้า 1 เดือน 1(PS=1) = จ่าย 95 % , ส่งช้า 2 เดือน 2(PS=2) = จ่าย 90% , ส่งช้าเกิน 2 เดือน 3(PS=3 เป็นต้นไป) = จ่ายไม่เกิน 80%

M100.indd 453 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 454 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก 13

รายการชดเชยค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยนอก (รายการที่กำหนดราคากลาง)

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
	7.7.3		**การตรวจจุลทรรศน์อิเล็กตรอน (Electron microscopy)**			
1	**7.7.3.1**	38330	**การตรวจด้วยวิธีจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องผ่าน (Transmission electron microscopy)**	**ชิ้น**	2,800	
2	**7.7.3.2**	38331	**การตรวจด้วยวิธีจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องกวาด (Scanning electron microscopy)**	**ชิ้น**	3,400	
	8.2		**X-ray: Special**			
3	8.2.1	42001	Fluoroscopic observation	ครั้ง	600	ไม่รวมค่าตัดหรือเจาะส่งตรวจชิ้นเนื้อ
4	8.2.28	42512	Angiography, single shot	ครั้ง	4,000	รวมวัสดุเวชภัณฑ์พื้นฐานในการทำหัตถการ set เข็ม สายสวน catheter และเครื่องมือรังสีวินิจฉัย
5	8.2.29	42513	Angiography, selective	ครั้ง	17,000	
6	8.2.30	42514	Angiography, each following vessel	ครั้ง	5,000	
	8.4		**CT & CTA**			
7	8.4.1	44001	CT 1 part + Multiphase CM	ครั้ง	6,800	
8	8.4.2	44002	CT 1 part + 3D Navigator	ครั้ง	14,500	
9	8.4.3	44003	3D CT scan	ครั้ง	8,000	
10	8.4.6	44010	CTA 1 part	ครั้ง	12,000	
11	8.4.7	44011	CTA Peripheral run off	ครั้ง	12,000	
12	8.4.8	44020	CT Fistulogram	ครั้ง	6,000	
13	8.4.9	44101	CT Brain NC	ครั้ง	3,100	
14	8.4.10	44102	CT Brain with CM	ครั้ง	4,600	
15	8.4.11	44103	CTA Brain	ครั้ง	12,000	
16	8.4.12	44110	CT Sella	ครั้ง	4,000	
17	8.4.13	44111	CT Pituitary gland 2 planes	ครั้ง	5,000	
18	8.4.14	44140	CT Spine 1 part	ครั้ง	5,350	
19	8.4.15	44150	CT Myelogram	ครั้ง	5,800	
20	8.4.16	44201	CT Facial bone	ครั้ง	4,000	
21	8.4.17	44202	CT Facial bone3 D	ครั้ง	6,000	
22	8.4.18	44210	CT Orbits 2 planes	ครั้ง	5,000	

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 455 9/14/17 9:04 AM

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
23	8.4.19	44220	CT Temporal bone	ครั้ง	5,000	
24	8.4.20	44221	CT IAC/Temporal bone screening	ครั้ง	3,100	
25	8.4.21	44222	CT IAC	ครั้ง	5,000	
26	8.4.22	44223	CT Parotid gland	ครั้ง	5,700	
27	8.4.23	44230	CT Nasal cavity	ครั้ง	4,000	
28	8.4.24	44231	CT Nasopharynx 2 planes	ครั้ง	5,700	
29	8.4.25	44232	CT PNS screening 1 plane	ครั้ง	2,500	
30	8.4.26	44233	CT PNS 2 planes	ครั้ง	5,000	
31	8.4.27	44240	CT Oral cavity	ครั้ง	5,700	
32	8.4.28	44241	CT Dental scan –maxilla	ครั้ง	5,000	
33	8.4.29	44242	CT Dental scan –mandible	ครั้ง	5,000	
34	8.4.30	44243	CT Oropharynx	ครั้ง	5,700	
35	8.4.31	44250	CT Neck	ครั้ง	5,700	
36	8.4.32	44251	CTA Neck	ครั้ง	12,000	
37	8.4.33	44252	CT Neck,Thyroid and Parathyroid	ครั้ง	5,700	
38	8.4.34	44260	CT Larynx	ครั้ง	5,700	
39	8.4.35	44261	CT Thyroid	ครั้ง	5,700	
40	8.4.36	44301	CT Chest/Lungs CM	ครั้ง	5,000	
41	8.4.37	44302	High resolution CT (Lungs)	ครั้ง	4,000	เป็นราคาเพิ่มจากรายการตรวจ CT พื้นฐาน
42	8.4.38	44310	CTA Chest	ครั้ง	12,000	
43	8.4.39	44311	CTA for Pulmonary Emboli	ครั้ง	12,000	
44	8.4.40	44401	Cardiac function graft full cardiac function including coronary artery angiogram	ครั้ง	18,000	
45	8.4.41	44402	CTA Coronary artery	ครั้ง	13,000	
46	8.4.42	44420	CTA Aorta (1 part)	ครั้ง	12,000	
47	8.4.43	44421	CTA Whole aorta	ครั้ง	16,000	
48	8.4.44	44501	CT Upper abdomen	ครั้ง	5,000	
49	8.4.45	44502	CT Lower abdomen	ครั้ง	5,000	
50	8.4.46	44503	CT Whole abdomen	ครั้ง	9,500	
51	8.4.47	44510	CTA Liver donor	ครั้ง	12,000	
52	8.4.48	44511	CT Pancreas spiral	ครั้ง	5,000	
53	8.4.49	44610	CT Kidney spiral	ครั้ง	5,000	

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 456 9/14/17 9:04 AM

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
54	8.4.50	44611	CTA Renal artery	ครั้ง	12,000	
55	8.4.51	44612	CT Adrenal	ครั้ง	5,000	
56	8.4.52	44701	CT Extremily and joint per part	ครั้ง	5,000	
57	8.4.53	44710	Bone density: CT	ครั้ง	2,500	
58	8.4.54	44750	CTA Arm	ครั้ง	12,000	
59	8.4.56	44910	Biopsy under CT guidance	ครั้ง	3,000	รวมวัสดุ set sterile และ set semiautomatic needle
60	8.5.1	45001	MRI 1 small part or small organ	ครั้ง	4,000	
61	8.5.2	45003	MRI Diffusion/Perfusion	ครั้ง	4,000	
62	8.5.3	45004	Functional MRI	ครั้ง	10,000	
63	8.5.4	45005	MR Spectroscopy	ครั้ง	4,000	
64	8.5.7	45020	MRI + MRA (nonbrain)	ครั้ง	12,000	
65	8.5.9	45022	MRI + MRA + MRV	ครั้ง	15,000	
66	8.5.11	45101	MRI Brain	ครั้ง	8,000	
67	8.5.12	45102	MRI Brain + MRA	ครั้ง	11,000	
68	8.5.13	45103	MRI Brain + CSF flow	ครั้ง	11,000	
69	8.5.14	45104	MRI Hippocampus	ครั้ง	4,000	
70	8.5.15	45110	MRI Pituitary gland	ครั้ง	8,000	
71	8.5.17	45120	MRI Base of skull	ครั้ง	4,000	
72	8.5.18	45121	MRI Cavernous sinus	ครั้ง	4,000	
73	8.5.19	45130	MRI Cranial nerve	ครั้ง	4,000	
74	8.5.20	45140	MRI Spine 1 part	ครั้ง	8,000	
75	8.5.21	45141	MRI Whole spine	ครั้ง	16,000	
76	8.5.22	45150	MRI Myelogram	ครั้ง	8,000	
77	8.5.23	45160	MRI Brachial plexus	ครั้ง	13,500	
78	8.5.24	45161	MRI LS – Plexus	ครั้ง	8,000	
79	8.5.25	45162	MRI Sacral plexus	ครั้ง	4,000	
80	8.5.26	45201	MRI TM joint	ครั้ง	8,000	
81	8.5.27	45211	MRI Orbits	ครั้ง	8,000	
82	8.5.28	45220	MRI 3D IAC	ครั้ง	4,000	
83	8.5.29	45230	MRI Nasopharynx	ครั้ง	8,000	
84	8.5.30	45231	MRI PNS	ครั้ง	8,000	

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 457 9/14/17 9:04 AM

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
85	8.5.31	45240	MRI Oropharynx	ครั้ง	8,000	
86	8.5.33	45260	MRI Larynx (Neck)	ครั้ง	8,000	
87	8.5.34	45261	MRI Thyroid glands	ครั้ง	8,000	
88	8.5.35	45301	MRI Chest	ครั้ง	8,000	
89	8.5.38	45320	MRI Mediastinum	ครั้ง	4,000	
90	8.5.39	45330	MRI Breast (1 side)	ครั้ง	8,000	
91	8.5.40	45331	MRI Breasts (2 sides)	ครั้ง	12,000	
92	8.5.41	45332	MRI Guided breast biopsy	ครั้ง	8,000	
93	8.5.42	45401	MRI Heart	ครั้ง	8,000	
94	8.5.43	45402	MRI Heart + perfusion	ครั้ง	12,000	
95	8.5.44	45403	MRI Heart CgHD/Cine	ครั้ง	12,000	
96	8.5.45	45404	MRI Heart screening ASD	ครั้ง	4,000	
97	8.5.48	45501	MRI Upper/Lower abdomen	ครั้ง	8,000	
98	8.5.49	45502	MRI Whole abdomen	ครั้ง	16,000	
99	8.5.53	45510	MRI Pancrease	ครั้ง	4,000	
100	8.5.57	45601	MRI Pelvic cavity	ครั้ง	4,000	
101	8.5.58	45602	MRI Urography	ครั้ง	4,000	
102	8.5.59	45611	MRI Kidney	ครั้ง	4,000	
103	8.5.60	45612	MRI Adrenal gland	ครั้ง	4,000	
104	8.5.62	45640	MRI Prostate gland	ครั้ง	8,000	
105	8.5.64	45642	MRI Prostate special coil	ครั้ง	12,000	
106	8.5.65	45701	MRI Bone/Joint/Extremity 1 part	ครั้ง	8,000	
	8.6		**เวชศาสตร์นิวเคลียร์: การวินิจฉัย**			
107	8.6.1	47001	Total Body scan I-131	ครั้ง	2,900	
108	8.6.2	47002	Total Body scan MIBI	ครั้ง	4,100	
109	8.6.3	47003	Tc-99m-WBC	ครั้ง	8,000	
110	8.6.4	47004	Gallium scan (Ga-67-citrate)	ครั้ง	13,500	
111	8.6.5	47005	Octreoscan (In-111 Pentetreotide)	ครั้ง	59,000	
112	8.6.6	47201	Parotid scan	ครั้ง	2,800	
113	8.6.7	47202	Parathyroid (MIBI)	ครั้ง	4,000	
114	8.6.9	47204	Thyroid scan pertechnetrate	ครั้ง	800	
115	8.6.10	47205	Parathyroid (MIBI + Pertechnetate)	ครั้ง	4,200	

