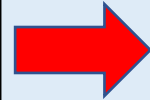


การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ปี 2564

1. งบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

ประเภทบริการ	ปี 2564
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,279.31
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,440.03
3. บริการกรณีเฉพาะ **	373.67
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	455.39
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	18.4
6. บริการแพทย์แผนไทย	17.9
7. งบค่าเสื่อม	128.69
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	3.84
9. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00
รวม	3,719.23
ประชากรลงทะเบียน UC (ล้านคน)	47.644



1

กรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

2

กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

3

กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

4

กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

5

กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

บริการกรณีเฉพาะประกอบด้วย

1. ปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

- 1.1 OP-AE ข้ามจังหวัด
- 1.2 OP กรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น
- 1.3 OP refer ข้ามจังหวัด
- 1.4 ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ
- 1.5 สิทธิว่าง (ยกเว้นเด็กแรกเกิด) / เสียชีวิตก่อนลงทะเบียน / ประกันสังคม IP-PUC / IPPRCC / SSS (DRGv5)

2. เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

- 2.1 ยาละลายลิ่มเลือด (STEMI, Stroke)
- 2.2 Chemo/Radio-OP&IP
- 2.3 Cataract [all] รวมเลนส์
- 2.4 ทันตกรรมจัดฟันและฝังรากสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปาก แหว่งเพดานโหว่ ★
- 2.5 บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง/กรณีเหตุสมควร/กรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชน

3. เพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

- 3.1 Instrument - OP&IP ★* (ข้อเข้าเทียม, PCI)
- 3.2 Hyperbaric O2 - OP&IP ★
- 3.3 Corneal transplantation (สักรองดวงตา) ★
- 3.4 การปลูกถ่ายอวัยวะ (Liver transplant ในเด็ก, Heart transplant, Hematopoietic stem cell transplant) ★

4. จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

- 4.1 ยา Methadone - MMT ★
- 4.2 ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง (ยา จ. 2 (รวมสารประกอบจากเลือดสำหรับผู้ป่วย Hemophilia), ยา CL, ยาแก้ปวด) ★

5. โรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

- 5.1 Thalassemia (ยาขับเหล็กและให้เลือด ในผู้ป่วยรุนแรง)
- 5.2 Tuberculosis
- 5.3 การดูแลแบบประคับประคอง ★
- 5.4 การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ★

บริการกรณีเฉพาะประกอบด้วย

1. ปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

- 1.1 OP-AE ข้ามจังหวัด
- 1.2 OP กรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น
- 1.3 OP refer ข้ามจังหวัด
- 1.4 ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ
- 1.5 สิทธิว่าง (ยกเว้นเด็กแรกเกิด) / เสียชีวิตก่อนลงทะเบียน / ประกันสังคม
IP-PUC / IPPRCC / SSS (DRGv5)

2. เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

- 2.1 ยาละลายลิ่มเลือด (STEMI, Stroke)
- 2.2 Chemo/Radio-OP&IP
- 2.3 Cataract [all] รวมเลนส์
- 2.4 ทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปาก แหว่งเพดานโหว่ 
- 2.5 บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง/กรณีเหตุสมควร/กรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชน

3. เพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

- 3.1 Instrument - OP&IP  (ข้อเข้าเทียม, PCI)
- 3.2 Hyperbaric O2 - OP&IP
- 3.3 Corneal transplantation (สักรองดวงตา)
- 3.4 การปลูกถ่ายอวัยวะ (Liver transplant ในเด็ก, Heart transplant, Hematopoietic stem cell transplant) 

4. จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

- 4.1 ยา Methadone - MMT 
- 4.2 ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง
(ยา จ. 2 (รวมสารประกอบจากเลือดสำหรับผู้ป่วย Hemophilia), ยา CL, ยาแก้ปวด) 

5. โรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

- 5.1 Thalassemia (ยาขับเหล็กและให้เลือด ในผู้ป่วยรุนแรง)
- 5.2 Tuberculosis
- 5.3 การดูแลแบบประคับประคอง 
- 5.4 การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

**การดูแลรักษาฟันฟูทางการแก้ไขการพูด หันตกรรณจัดฟัน
การผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

การสนับสนุนค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการ

สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการในโครงการฯ ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยตามระยะของการดูแลรักษา ดังนี้

- การใส่เพดานเทียม
- การผ่าตัดผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่
- การฟื้นฟูด้านทันตกรรมจัดฟัน
- การแก้ไขการพูดและการได้ยิน
- Maxillary distractor

กระบวนการดูแล Cleft Lip Cleft Palate



เด็กแรกเกิด
Cleft Lip
Cleft Palate



แจ้งเกิด



ลงทะเบียน Birth
Defects Registry

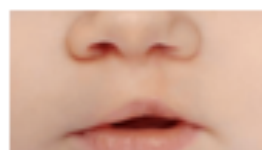


ลงทะเบียน DMIS สบส.
Cleft Lip Cleft Palate



สภากาชาดไทย
The Thai Red Cross Society

สนับสนุนค่าเดินทางในการผ่าตัด 1,000 บ./ครั้ง ใช้ ยส. 1 และ 2
สนับสนุนค่าเดินทางกรณีจัดฟัน/ฝึกพูด 500 บ./ครั้ง ใช้ ยส.4 และ 5



สิ้นสุดการรักษา



การฟื้นฟูการพูดและการได้ยิน



การรักษาทันตกรรมจัดฟัน



รับการรักษาด้วยการ
ผ่าตัดและใส่เพดานเทียม

ขั้นตอนการลงทะเบียนผู้ป่วย

อสม./ผู้นำหมู่บ้าน/หน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการ
ประจำ/กาชาดจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน
(เด็กแรกคลอดที่มีภาวะปากแหว่งฯ)



แจ้งหน่วยบริการฯ/
สำนักงานสาธารณสุขฯ



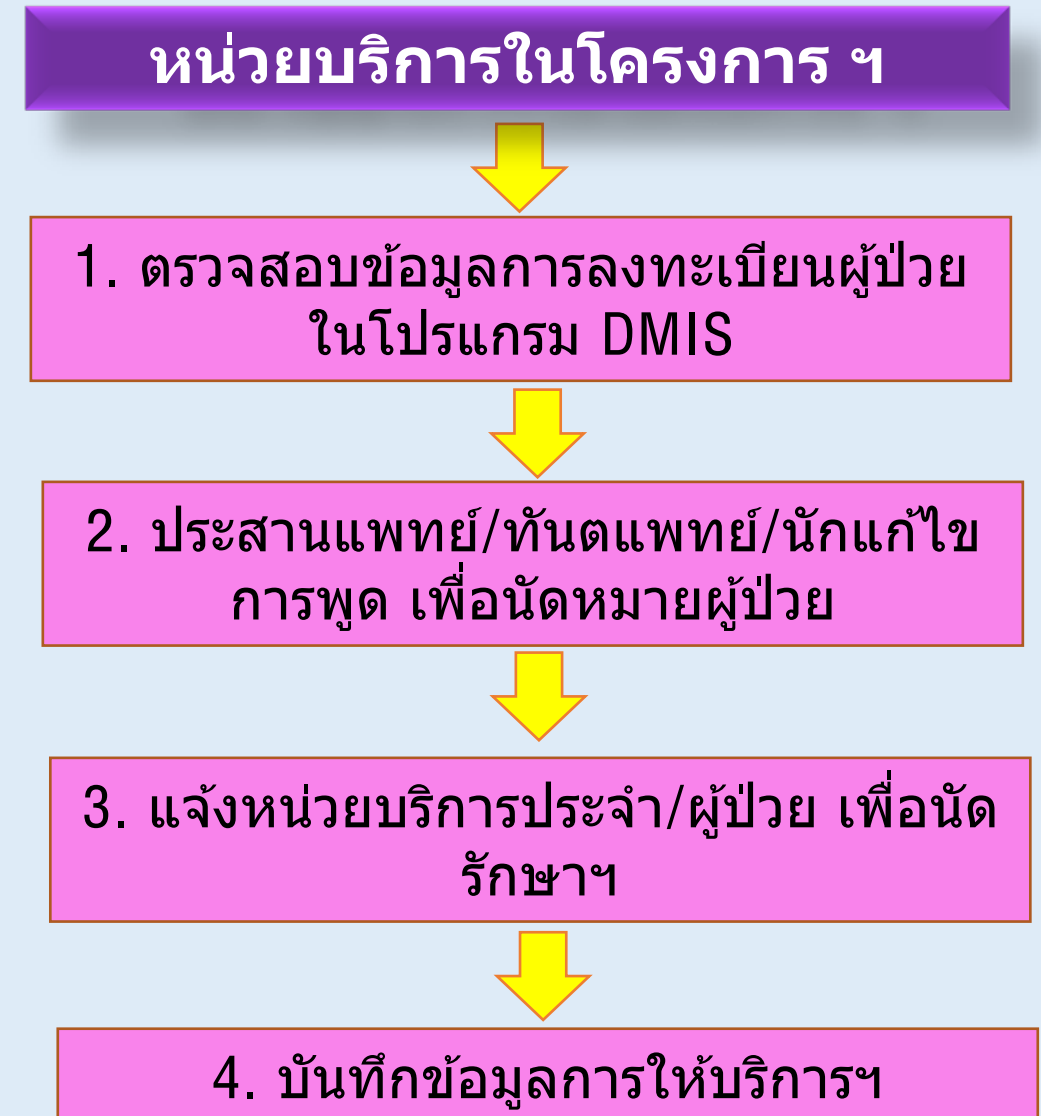
หน่วยบริการฯ/สำนักงานสาธารณสุขฯ ลงทะเบียนใน
โปรแกรม DMIS (ยสส.1)
ระบบ ON LINE (www.nhso.go.th)

ติดต่อหน่วย
บริการที่เข้าร่วม
โครงการฯในพื้นที่
ใกล้เคียง



ผู้ป่วยเข้ารับบริการ
ผ่าตัดแก้ไขภาวะปาก
แหว่ง เพดานโหว่/การ
แก้ไขการพูดและทันต
กรรมจัดฟัน
**หน่วยบริการรับ
ค่าใช้จ่ายจากสปสช.**

บทบาทของ Case Manager



ขั้นตอนการแสดงความจำนงค์การเข้าร่วมโครงการของหน่วยบริการ

หน่วยบริการ

แสดงความจำนงค์

สปสช. เขต

พิจารณา/รวบรวมข้อมูลส่ง

สปสช. ส่วนกลาง

จัดทำฐานทะเบียนหน่วยบริการ
Cleft / username password

(สำหรับหน่วยบริการ)

เลขที่...../...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอแสดงความประสงค์ให้บริการดูแล รักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด หันตกรรมจัดฟัน และผ่าตัดสำหรับ
ผู้มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (Cleft lip cleft palate) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ ๒๕๖
เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต.....