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 458 9/14/17 9:04 AM

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
116	8.6.11	47301	Lung scan	ครั้ง	5,800	
117	8.6.12	47401	MUGA scan (Multiple Gated Acquisition)	ครั้ง	3,000	
118	8.6.13	47402	Heart SPECT MIBI TL-201	ครั้ง	8,300	
119	8.6.14	47403	Venogram scan	ครั้ง	1,000	
120	8.6.15	47404	Lymphatic scan (Dextrans)	ครั้ง	7,400	
121	8.6.16	47501	GI Bleeding (Phaytate)	ครั้ง	2,300	
122	8.6.17	47502	GI Bleeding (RBC)	ครั้ง	4,700	
123	8.6.18	47503	GI scan (Albumin)	ครั้ง	7,600	
124	8.6.19	47504	Gastric emptying	ครั้ง	3,200	
125	8.6.20	47505	Meckels scan	ครั้ง	4,000	
126	8.6.21	47506	Liver scan (Phytate)	ครั้ง	2,100	
127	8.6.22	47507	Liver scan (RBC)	ครั้ง	3,500	
128	8.6.23	47508	Hepatobiliary (DISIDA)	ครั้ง	5,800	
129	8.6.24	47601	Renal scan DMSA	ครั้ง	3,500	
130	8.6.25	47602	Captopril renogram	ครั้ง	3,700	
131	8.6.26	47603	Furosemide renogram	ครั้ง	3,700	
132	8.6.27	47604	Testicular scan	ครั้ง	3,300	
133	8.6.28	47701	Bone scan	ครั้ง	2,900	
	9.1		**การตรวจทางประสาทวิทยา**			
134	9.1.1	51110	Scalp E.E.G. (16 ช่อง)	ครั้ง	900	
135	9.1.2	51111	Scalp & Sphenoid E.E.G. (16 ช่อง)	ครั้ง	1,500	
136	9.1.3	51112	Scalp & Sleep Record E.E.G. (16 ช่อง)	ครั้ง	1,500	
137	9.1.5	51114	Scalp EEG 10-20 system (32 ช่อง)	ครั้ง	1,800	
138	9.1.6	51115	Scalp EEG & Nasopharynx (32 ช่อง)	ครั้ง	2,000	
139	9.1.7	51116	Scalp EEG & Sleep deprivation (32 ช่อง)	ครั้ง	2,000	
140	9.1.8	51117	Scalp EEG & VDO monitoring (4-8 hours)	ครั้ง	4,200	
141	9.1.9	51118	Scalp EEG & VDO monitoring (24 hours)	ครั้ง	4,800	
142	9.1.10	51119	Intra-Op Cortical EEG	ครั้ง	3,000	ไม่รวมค่าอุปกรณ์
	9.4		**การตรวจเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด**			
143	9.4.4	51420	Echo-Transthoracic + color + Doppler	ครั้ง	2,000	

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 459 9/14/17 9:04 AM

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
144	9.4.5	51421	3 D Echocardiography	ครั้ง	3,000	
145	9.4.6	51422	Transesophageal Echocardiogram	ครั้ง	2,000	
146	9.4.7	51423	Dobutamine Echocardiography	ครั้ง	4,000	ไม่รวมค่ายา
	11.3		**ตา หู คอ จมูก**			
147	11.3.8	71250	Nasal endoscope	ครั้ง	800	
148	11.3.10	71270	Direct FOL laryngoscopy	ครั้ง	1,000	
149	11.3.11	71271	Direct laryngoscopy with remove FB	ครั้ง	1,400	
150	11.3.12	71272	Microdirect laryngoscopy with or without laser therapy	ครั้ง	1,500	
	11.4		**ทางเดินหายใจและปอด**			
151	11.4.2	71320	Rigid bronchoscope	ครั้ง	1,200	
152	11.4.3	71321	Rigid bronchoscope with FB removal/ dilatation	ครั้ง	1,400	ไม่รวมค่าดมยา
153	11.4.4	71322	Laryngo-esophago-bronchoscope	ครั้ง	2,050	
154	11.4.5	71330	FOL Bronchoscopy	ครั้ง	1,800	- เป็นกล้องตรวจ VDO - ไม่รวมค่าดมยา
155	11.4.6	71331	FOL Bronchoscopy & biopsy	ครั้ง	1,900	
156	11.4.7	71332	FOL Bronchoscopy with remove FB	ครั้ง	2,100	
157	11.4.8	71333	FOL Bronchoscopy & treatment(laser,heat)	ครั้ง	2,600	
	11.6		**ทางเดินอาหาร**			
158	11.6.4	71520	การส่องตรวจช่องท้อง (Peritonescopy)	ครั้ง	700	
159	11.6.5	71530	Esophagoscopy	ครั้ง	1,300	- เป็นกล้องตรวจ VDO - ไม่รวมค่าดมยา
160	11.6.6	71531	Esophagoscopy with remove FB	ครั้ง	1,400	
161	11.6.8	71540	Gastroduodenoscopy	ครั้ง	1,300	
162	11.6.9	71541	Gastroduodenoscopy & biopsy	ครั้ง	1,500	
163	11.6.10	71542	Esophago-gastroscope with banding	ครั้ง	1,900	ไม่รวมสาย Banding
164	11.6.11	71543	Gastroscope & adrenaline injection	ครั้ง	1,600	รวมยา Adrenaline
165	11.6.12	71544	Gastroduodenoscopy & sclerotherapy (laser, heat)	ครั้ง	2,900	รวมอุปกรณ์ ยา และ/ หรือ Probe ที่ใช้
166	11.6.13	71545	Endoscopic ultrasound	ครั้ง	3,000	
167	11.6.15	71551	การส่องตรวจทวารหนักและซิกมอยด์ (Proctosigmoidoscopy fiberoptic)	ครั้ง	1,000	
168	11.6.17	71560	Colonoscopy (การส่องตรวจลำไส้ใหญ่)	ครั้ง	2,300	
169	11.6.18	71561	Colonoscopy & biopsy	ครั้ง	2,500	แยกคิดค่าชิ้นเนื้อ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 460 9/14/17 9:04 AM

ที่	ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
170	11.6.19	71562	Colonoscopy & Polypectomy	ครั้ง	3,300	
11.15 รังสีร่วมรักษา : vascular intervention and other interventions						
171	11.15.1	72940	Fluoroscopew	ครั้ง	1,700	ราคานี้คำนวณที่เวลา 2 ชั่วโมง รวม Set พื้นฐานในหัตถการ ถุงมือ Mask ผ้าปู เสื้อคลุม การใช้ออกซิเจน เครื่องมือวัดสัญญาณชีพผู้ป่วย

หมายเหตุ รายการค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยนอก (รายการที่กำหนดราคากลาง) หน่วยบริการจะได้รับชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกินราคากลางของแต่ละรายการตามที่กำหนด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 461 9/14/17 9:04 AM

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 462 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก 14

การเบิกจ่ายสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ สปสช. ในระบบเบิกจ่ายตรง

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายและระบบข้อมูลบริการสาธารณสุข ตามนโยบายการบูรณาการและเพิ่มประสิทธิภาพระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล สปสช.จึงได้มีแนวคิดในการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของ สปสช. ในระบบเบิกจ่ายตรง เพื่อให้ผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้โดยไม่ต้องสำรองเงินจ่ายไปก่อน และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับความจำเป็นด้านสุขภาพ

➢ วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดปัญหาการสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิ โดยเฉพาะในโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง
2. เพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ ขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานของ สปสช.
3. เพื่อทำให้ระบบข้อมูลผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของรัฐในระบบฐานข้อมูลกลางสมบูรณ์ขึ้น

➢ หลักเกณฑ์ เงื่อนไข

1. เป็นการจ่ายชดเชยให้แก่สถานพยาบาลของทางราชการทุกแห่งที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระบบเบิกจ่ายตรง

2. สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามที่กระทรวงการคลังกำหนดโดยอนุโลม

➢ อัตราการเบิกจ่าย

ใช้อัตราการเบิกจ่ายเช่นเดียวกับสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

➢ ขั้นตอนการให้บริการ และการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล

1. เจ้าหน้าที่ สปสช. ที่เข้ารับบริการจะต้องยื่นบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ สปสช. ทุกครั้งที่ใช้บริการที่โรงพยาบาล

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 463 9/14/17 9:04 AM

2. สถานพยาบาลตรวจสอบสิทธิที่ใช้เบิกของเจ้าหน้าที่ สปสช.จากไฟล์ฐานข้อมูลที่ สปสช. จัดส่งให้ โดยสถานพยาบาลไม่ต้องตรวจสอบสิทธิหน้า web ตรวจสอบสิทธิ และดำเนินการดังนี้

- การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก : ไม่ต้อง scan ลายนิ้วมือ
- การเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยใน : ต้องขอเลขอนุมัติทุกครั้ง

3. ภายหลังให้บริการ สถานพยาบาลส่งข้อมูลเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบเบิกจ่ายตรง โดยผู้มีสิทธิไม่ต้องสำรองจ่าย

4. สถานพยาบาลบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim ส่งมายัง สปสช. ภายใน 30 วันหลังจากวันให้บริการ กรณีผู้ป่วยนอก หรือหลังจากวันจำหน่ายออกจาก รพ. กรณีผู้ป่วยใน

5. สถานพยาบาลสามารถส่งข้อมูลเบิกจ่ายได้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2560 โดยเป็นข้อมูลการให้บริการ ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2560 เป็นต้นไป (กรณีผู้ป่วยนอก นับวันรับบริการ / กรณีผู้ป่วยใน นับวันที่รับไว้รักษาในสถานพยาบาล)

➢ การกำหนดรอบการจ่ายชดเชย

สปสช.จะตอบกลับข้อมูล (REP) ทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ และจะตัดยอดข้อมูลทุกวันที่ 30 หรือ 31 ของเดือน หลังจากนั้น จะโอนเงินให้แก่สถานพยาบาลภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

➢ การแก้ไขข้อมูลและการอุทธรณ์

สถานพยาบาลสามารถแก้ไขข้อมูลและอุทธรณ์ข้อมูลการเบิกจ่ายได้ในระบบอิเลคทรอนิกส์ ผ่านโปรแกรม e-Claim

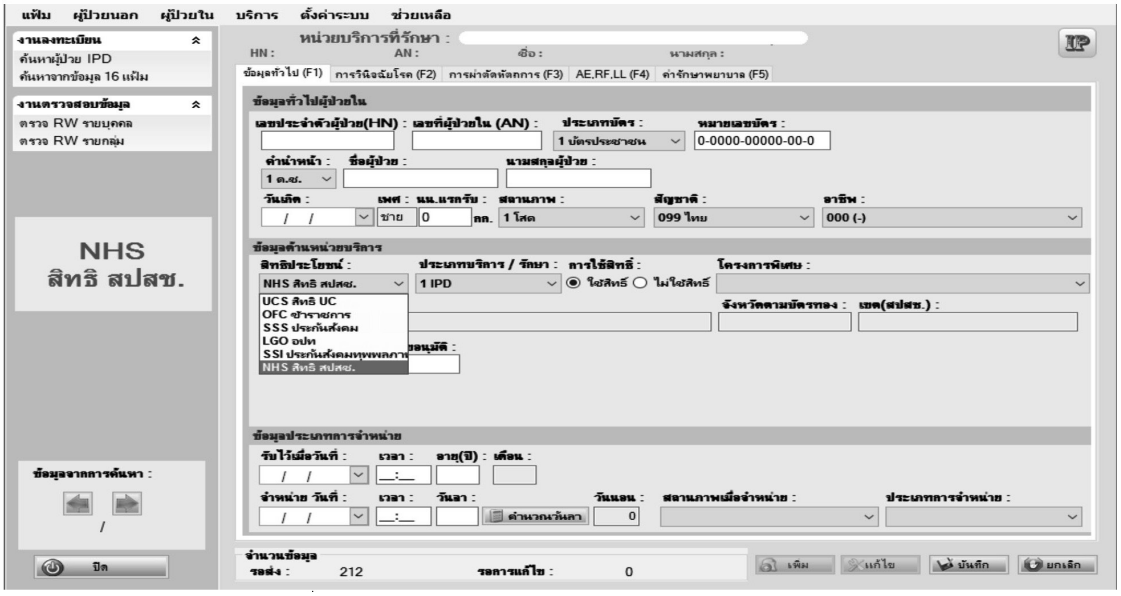
➢ ระบบฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ

1. สปสช. จะจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิเจ้าหน้าที่ สปสช. ที่มีการจัดลำดับสิทธิแล้วให้สถานพยาบาลดาวน์โหลด และจะปรับฐานข้อมูลสิทธิดังกล่าว ทุกวันที่ 4 และ 18 ของเดือน โดยสถานพยาบาลของทางราชการ ทุกแห่งสามารถดาวน์โหลดฐานข้อมูลดังกล่าวได้จากโปรแกรม NHSO Client

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 464 9/14/17 9:04 AM

วิธีการบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

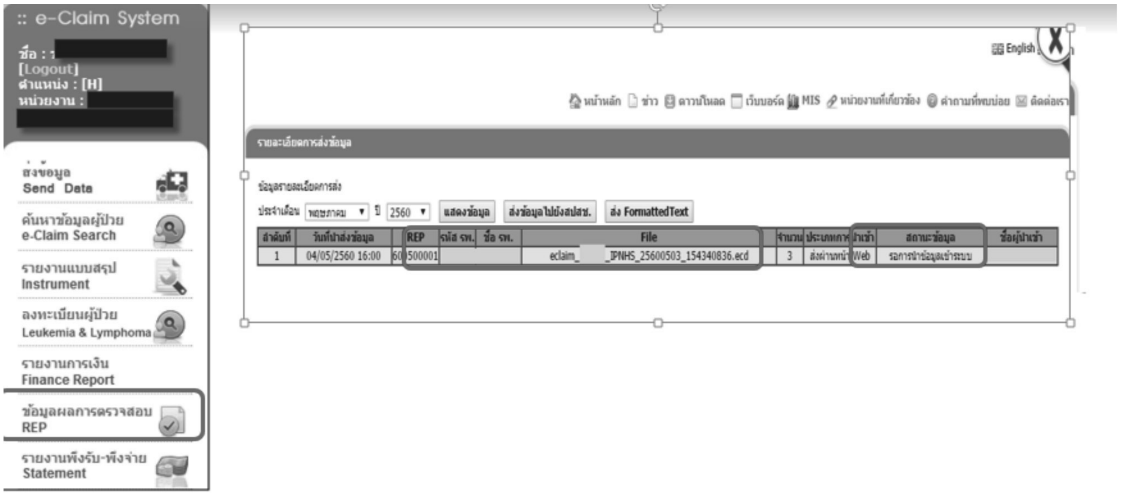
1. บันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim โดยเลือกสิทธิประโยชน์เป็น NHS สิทธิ สปสช.



ภาพที่ 1 แสดงการบันทึกเลือกสิทธิประโยชน์เป็น NHS สิทธิ สปสช.

2. การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายทุกกรณี บันทึกเช่นเดียวกับการเบิกจ่ายสิทธิข้าราชการ หรือ สิทธิ อปท.

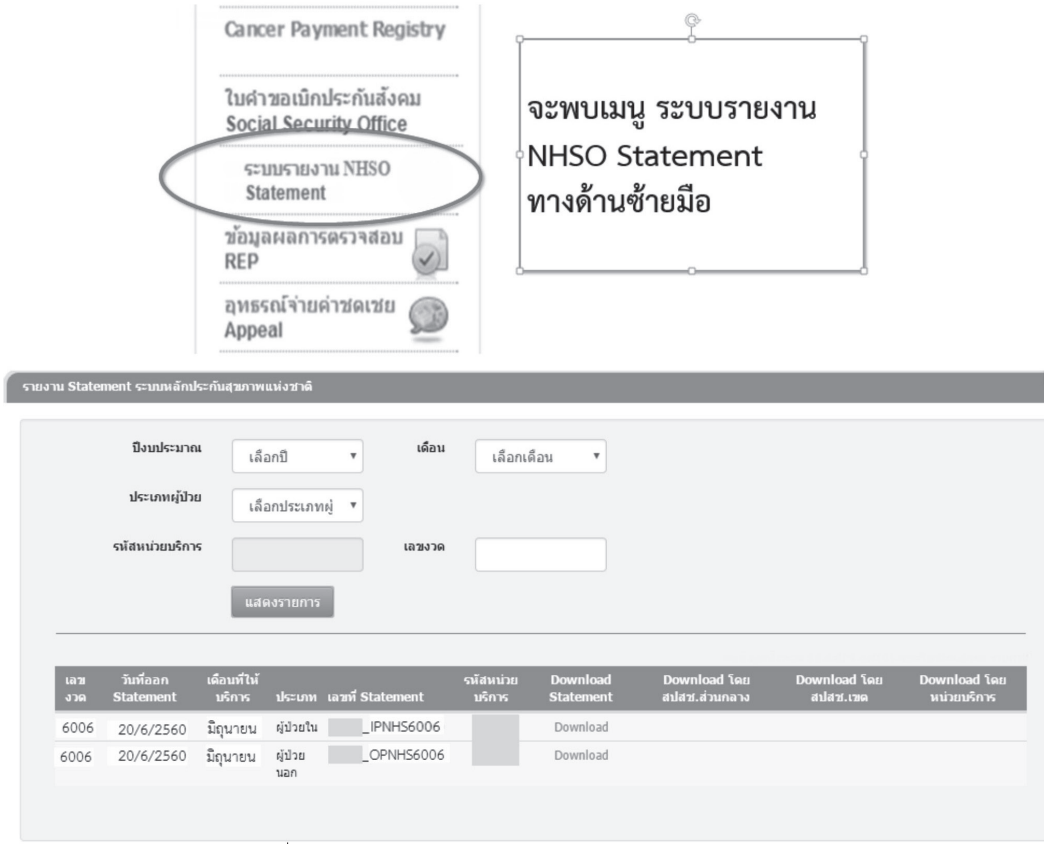
3. การตอบกลับผลการตรวจสอบข้อมูล (REP) จะตอบกลับทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์



ภาพที่ 2 แสดงการบันทึกเลือกสิทธิประโยชน์เป็น NHS สิทธิ สปสช.

M100.indd 465 9/14/17 9:04 AM

4. การตรวจสอบรายงาน Statement การจ่ายชดเชย



ภาพที่ 3 แสดงการบันทึกเลือกสิทธิประโยชน์เป็น NHS สิทธิ สปสช.

5. การตรวจสอบการโอนเงินจ่ายชดเชยค่าบริการ สถานพยาบาลตรวจสอบได้จากรายงาน Statement ตามข้อ 4 โดยจะมีคอลัมน์แจ้งวันที่ สปสช.โอนเงินให้สถานพยาบาล ปรากฏในหน้าจอรายงาน Statement

ทั้งนี้ สปสช.จะเปิดให้สถานพยาบาลของทางราชการทุกแห่งสามารถดาวน์โหลดฐานข้อมูลผู้มีสิทธิเจ้าหน้าที่ สปสช.ได้ครั้งแรก ในวันที่ 4 กรกฎาคม 2560

2. สปสช.จะปรับข้อความการระบุสิทธิในโปรแกรมตรวจสอบสิทธิของ สปสช. ดังนี้

สิทธิการรักษาพยาบาล : สิทธิข้าราชการ/สิทธิหน่วยงานของรัฐ

สิทธิที่ใช้เบิก : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ตนเอง)

➢ ผู้ประสานงาน

คุณวิยา จันทร์สำราญ สำนักบริหารทรัพยากรบุคคลและพัฒนาองค์กร หมายเลขโทรศัพท์ 02-141-4138 Help desk สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ หมายเลขโทรศัพท์ 02-142-3100-2

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 466 9/14/17 9:04 AM

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แบบพิจารณาผู้ป่วยเข้าร่วมรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต
ปีงบประมาณ 2560 (กรณีเด็ก)
โรงพยาบาล.....

ชื่อ ..... นามสกุล .....
1. วัน เดือน ปี เกิด ..... อายุ ..... ปี
2. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....
3. วันที่ยื่นเรื่อง ..... เขตพื้นที่/ จังหวัด .....
4. มีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ (สิทธิ UC) ที่ โรงพยาบาล .....
5. การวินิจฉัยโรค .....
6. ข้อมูลการเจ็บป่วย
   6.1 รายละเอียดความเจ็บป่วยและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย ขณะมาเข้ารับการรักษาที่ รพ.
      - ผล Initial Stage.....
      - ผลอื่นๆ .....
   6.2 รายละเอียดการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน
      - Protocol .....
        Date .....
   6.3 สภาวะของผู้ป่วย ในขณะที่พิจารณาเข้าร่วมรับบริการ
      ผล Bone marrow biopsy : .....
      ผล Chromosome study : .....
      ผลที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น CT Chest .....
      ผลการตรวจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น : CBC
      ผล HLA Matching (กรณีAllogeneic) พร้อมแนบเอกสาร
7. ข้อมูลอื่นๆ .....
.....
.....

ลงนาม (แพทย์ผู้ให้การรักษา) .....

8. ชนิดของการปลูกถ่าย
¨ จากตนเอง (Autologous) ¨ จากผู้อื่น (Allogeneic)
9. ชื่อ - สกุล Donor..... อายุ.....ปี HN .....
หมายเหตุ – แนบผลการตรวจ HLA ของ ผู้ป่วย และ Donor กรณี Allow transplantation

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 467 9/14/17 9:04 AM

แบบพิจารณาผู้ป่วยเข้าร่วมรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (ต่อ)

10. มติคณะทำงานพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการฯ มีสิทธิตามหลักเกณฑ์ข้อบ่งชี้ของคณะทำงานบริหารจัดการเพื่อควบคุมกำกับคุณภาพบริการและพัฒนาข้อเสนอทางเลือกและรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานตามโครงการฯ โดยผู้ป่วยสิทธิ UC จะต้องเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งดังต่อไปนี้

ข้อบ่งชี้ในเด็ก

☐ Acute myeloid leukemia in remission

☐ Acute lymphoblastic leukemia (ALL) ในระยะ

1. First complete remission (CR) :
   - Philadelphia chromosome,
   - T cell ที่มีเม็ดเลือดขาวแรกรับมากกว่า 100,000/ไมโครลิตร
   - Hypodiploidy chromosome,
   - Induction failure,
   - Infant ALL with age less than 6 months or initial white count more than 300,000/cumm to Intermediate and High Risk Infant ALL
2. Second complete remission

☐ Lymphoma

1. First Complete remission (CR) Non Hodgkin's Lymphoma (NHL) ชนิด high risk;
   - Stage 3 หรือ 4 NHL Burkitt lymphoma
   - Stage 3 หรือ 4 DLBCL
   - Stage 3 หรือ 4 T cell ALCL (ALK -)
   - Advanced stage PTCL (NOS)
2. Hodgkin's disease (HD) ชนิด high risk; bulky disease และ stage 4
3. Relapse ทั้ง NHL และ HD ที่เป็น chemosensitive disease

☐ Chronic myeloid leukemia ในทุกระยะ

☐ Myelodysplastic syndrome ไขกระดูกผิดปกติระยะก่อนเป็นมะเร็ง

☐ Non malignant diseases

1. Inborn error of metabolisms ได้แก่ Lysosomal storage diseases, X-linked adrenoleukodystrophy, Osteopetrosis
2. Primary immune deficiencies ได้แก่ Severe combined immunodeficiency (SCID), Hyper IgM syndrome, Wiskott-Aldrich syndrome, Chronic granulomatous disease
3. Severe aplastic anemia :-

☐ ไม่มีสิทธิ เนื่องจาก .....

.....

ผู้อนุมัติ ..... **ประธานคณะทำงาน/คณะทำงานพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย**

( )

วันที่.....

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 468 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก 15.2

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แบบพิจารณาผู้ป่วยเข้าร่วมรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ปีงบประมาณ 2560 (กรณีผู้ใหญ่)

โรงพยาบาล.....

ชื่อ ..... นามสกุล .....

1. วัน เดือน ปี เกิด ..... อายุ ..... ปี
2. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....
3. วันที่ยื่นเรื่อง ..... เขตพื้นที่/ จังหวัด .....
4. มีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ (สิทธิ UC) ที่ โรงพยาบาล .....
5. การวินิจฉัยโรค .....
6. ข้อมูลการเจ็บป่วย

   6.1 รายละเอียดความเจ็บป่วยและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย ขณะมาเข้ารับการรักษาที่ รพ.

   - ผล Initial Stage.....
   - ผลอื่นๆ .....

   6.2 รายละเอียดการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

   - Protocol .....

   Date .....

   6.3 สภาวะของผู้ป่วย ในขณะที่พิจารณาเข้าร่วมรับบริการ

   ผล Bone marrow biopsy : .....

   ผล Chromosome study : .....

   ผลที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น CT Chest .....

   ผลการตรวจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น : CBC

   ผล HLA Matching (กรณี Allogeneic) พร้อมแนบเอกสาร

7. ข้อมูลอื่นๆ .....

.....

.....

.....

.....

ลงนาม (แพทย์ผู้ให้การรักษา) .....

8. ชนิดของการปลูกถ่าย

¨ จากตนเอง (Autologous) ¨ จากผู้อื่น (Allogeneic)

9. ชื่อ - สกุล Donor..... อายุ.....ปี HN .....

หมายเหตุ – แนบผลการตรวจ HLA ของ ผู้ป่วย และ Donor กรณี Allow transplantation

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 469 9/14/17 9:04 AM

แบบพิจารณาผู้ป่วยเข้าร่วมรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (ต่อ)

10. มติคณะทำงานพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการฯ มีสิทธิตามหลักเกณฑ์ข้อบ่งชี้ของคณะทำงานบริหารจัดการเพื่อควบคุมกำกับคุณภาพบริการและพัฒนาข้อเสนอทางเลือกและรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานตามโครงการฯ โดยผู้ป่วยสิทธิ UC จะต้องเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งดังต่อไปนี้

ข้อบ่งชี้ในผู้ใหญ่

☐ มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเรื้อรัง (Chronic myeloid leukemia : CML)
- ระยะ chronic phase ที่ไม่สามารถเข้าถึงยาหรือไม่ตอบสนองต่อยา tyrosine kinase inhibitor หรือ
- ระยะ accelerated phase หรือ blast crisis ที่เข้าสู่ระยะ chronic phase หรือได้ complete remis sion

☐ มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute leukemia) ในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (complete remission)

☐ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma)
- ในรายที่กลับเป็นอีก (relapse) หรือไม่ตอบสนอง (refractory) ต่อการให้ยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานขั้นต้น (first line chemotherapy)**
- ในรายที่มีความเสี่ยงสูง (ผู้ป่วย B-cell aggressive lymphoma ที่ high risk, high-intermediate risk international prognostic index (IPI), T-cell lymphoma หรือ mantle cell lymphoma)**

**หมายเหตุ: ข้อ 3.1 และ 3.2 ควรทำในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (complete remission) หรือระยะที่โรคเข้าสู่ระยะสงบ (partial remission)

☐ มะเร็ง Multiple myeloma

☐ ไขกระดูกผิดปกติชนิด Myelodysplastic syndrome ในระยะที่มีบลาสเซลล์มาก หรือ Chronic myelomonocytic leukemia

☐ ไขกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (Severe aplastic anemia) หรือไขกระดูกฝ่อชนิดที่เป็นร่วมกับภาวะ paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (Hypoplastic PNH)

☐ ไขกระดูกผิดปกติชนิดเป็นพังผืด (Myelofibrosis)

☐ ไม่มีสิทธิ เนื่องจาก .....

.....

ผู้อนุมัติ ..... ประธานคณะทำงาน/คณะทำงานพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย

( )

วันที่.....

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 470 9/14/17 9:04 AM

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แบบรายงานการจำหน่าย (Discharge)
ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ปีงบประมาณ 2560
โรงพยาบาล.....

****

Patient

Name.....PID.....

Diagnosis.....

Date of birth.....

Sex.....

Date of starting conditioning.....

Conditioning regimen.....

Stem cell infusion date (d 0) .....

Engraftment .....

Myeloid day +.....date.....

Platelet day + ...date .....

Discharge date.....

Complications (gr 3-4) .....

Infection day +.....

GVHD day + ...

VOD day + ...

Liver day + ...

Respiratory day + ...

Kidney day .....

Cardiac day + ...

..... **ผู้รายงาน**

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่รายงาน .....

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 471 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก
15.4

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แบบรายงาน การติดตามผลการรักษา (Follow up)
ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ปีงบประมาณ 2560
โรงพยาบาล.....
****

Patient

Name.....PID.....

Diagnosis.....

Condition.....

Date of birth.....

Sex.....

การติดตามผล ( ) 30 วัน วันที่.....

( ) 100 วัน วันที่.....

( ) 180 วัน วันที่.....

( ) 1 ปี วันที่.....

Status date (....) Alive

(....) Engraftment

(....) Dead Cause.....

.....

(....) Complication.....

.....

..... **ผู้รายงาน**

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่รายงาน .....

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 472 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก 15.5

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แบบรายงาน Conditioning Regimen
ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ปีงบประมาณ 2561
โรงพยาบาล.....

****

Patient

Name.....PID.....

Diagnosis.....

Date of birth.....

Sex.....

Date of starting conditioning.....

Conditioning regimen.....

Stem cell infusion date (d 0) .....

..... **ผู้รายงาน**
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่รายงาน .....

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 473 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก
15.6

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แบบรายงานการลงทะเบียน
ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ปีงบประมาณ 2560
โรงพยาบาล.....

****

Patient

Name.....PID.....

Diagnosis.....

Condition.....

Date of birth.....

Sex.....

HLA typing.....

Number of HLA match.....

Source of stem cell ( ) BM ( ) PBSC ( ) CB

Donor

Name.....PID.....

Date of birth.....

Sex.....

HLA typing.....

Type of transplant .....

Autologous.....

Allogeneic.....

.....ผู้รายงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ลงทะเบียนผู้ป่วย .....

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 474 9/14/17 9:04 AM

ภาคผนวก 16

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ ของหน่วยบริการ

1. แนวคิด/หลักการ-เหตุผล

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เกิดขึ้นในประเทศไทยเพื่อให้ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทยได้รับการคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจนั้นเป็นภารกิจที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาคเอกชน ภาคราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสภาวิชาชีพ ที่สำคัญคือผู้ให้บริการสุขภาพ เพราะเป็นผู้ที่จะพัฒนาการบริการสุขภาพให้ประชาชนเข้ารับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ทั้งนี้ต้องอาศัยกระบวนการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นกลไกสำคัญที่ก่อให้เกิดความ เป็นธรรมที่ประชาชนพึงได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยซึ่งกลไกสำคัญนี้จำเป็นต้องได้รับการตรวจสอบเพื่อพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้นมีประสิทธิภาพมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการตรวจสอบเป็นมิติหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานขององค์กรมีความตระหนักถึงการมีธรรมาภิบาล ซึ่งต้องมีในการบริหารจัดการกองทุนทุกกองทุน เพื่อให้สะท้อนถึงความมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุนและแสดงให้เห็นถึงการที่ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานจากผลการตรวจสอบตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. วัตถุประสงค์การตรวจสอบเวชระเบียน

1. เพื่อการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลที่ใช้ประกอบการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการทุกระดับ
3. เพื่อนำผลการตรวจสอบไปพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยให้มีความถูกต้อง พัฒนาระบบและแนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับทุกกองทุน

3. เป้าหมายของการตรวจสอบ

“มีระบบการตรวจสอบที่มีความถูกต้อง เป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับทุกองค์กร ในการตรวจสอบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและคุณภาพการให้บริการสาธารณสุข”

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 475 9/14/17 9:04 AM

4. กลุ่มเป้าหมาย

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

5. กระบวนการดำเนินงานการตรวจสอบเวชระเบียน

การตรวจสอบเวชระเบียน เพื่อสร้างความถูกต้อง เป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับทุกองค์กร ของการเบิกจ่ายเงินชดเชยและการให้บริการสาธารณสุข ประกอบด้วยการตรวจสอบ 4 ประเภท คือ (1) Coding Audit (2) Billing Audit (3) Quality Audit และ (4) Medical Record Audit โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการตรวจสอบดังนี้

5.1 ประเภทของการตรวจสอบ

5.1.1) Coding Audit เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของรหัสโรคและรหัสหัตถการกับข้อมูลที่ปรากฏอยู่ในเวชระเบียนผู้ป่วยในของหน่วยบริการ

หลักการ

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

5.1.2) Billing Audit เป็นการตรวจสอบการจ่ายชดเชยในรายการที่จ่ายเพิ่มจากระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เช่น อุปกรณ์ข้อเข่าเทียม เครื่องช่วยฟัง รองเท้าเบาหวาน การใส่ขดลวดหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี โดยผ่านสายสวน ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกตามรายการในสิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท) เป็นต้น

หลักการ

การจ่ายเงินชดเชยตามระบบ DRG สำหรับผู้ป่วยในบางโรคอาจไม่พอเพียงจึงจำเป็นต้องมีการเบิกจ่ายค่าอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมเพิ่มเติมเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่เหมาะสม หากมีการเบิกจ่ายอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมที่มีแนวโน้มเบิกจ่ายไม่สอดคล้องตามบริบทของพื้นที่หรือกรณีที่มีแนวโน้มสูงกว่าปกติจึงสมควรต้องได้รับการตรวจสอบ

5.1.3) Quality Audit เป็นการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการด้วยการตรวจสอบความสอดคล้องของคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยใน

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 476 9/14/17 9:04 AM

หลักเกณฑ์และประกาศ สปสช. เปรียบเทียบกับ Clinical Practice Guideline (CPG) ที่ สปสช. กำหนดร่วมกับสมาคมวิชาชีพ เช่น การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST เป็นต้น

หลักการ

เพื่อสร้างความมั่นใจของระบบบริการ ให้มีการเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนในโรคที่มีความเสี่ยงสูง ค่าใช้จ่ายมาก เป็นปัญหาสำคัญในอันดับต้น ๆ ของประเทศ และประชาชนมั่นใจว่าได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

5.1.4) Medical Record Audit เป็นการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการ

หลักการ

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนให้สามารถสะท้อนภาพการให้บริการที่สอดคล้องตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นเครื่องมือสื่อสารสำหรับผู้ให้บริการสาธารณสุขด้วยกัน เพื่อใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสามารถสืบค้นและสอบทานข้อมูลการสรุปโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรกซ้อน การผ่าตัด หัตถการที่มีผลต่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมได้ด้วย

5.2 การตรวจสอบเวชระเบียนอื่นๆ

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

5.2.2) การตรวจสอบเวชระเบียนในระบบการตรวจสอบร่วม 3 กองทุน เนื่องด้วยประเทศไทยมีกองทุนสุขภาพหลัก ๆ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคมและกองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ดังนั้น คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมกำกับการชดเชยค่าบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาล ร่วมกันระหว่าง 3 กองทุน ซึ่งมีผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นประธาน ภายใต้คำสั่งที่ 2/2554 ของคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่าง กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย ซึ่งมีเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นประธาน ภายใต้คำสั่งที่ 1/2555 ของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัย และค่าบริการทางการแพทย์ จึงเป็นแกนนำในระบบตรวจสอบด้านการแพทย์ (Auditing System) ร่วมกัน 3 กองทุนเพื่อพัฒนาการตรวจสอบให้มีระบบและแนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานสำหรับทุกกองทุนเป็นมาตรฐานเดียวกัน เช่น การตรวจสอบบริการฉุกเฉิน 3 กองทุน (UCEP) การตรวจสอบบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นต้น.

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 477 9/14/17 9:04 AM

6. บทบาทหน้าที่ในการตรวจสอบเวชระเบียน

เพื่อให้การตรวจสอบเวชระเบียนเป็นระบบที่มีมาตรฐานสากล และมีกระบวนการตรวจสอบที่ครอบคลุมทั้งจำนวนเวชระเบียนที่ตรวจสอบและความต้องการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขตามบริบทของพื้นที่ จึงได้แบ่งบทบาทหน้าที่ของการตรวจสอบเวชระเบียน ระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลาง โดย สตช. และ สปสช.เขต ดังนี้

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

(ก) พัฒนาระบบและมาตรฐานการตรวจสอบให้สอดคล้องกับสถานการณ์การบริการและการจ่ายชดเชย

(ข) ตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่ายชดเชยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

(ค) ตรวจสอบคุณภาพบริการให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

(ง) พัฒนาระบบตรวจสอบร่วม 3 กองทุน และสนับสนุนการดำเนินงานตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต

(จ) ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยบริการนำผลการตรวจสอบไปใช้ในการพัฒนางานด้านคุณภาพบริการและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

ดังนั้นสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (สตช.) จึงมีบทบาทในการพัฒนาเครื่องมือและทดสอบวิธีการตรวจสอบ รวมถึงการพัฒนาหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการตรวจสอบพร้อมถ่ายโอนภารกิจการตรวจสอบให้เขตพื้นที่ดำเนินการได้ด้วยตนเองและสนับสนุนงบประมาณการตรวจสอบ

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

7. ขั้นตอนกระบวนการตรวจสอบและการอุทธรณ์

ภายหลังที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้พิจารณาจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของ สปสช. หรือ ตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ไปเรียบร้อยแล้ว สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการจะดำเนินการสุ่มเลือกข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนดหรือเลือกข้อมูลที่สุ่มแบบเจาะจงหรือเลือกตรวจทั้งหมด เพื่อนำมาตรวจสอบประสิทธิภาพการเบิกจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการของหน่วยบริการต่างๆ ว่าตรงตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของ สปสช หรือตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาล อปท.หรือไม่ และดำเนินการตรวจสอบตามตารางเวลาแผนการตรวจสอบ ทั้งนี้ภายหลังการตรวจสอบ สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการหรือคณะกรรมการตรวจสอบเวช

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 478 9/14/17 9:04 AM

ระเบียนสำนักงานเขต จะรายงานผลการตรวจสอบให้กับหน่วยบริการทราบถึงผลการตรวจสอบดังกล่าว หากหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบ สปสช. ดำเนินการจ่ายเงินเพิ่มหรือเรียกเงินคืนตามข้อมูลผลการตรวจสอบ หากหน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ ให้ดำเนินการอุทธรณ์ภายในวันเวลากำหนดหลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ หากพ้นกำหนดแล้วจะไม่รับพิจารณาอุทธรณ์และถือว่าหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบแล้ว

7.1 ข้อกำหนดแนวทางการอุทธรณ์

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

7.2. วิธีการบันทึกข้อมูลขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนของหน่วยบริการ

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีแบบบันทึกการอุทธรณ์ 3 แบบตามประเภทการตรวจสอบคือ แบบอุทธรณ์ของการตรวจ billing coding และ quality

- **ข้อกำหนดแนวทางการบันทึกข้อมูลในแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียน**

  จากหน่วยบริการสำหรับ coding Audit

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

2. กรณีการขออุทธรณ์เรื่องการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ ให้บันทึกข้อมูลรหัสโรคและรหัสหัตถการที่ขออุทธรณ์ทุกรหัส ในช่องอุทธรณ์ พร้อมบันทึกเหตุผลและเอกสารหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ของรหัสโรคและรหัสหัตถการที่ขออุทธรณ์ดังกล่าว ในช่องเหตุผลหลักฐานประกอบการอุทธรณ์ หากหน่วยบริการไม่บันทึกเหตุผลการขออุทธรณ์ และ/หรือไม่ส่งหลักฐานประกอบการให้รหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการที่หน่วยบริการขออุทธรณ์ **สปสช.จะไม่รับพิจารณาการอุทธรณ์รหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการดังกล่าว**

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

4. กรณีการขออุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ให้บันทึกข้อมูลที่ขออุทธรณ์ในช่องอุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ พร้อมบันทึกเหตุผลและเอกสารหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ดังกล่าว (ถ้ามีในช่องเหตุผลหลักฐานประกอบการอุทธรณ์) 3.

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 479 9/14/17 9:04 AM

5. สปสช. จะไม่รับพิจารณาอุทธรณ์รหัสโรคและรหัสหัตถการ ในกรณีต่อไปนี้

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

5.2 การขอเปลี่ยนแปลง รหัส PDX กรณีที่ รหัส PDX ใน ICD in com ตรงกับผลการตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช. (R ICD) แล้ว

5.3 หน่วยบริการขอส่งเอกสารเพิ่มเติมเนื่องจากการส่งมอบไม่ทันในวันตรวจสอบเวชระเบียนตามที่ สปสช .กำหนดไว้

5.4 การขอเพิ่มรหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการ ในการอุทธรณ์ครั้งที่ 2 กับสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ หรือ ครั้งที่ 3 กับราชวิทยาลัย หรือสมาคมแพทย์ต่างๆ โดยที่หน่วยบริการไม่ได้มีการทักท้วงรหัสดังกล่าว ในการอุทธรณ์ครั้งที่1 ซึ่งถือว่าหน่วยบริการได้ยอมรับรหัสโรคหรือหัตถการดังกล่าวแล้ว

5.5 กรณียื่นขออุทธรณ์หลังระยะเวลาตามที่ สปสช. กำหนด

6. แนบเอกสารเวชระเบียนประกอบการอุทธรณ์ ลงในช่องเอกสารประกอบการอุทธรณ์ ตามรายการเอกสารที่ระบุ เช่น1 .Summary discharge 2.Progress note

7. ผู้ขออุทธรณ์ **<u>ต้องเป็นแพทย์เท่านั้น</u>**

หมายเหตุ

Ø ICD in com หมายถึง รหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลส่งเพื่อขอเบิกจ่ายชดเชยจากสปสช.

Ø S ICD หมายถึง รหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการ ที่ได้จากข้อมูลใน Summary discharge form ของหน่วยบริการ

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

Ø คู่มือการใช้งานระบบอุทธรณ์ออนไลน์ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ Web Browser URL : http://audit.nhso.go.th/ema/index-download

- **ข้อกำหนดแนวทางการบันทึกข้อมูลในแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียน**

จากหน่วยบริการสำหรับ Billing Audit และ quality Audit เจ้าหน้าที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายที่ต้องการขออุทธรณ์ลงในส่วนของการขออุทธรณ์จากหน่วยบริการตามแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียน เช่นลำดับที่ ..... HN..... AN..... PID.....

1. การขออุทธรณ์เรื่องรหัสอุปกรณ์ จำนวนชิ้น ราคาต่อชิ้น ให้ระบุรายการที่ รหัสอุปกรณ์ จำนวนชิ้น ราคาต่อชิ้น หรือประเด็นคุณภาพ ที่ขออุทธรณ์ทั้งหมด ในช่องรายการขออุทธรณ์จากหน่วยบริการ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 480 9/14/17 9:04 AM

2. ต้องระบุเหตุผลประกอบการอุทธรณ์ทุกรหัสอุปกรณ์ในแต่ละรายการหรือทุกประเด็นคุณภาพที่ขออุทธรณ์ในช่อง เหตุผล/เอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณาอุทธรณ์ และให้สำเนาเวชระเบียนชุดเดิมที่ส่งมาให้ตรวจสอบทั้งฉบับ รวมทั้งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการอุทธรณ์ (ไม่รับเอกสารใหม่เพิ่มเติม)

3. กรณีการขออุทธรณ์ จำนวนชิ้นของอุปกรณ์ ราคาของอุปกรณ์ ต้องส่งใบจัดซื้อราคาพัสดุอุปกรณ์ของหน่วยบริการที่สามารถสืบได้ว่าได้จ่ายอุปกรณ์ชิ้นนี้ให้แก่บุคคลใด และต้องระบุเหตุผลประกอบการขออุทธรณ์ทุกรหัสอุปกรณ์ สปสช. จะไม่รับพิจารณาอุทธรณ์โดยที่หน่วยบริการไม่ระบุเหตุผลการขออุทธรณ์

4. ผู้ขออุทธรณ์ **ต้องเป็นแพทย์เท่านั้น**

5. หน่วยบริการต้องส่งแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนจากหน่วยบริการภายในระยะเวลาที่ สปสช. กำหนด ในหนังสือแจ้งรายงานผลการตรวจสอบเวชระเบียน ถ้าเกินระยะเวลาที่กำหนด สปสช. จะไม่รับการพิจารณาการอุทธรณ์นั้น

6. สปสช. จะไม่รับพิจารณาอุทธรณ์ ในกรณีต่อไปนี้

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

ช่อง in com หมายถึง รหัสอุปกรณ์/ราคาอุปกรณ์ หรือประเด็นคุณภาพ ที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลส่งเพื่อขอเบิกจ่ายชดเชย ในโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์

2) กรณีหน่วยบริการขอส่งเอกสารเพิ่มเติมเนื่องจากการส่งมอบไม่ทันในวันตรวจสอบเวชระเบียนตามที่ สปสช. กำหนดไว้

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

4) กรณียื่นขออุทธรณ์หลังระยะเวลาตามที่ สปสช. กำหนด

5) กรณีหน่วยบริการไม่บันทึกเหตุผลรายการที่มีการขออุทธรณ์หรือทุกประเด็นคุณภาพที่ทักท้วง ในแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนที่ สตช. หรือ สปสช.เขตส่งให้ หรือไม่ส่งหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์

6) กรณีผู้อุทธรณ์ไม่ใช่แพทย์

7) กรณีที่บันทึกรายการเอกสารเวชระเบียนประกอบการอุทธรณ์ ที่ส่งมาให้ สปสช. ทั้งหมดไม่ใช่เอกสารชุดเดิมที่ใช้ในการตรวจสอบหรือการอุทธรณ์ครั้งที่ 1 หรือครั้งที่ 2 หรือครั้งที่ 3

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 481 9/14/17 9:04 AM

8. แนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการในการจัดเตรียมเอกสารหรือหลักฐาน เพื่อรับการตรวจสอบของ สปสช.

8.1 กรณีผู้ป่วยใน

หน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเลคทรอนิกส์ที่เป็น.pdf สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้

1. OPD card หรือ สำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบครั้งนั้น

2. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary)

3. แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ (Informed Consent) ของผู้ป่วย

4. แบบบันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกายของแพทย์ (history, physical examination, admission note) และหรือ เอกสารการประเมินต่างๆ ที่เกี่ยวข้องผู้ป่วย เช่น ใบประเมินระบบประสาท NIHSS, Barthel's Index, MRS เป็นต้น

5. แบบบันทึกความก้าวหน้า (Progress Note) ของแพทย์

6. แบบบันทึกการสั่งการรักษา (Doctor's order)

7. แบบบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (Consultation record) (ถ้ามี)

8. แบบบันทึกวิสัญญี (Anesthetic record) (ถ้ามี)

9. แบบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) กรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัด (ถ้ามี)

10. แบบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด (Labour record) (ถ้ามี)

11. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยพร้อมรายงานผลการตรวจ

12. แบบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation record) (ถ้ามี)

13. แบบบันทึกทางการพยาบาล Nurses note รวมถึงแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลและแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

14. แบบบันทึกสัญญาณชีพหรือฟอร์มปรอท (Graphic sheet)

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

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

17. กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม หรือการให้บริการทางการแพทย์ ตามรายการค่าใช้จ่ายที่มารับบริการ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมหลักฐานประกอบการตรวจสอบ ดังนี้

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 482 9/14/17 9:04 AM

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

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

18. กรณีการขอตรวจสอบเวชระเบียน โรคเฉพาะทางอื่นๆ เช่นโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ต้องมีเอกสารประกอบเพิ่มเติมซึ่งแต่ละกองทุนจะแจ้งในการขอเอกสารเพื่อการตรวจสอบในเรื่องนั้นๆ

19. การขอเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ

19.1 กรณีที่มีการขอตรวจสอบเวชระเบียนแล้วไม่พบเอกสารหลักฐาน หรือ หน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้รักษาในครั้งนั้น ภายในระยะเวลาที่กำหนดให้ถือว่าหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น โดยไม่รับพิจารณาอุทธรณ์เอกสารที่หน่วยบริการส่งเพิ่มเติมมาในภายหลัง

19.2 กรณีผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิการรักษา เช่น ผู้ป่วยชำระเงินเอง ใช้สิทธิประกันชีวิต เป็นต้น ให้ถือว่าหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น

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

8.2 กรณีผู้ป่วยนอก

การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกจะพิจารณาจากข้อมูลการบันทึกในเวชระเบียนและหลักฐานต่างๆที่ปรากฏในการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐานจะถือว่าไม่มีบริการในเรื่องนั้นๆ โดยหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเลคทรอนิกส์ที่เป็น .pdf สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้

1. เอกสารหลักฐานการตรวจรักษาและให้บริการ (จัดเรียงตามวันที่เข้ารับบริการ) ดังนี้

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

กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง หรือกรณีเป็น known case จากหน่วยบริการอื่น ต้องมีหลักฐานในการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 483 9/14/17 9:04 AM

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

1.3 ผลการตรวจทางรังสีวิทยา โดยรังสีแพทย์ และหรือ บันทึกการแปลผลการตรวจของแพทย์ใน เวชระเบียน

1.4 ผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ และหรือ บันทึกการแปลผลการตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน

1.5 ใบแสดงรายการยาที่เบิกจ่าย (ใบสั่งยา) และหนังสือรับรองการใช้ยานอกบัญชี

1.6 ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล

1.7 หลักฐานการทำหัตถการต่างๆ (ถ้ามี)

1.8 หลักฐานเพิ่มเติม เช่น การบริการแพทย์ทางเลือก กรณีการให้บริการทางกายภาพบำบัด และ เวชกรรมฟื้นฟู และการบริการพิเศษอื่นๆ

1.9 เอกสารบันทึกการให้บริการทางการพยาบาล เช่น การฉีดยา การทำแผล เป็นต้น

1.10 กรณีที่มีการรับเข้านอนรพ. ควรมีบันทึกแพทย์ในการสรุปจำหน่ายรวมข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ยาที่ได้รับในรพ. และยาที่ให้กลับบ้านพร้อมจำนวน (ฉบับย่อ) ลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ทั้งนี้ กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไข โดยผู้อื่นได้

2. เอกสารหลักฐานการเงิน เช่น ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ส่งเบิกชดเชย

3. เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ อันเนื่องมาจากบริการรักษานอกโรงพยาบาล ดังนี้

3.1 หลักฐานส่งต่อ (กรณีรับและส่ง refer)

3.2 อื่นๆ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการอื่น เอกสารการให้รังสีรักษาแบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด เป็นต้น

4. กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ที่มีการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกให้ติด sticker ไว้ใน OPD card ตามวันที่มาทำหัตถการ พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้นหรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

5. เอกสารอื่นๆที่ผู้ตรวจสอบขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 484 9/14/17 9:04 AM

9. แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช.

9.1 กรณีผู้ป่วยใน

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

2. ตรวจสอบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ประเด็นการพิจารณามี ดังนี้

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

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

2.3 ในกรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเลคทรอนิคส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ general discharge summary

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

4. ตรวจสอบ Progress note ในการตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้รักษาหรือ ลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาจึงจะถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถอ้างอิงในการตรวจสอบ เวชระเบียนได้ ส่วนข้อมูลที่มีการบันทึกโดยวิชาชีพอื่น เช่น เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัดเป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์

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

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 485 9/14/17 9:04 AM

6. ตรวจสอบในกรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัดหัตถการ

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

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

6.3 กรณีหน่วยบริการใช้บันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปโดยบันทึกข้อมูลบางส่วนเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ถ้าไม่พบการลงนามของแพทย์ให้ถือว่าไม่มีบริการ

6.4 การตรวจสอบหลักฐานการทำหัตถการของแพทย์ให้ยึดข้อมูลในส่วน description ที่อธิบายถึง finding และขั้นตอนรายละเอียดการทำหัตถการ และหรือการมี complication ถือเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน หากมีเพียงบันทึกโรคและหัตถการในเอกสารไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้นๆ จริง

6.5 ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือหรือตัวย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้ โดยผู้ตรวจสอบ 2 คน ถือว่าไม่มีบริการ

7. ตรวจสอบ Anesthetic record ถ้ามีการให้บริการทางวิสัญญีเพื่อประกอบการดูแลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัด ระหว่างและหลังการผ่าตัด ให้ระบุรายละเอียดภาวะแทรกซ้อนและการดูแลรักษาเพิ่มเติม

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

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

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

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 486 9/14/17 9:04 AM

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

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

11. ตรวจสอบการสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีที่ระบุให้ยาเดิม หากแพทย์ระบุว่า “ยาเดิม” และไม่ปรากฏการดูแลที่เกี่ยวเนื่องกับโรคดังกล่าว ไม่ถือว่าเป็นการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น ยกเว้น มีการประเมิน มีบันทึกการวินิจฉัย มีคำสั่งการรักษา คำสั่งการให้ยา ที่ปรากฏใน Doctor’s order จึงจะถือว่ามีการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษา การตรวจพิเศษเพิ่มเติม ถือเป็นการให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาร่วมด้วยก็ได้

กรณีที่เป็นการให้ยากลับบ้าน (home med) ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในครั้งนั้น ไม่ถือว่าโรคที่เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น

12. กรณีที่มีการส่งปรึกษา (Consult) ต้องพบใบส่งปรึกษาและผลการให้คำปรึกษา หรืออาจบันทึกการปรึกษาและผลการให้คำปรึกษาใน Progress note ของแพทย์ก็ได้ หากไม่พบอย่างใดอย่างหนึ่งจะถือว่าไม่มีการส่งปรึกษา

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

14. กรณีที่ไม่พบบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ หรือพบการบันทึกเพียงประวัติประจำตัว โรคเดิม underlying disease เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ปัญหาต่างๆเหล่านี้แพทย์ผู้รักษาต้องให้คำวินิจฉัยว่าเป็นปัญหาร่วมที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยต้องบันทึกใน Admission note , Progress note หรือ Operative note เป็นต้น ถึงแม้จะพบว่ามีการตรวจอื่นที่เกี่ยวข้องหรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยใดๆ ต้องมีหลักฐานที่สนับสนุนประกอบการวินิจฉัยนั้นๆ ด้วย

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 487 9/14/17 9:04 AM

ในกรณีที่ผู้ตรวจสอบได้พบการบันทึกคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้รักษาที่ยังขาดความสมบูรณ์เฉพาะเจาะจง สามารถสืบค้นหาข้อมูลในเวชระเบียนเพื่อประกอบการวินิจฉัยตามแนวทางการตรวจสอบของแต่ละกลุ่มโรคได้เพื่อให้การสรุปโรคและหัตถการมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

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

16. การตรวจสอบจะใช้เอกสารเวชระเบียนและเอกสารการเงินที่หน่วยบริการจัดเตรียมหรือจัดส่งให้ ณ วันตรวจสอบ ซึ่งถือว่าเป็นเอกสารที่สมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสโรค รวมถึงการอุทธรณ์ เว้นแต่เอกสารออกรายงานหลังวันที่ทำการตรวจสอบ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจึงจะสามารถส่งเป็นเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้

9.2 กรณีผู้ป่วยนอก

แนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วยนอก กำหนดหลักการการตรวจสอบรายการค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใน **ทุกรายการค่าใช้จ่าย** ต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้

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

2. บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย การเจ็บป่วย ซึ่งข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

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

2.2 กรณีที่มีการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือรังสีวินิจฉัยล่วงหน้า โดยไม่มีคำสั่งแพทย์ต้องแสดงหลักฐาน CPG/Protocol ของหน่วยบริการนั้น

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

2.4 กรณีที่มีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 488 9/14/17 9:04 AM

3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษา ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

3.1 ผลการตรวจวินิจฉัยต่างๆ หรือบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยต่างๆ หรือ การแปลผลการตรวจของแพทย์ ทั้งนี้ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ผลการตรวจด้วยเครื่องมือเฉพาะ ควรมีรายงานผลการตรวจวินิจฉัยโดยรังสีแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะทาง ตามข้อกำหนดสถานพยาบาลหรือราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 หลักฐานการให้บริการ เช่น การฉีดยา การทำแผล การให้เลือด การให้สารน้ำ เป็นต้น โดยพบ ผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพลงนามกำกับ

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

4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ต้องปรากฏ ได้แก่

4.1 ชื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ วันที่ให้บริการ

4.2 ข้อมูลชื่อ-สกุลผู้มีสิทธิ และหรือ HN และหรือ Visit number (VN) จำนวนเงินที่ขอเบิก และควรมีเลขประจำตัวประชาชน เพื่อให้สามารถตรวจสอบความถูกต้องของผู้มีสิทธิ

4.3 ชื่อรายการยา (และหรือ ขนาด) จำนวน ราคา

ทั้งนี้ รายละเอียดการตรวจสอบค่าใช้จ่ายรายหมวดบริการให้เป็นไปตามคู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ปี 2560

10. กฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับใช้อ้างอิงในการตรวจสอบ

1. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ 2545

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

3. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามปีงบประมาณที่เบิกจ่าย

4. ประกาศของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) เรื่องคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามปีงบประมาณที่เบิกจ่าย

5. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

6. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ2541.ศ. มาตรา 35

7. ระเบียบสารบรรณ สำนักนายกรัฐมนตรี ปี 2526

8. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ 2550 มาตรา 7

9. หนังสือบัญชียาหลักแห่งชาติปี พ.ศ. 2560 ของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

10. คู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ปี 2560

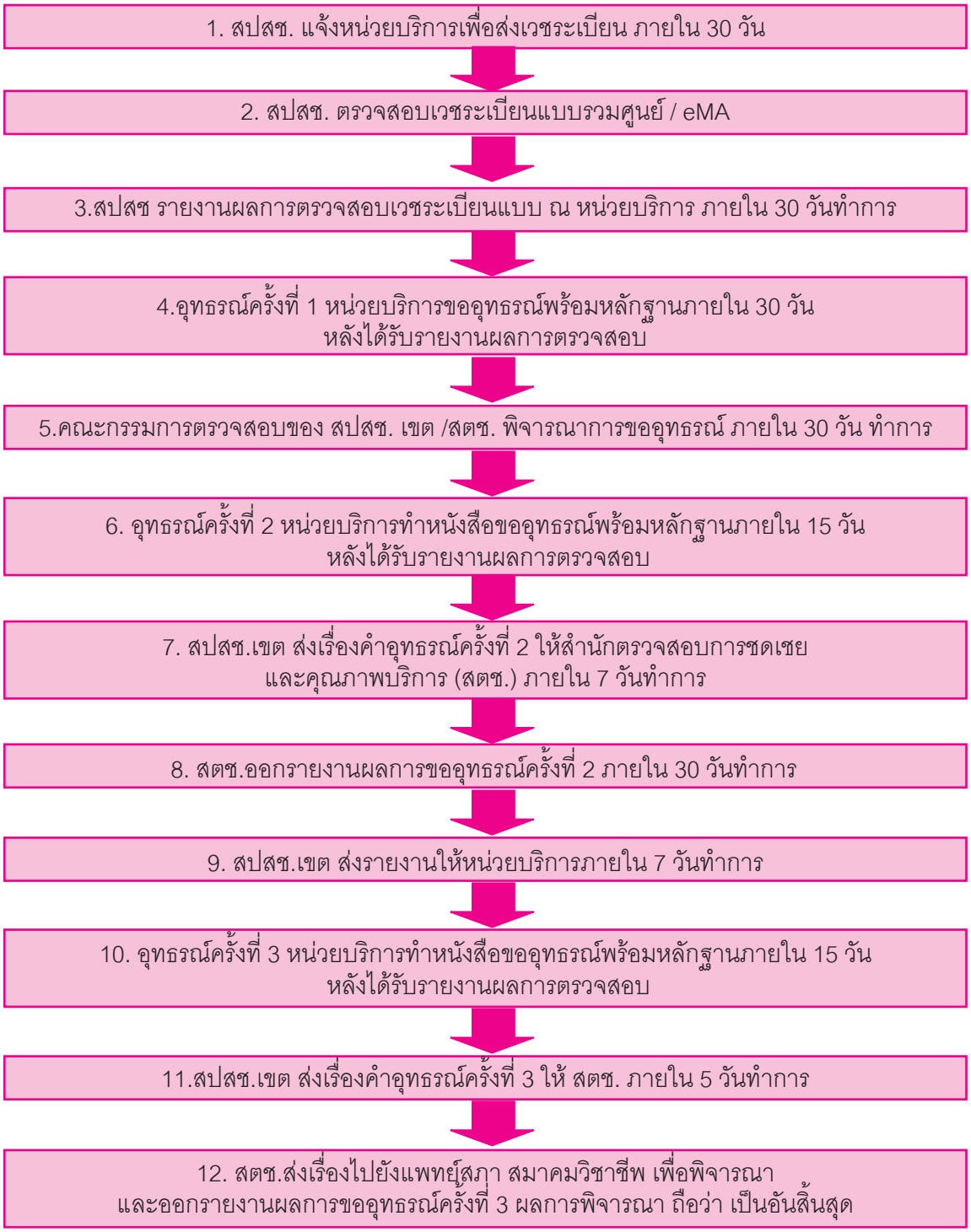
□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 489 9/14/17 9:04 AM

11. ผู้บริหารระบบในภาพรวม

1.	พญ.กฤติยา	ศรีประเสริฐ	ผู้อำนวยการสำนัก	kriddhiya.s@nhso.go.th
2.	พญ.รัชนิศ	พรวิภาวี	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	achanid.p@nhso.go.th
3.	นางสาวรุ่งจิต	ลีลางามวงศา	หัวหน้ากลุ่มงาน	rungchit.l@nhso.go.th
4.	นางภัทรา	อเนกวิทยากิจ	หัวหน้ากลุ่มงาน	pattra.a@nhso.go.th
5.	นายณัฐพงศ์	อนุวัตรยรรยง	หัวหน้ากลุ่มงาน	natapong.a@nhso.go.th
6.	นางสาวกฤษณา	จงส่งเสริม	หัวหน้ากลุ่มงาน	kritsana.j@nhso.go.th
7.	นางภณิดา	กลิ่นพิพัฒน์	หัวหน้ากลุ่มงาน	phanida.k@nhso.go.th
8.	นางสุมลรัตน์	ดอกเขียว	หัวหน้างาน	sumonrat.d@nhso.go.th
9.	นางสาวสิรินาถ	ยั่งยืน	หัวหน้างาน	sirinart.y@nhso.go.th
10.	นางสาวอรวรรณ	หงษ์ทอง	หัวหน้างาน	orawan.h@nhso.go.th
11.	นางสาวภิญญดา	เอกพจน์	หัวหน้างาน	pinyada.K@nhso.go.th
12.	นางวาสนา	จันทรพินิจ	หัวหน้างาน	wasana.j@nhso.go.th
13.	นางสาวสุมณฑา	โสภาพันธ์	เจ้าหน้าที่อาวุโส	sumontha.s@nhso.go.th
14.	นางสาวอรพรรณ	มณีเนตร	เจ้าหน้าที่อาวุโส	oraphan.m@nhso.go.th
15.	นางสาวปวีณา	วรรณวัฒนา	เจ้าหน้าที่อาวุโส	paweena.w@nhso.go.th
16.	นายปราโมทย์	วงศ์ประสาร	เจ้าหน้าที่อาวุโส	pramote.w@nhso.go.th

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 490 9/14/17 9:04 AM

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน แบบ ณ หน่วยบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 491 9/14/17 9:04 AM

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียนแบบ ณ รวมศูนย์/eMA ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. สปสช. แจ้งหน่วยบริการเพื่อส่งเวชระเบียน ภายใน 30 วัน

2. สปสช. ตรวจสอบเวชระเบียนแบบรวมศูนย์ / eMA

3.สปสช รายงานผลการตรวจสอบเวชระเบียนแบบ ณ หน่วยบริการ ภายใน 30 วันทำการ

4.อุทธรณ์ครั้งที่ 1 หน่วยบริการขออุทธรณ์พร้อมหลักฐานภายใน 30 วัน
หลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ

5.คณะกรรมการตรวจสอบของ สปสช. เขต /สตช. พิจารณาการขออุทธรณ์ ภายใน 30 วัน ทำการ

6. อุทธรณ์ครั้งที่ 2 หน่วยบริการทำหนังสือขออุทธรณ์พร้อมหลักฐานภายใน 15 วัน
หลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ

7. สปสช.เขต ส่งเรื่องคำอุทธรณ์ครั้งที่ 2 ให้สำนักตรวจสอบการชดเชย
และคุณภาพบริการ (สตช.) ภายใน 7 วันทำการ

8. สตช.ออกรายงานผลการขออุทธรณ์ครั้งที่ 2 ภายใน 30 วันทำการ

9. สปสช.เขต ส่งรายงานให้หน่วยบริการภายใน 7 วันทำการ

10. อุทธรณ์ครั้งที่ 3 หน่วยบริการทำหนังสือขออุทธรณ์พร้อมหลักฐานภายใน 15 วัน
หลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ

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

12. สตช.ส่งเรื่องไปยังแพทย์สภา สมาคมวิชาชีพ เพื่อพิจารณา
และออกรายงานผลการขออุทธรณ์ครั้งที่ 3 ผลการพิจารณา ถือว่า เป็นอันสิ้นสุด

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 492 9/14/17 9:04 AM

นิยามศัพท์

ค่าบริการผู้ป่วยใน

หมายถึง เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

DRGs (Diagnosis Related Groups)

หมายถึง กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ซึ่งการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกและการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน

RW (Relative Weight)

หมายถึง ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ เป็นตัวเลขเปรียบเทียบการใช้ต้นทุนเฉลี่ยในการดูแลรักษาผู้ป่วยของ DRGs นั้น ว่าเป็นกี่เท่าของต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยทุกกลุ่ม DRGs

AdjRW (Adjusted Relative Weight)

หมายถึง ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามค่าวันนอนจริง

PDx (Principal Diagnosis)

หมายถึง การวินิจฉัยโรคหลักที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในการนอนรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนั้น

SDx (Secondary Diagnosis)

หมายถึง การวินิจฉัยโรคอื่นที่ไม่ใช่โรคหลัก SDx อาจเป็นโรคร่วม (Comorbidities) หรือภาวะแทรกซ้อน (Complications) ก็ได้

Proc (Procedure)

หมายถึง การทำหัตถการ รวมทั้งการผ่าตัดด้วย

ICD-10 (International Statistical Classification of Disease, 10th Revision)

หมายถึง บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับที่ 10 ขององค์การอนามัยโลก

ICD-9-CM (International Classification of Disease, 9th Revision, Clinical Modification) หมายถึง บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 10 ปรับปรุงเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 493 9/14/17 9:04 AM

IPHC

หมายถึง ค่าบริการค่าใช้จ่ายสูงในรายการที่เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาผู้ป่วย ประเภทผู้ป่วยใน โดยใช้เงินจากเงินกองกลาง (Central Reimbursement) ซึ่งเป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากระบบ DRGs (Additional payment)

OPAE

หมายถึง ค่าบริการกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประเภทผู้ป่วยนอก เข้ารับบริการต่างกองทุนสาขาจังหวัด

OPHC

หมายถึง ค่าบริการกรณีค่าใช้จ่ายสูงตามรายการ ประเภทผู้ป่วยนอก โดยใช้เงินจากเงินกองกลาง (Central Reimbursement)

IPPUC

หมายถึง ค่าบริการกรณีสิทธิว่าง ประเภทผู้ป่วยใน

IPNB

หมายถึง ค่าบริการกรณีเด็กแรกเกิด (อายุ ≤ 28 วัน) ที่ยังไม่มีหน่วยบริการประจำ ประเภทผู้ป่วยใน

IP3SSS

หมายถึง ค่าบริการกรณีผู้ประกันตน (สิทธิประกันสังคม) ที่ส่งเงินสบทบไม่ครบ 3 เดือน เข้ารับบริการรักษาเจ็บป่วย

IP7SSS

หมายถึง ค่าบริการกรณีผู้ประกันตน (สิทธิประกันสังคม) ที่ส่งเงินสบทบไม่ครบ 7 เดือน เข้ารับบริการคลอดบุตร

INST

หมายถึง ค่าบริการกรณีการใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instruments) ประเภทผู้ป่วยใน

OP-INST

หมายถึง ค่าบริการกรณีการใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instruments) ประเภทผู้ป่วยนอก

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 494 9/14/17 9:04 AM

CARAE

หมายถึง ค่าบริการกรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อ ผู้ป่วยอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยนอกสิทธิว่าง

CARREF

หมายถึง ค่าบริการกรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อ ผู้ป่วยใน

CARREF-PUC

หมายถึง ค่าบริการกรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อ ผู้ป่วยในสิทธิว่าง

CATARACT

หมายถึง ค่าบริการกรณีค่าผ่าตัดต้อกระจก สำหรับผู้สูงอายุ (Senile Cataract) ในกลุ่มเหมาจ่ายค่าบริการ

DMISRC

หมายถึง ค่าบริการกรณีการให้บริการผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ประกอบด้วย การผ่าตัด การส่องกล้อง และการสลายนิ่ว ในกลุ่มเหมาจ่ายตามหัตถการการรักษา

โปรแกรม e-Claim

หมายถึง โปรแกรมในการบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่เข้าหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย จากการจ่ายในหนังสือคู่มือนี้

Point System with Global Budget

หมายถึง วิธีการคำนวณจ่ายโดยระบบคะแนนภายใต้วงเงินงบประมาณสำหรับการจ่ายในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยนอก (OPAE)

Point System with Ceiling with Global Budget

หมายถึง วิธีการคำนวณจ่ายโดยระบบคะแนนตามเพดานที่กำหนดภายใต้วงเงินงบประมาณ สำหรับการจ่ายในกรณี OPHC, IPHC, INST และค่าพาหนะในการรับส่งต่อ

DRGs with Global Budget

หมายถึง วิธีการคำนวณจ่ายเงินโดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้วงเงินงบประมาณที่มีประเภทผู้ป่วยใน

REP (ย่อมาจาก Report)

หมายถึง ผลตอบกลับข้อมูล ผลการตรวจสอบ

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 495 9/14/17 9:04 AM

STM (ย่อมาจาก Statement)

หมายถึง รายงานพึงรับ-พึงจ่าย

Date_sent

หมายถึง วัน เดือน ปี ที่ส่งเบิกข้อมูลการให้บริการ ในการกำหนดงวดรายงานของการจ่ายจะสื่อความหมายของการจ่ายโดยมีรายละเอียดของการกำหนดความหมายของงวดรายงานการจ่ายชดเชยในระบบ Seamless ยกตัวอย่างเช่น REP 5800001

A. 58 หมายถึง ปีงบประมาณในการส่งเบิก

B. 000001 ลำดับครั้งในการส่งข้อมูลเข้ามาขอเบิก (REP)

หมายเหตุ รายละเอียดศึกษาเพิ่มเติมจากบทที่ 10 คู่มือการอ่าน REP ในระบบ seamless

ผู้มีสิทธิ

หมายถึง บุคคลที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงคนพิการ/ทหารผ่านศึก และสิทธิว่าง

สิทธิว่าง

หมายถึง คนไทยที่มีสิทธิตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 แต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามมาตรา 6

เด็กแรกเกิด

หมายถึง เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ณ วันที่เข้ารับบริการ

ทหารผ่านศึก

หมายถึง บุคคลที่มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข ตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และได้รับสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาล จากโรงพยาบาลของรัฐบาลโดยไม่คิดมูลค่า โดยมีรหัสสิทธิย่อยที่ สปสช. ตรวจสอบได้เป็นรหัส 66 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน), รหัส 67 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน), รหัส 75 (ทหารผ่านศึกชั้น 1-3 ที่มีบัตรทหารผ่านศึก รวมถึงผู้ได้รับพระราชทาน) และ รหัส 80 (บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกชั้น 1-3 รวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญสมรภูมิ)

คนพิการ

หมายถึง คนพิการตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และคนพิการ ตามประกาศ สปสช. โดยมีรหัสสิทธิย่อยที่ สปสช. ตรวจสอบได้เป็นรหัส 74 โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบความเป็นผู้มีสิทธิของทหารผ่านศึกและคนพิการได้จาก www.nhso.go.th

□□□□□□ □□□□□□□□ M100.indd 496 9/14/17 9:04 AM