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง บริการหันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับ
ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่ พ.ศ. ๒๕๖ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาล..... มีความประสงค์และยินดีเข้าร่วมดำเนินงานตาม
แผนงาน ตามรายละเอียดดังนี้

- ☐ หน่วยบริการผ่าตัด แก้ไขความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่
- ☐ หน่วยบริการฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องด้านการแก้ไขปัญหาการสบฟัน
- ☐ หน่วยบริการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแก้ไขการพูด

ทั้งนี้ โรงพยาบาล..... ตกลงดำเนินงาน พร้อมทั้งปฏิบัติตามเงื่อนไขการจ่ายเงินและเงื่อนไขการ
ประชาสัมพันธ์ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดทุกประการ กรณีที่ดำเนินงานไม่แล้วเสร็จหรือไม่ส่ง
ผลการดำเนินงานภายในกำหนดเวลา ยินยอมให้สำนักงานหักเงินพึงจ่าย เพื่อหักกลบลบหนี้ได้

ลงชื่อ.....ผู้บริหารหน่วยงาน

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หน่วยบริการใน เขต 1 ที่เข้าร่วมโครงการฯ

จังหวัด	รหัส	ชื่อหน่วยบริการ	Cleft : ผ่าตัด	Cleft : ฝึกพูด	Cleft : จัดฟัน
เชียงราย	10674	รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์	1 ต.ค. 60	1 ต.ค. 60	1 ต.ค. 60
เชียงใหม่	10713	รพ.นครพิงค์	1 ต.ค. 60	1 ต.ค. 60	1 ต.ค. 60
เชียงใหม่	11119	รพ.จอมทอง	1 ต.ค. 60	1 ต.ค. 60	1 ต.ค. 60
เชียงใหม่	11128	รพ.สันป่าตอง			1 ม.ค. 63
เชียงใหม่	13780	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	1 ต.ค. 60	1 ต.ค. 60	1 ต.ค. 60
เชียงใหม่	14922	รพ.คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	1 ต.ค. 60		1 ต.ค. 60
น่าน	10716	รพ.น่าน	1 ต.ค. 60	1 ต.ค. 60	1 ต.ค. 60
แพร่	10715	รพ.แพร่	1 ต.ค. 60	1 ต.ค. 60	1 ต.ค. 60
ลำปาง	10672	รพ.ลำปาง	1 ต.ค. 60		1 ต.ค. 60
ลำพูน	10714	รพ.ลำพูน	1 ต.ค. 60	1 ต.ค. 60	1 ต.ค. 60

อัตราการจ่ายชดเชย

สปสช.จ่ายค่าบริการ

ผ่าตัดแก้ไข

ระบบ DRGs

ใส่เพดานเทียม

800 บ./ชิ้น

อุปกรณ์
เพิ่มเติมอื่นๆ
ตามประกาศฯ

ทันตกรรมจัดฟัน

เหมาจ่าย 48,000 บ./ราย

แก้ไขการพูด

3,850 บ./ราย/ปี

Maxillary
distractor

200,000 บาท/ชุด/ราย

สภาวิชาชีพจ่ายสนับสนุน
ค่าพาหนะให้ผู้ป่วยและญาติ

ผ่าตัด

1,000 บ./ครั้ง
ใช้ ยสส.1 และ2

ทันตกรรมจัดฟัน/
แก้ไขการพูด

500 บ./ครั้ง
(ตามแพทย์นัดไม่
เกิน2ครั้ง/เดือน)
ใช้ ยสส.4
ยสส.5

รายละเอียดเงื่อนไขการจ่าย

รายการ	ข้อบ่งชี้ / รายละเอียด กิจกรรม	อัตราจ่าย	รายละเอียดการจ่ายเงิน
1. การผ่าตัด แก้ไขภาวะ ปากแหว่ง เพดานโหว่		จ่ายตามระบบ DRGs ตาม หลักเกณฑ์ สปสช.กำหนด	จ่ายตามผลงานการให้บริการ ในโปรแกรม e-Claim

รายละเอียดเงื่อนไขการจ่าย

รายการ	ข้อบ่งชี้ / รายละเอียดกิจกรรม	อัตราจ่าย	รายละเอียดการจ่ายเงิน
2. การใส่อุปกรณ์เพดานเทียมและอุปกรณ์ในการบริการทันตกรรมจัดฟัน			
2.1 เพดานเทียม (Obturator) รหัส 2704	- ใช้ในผู้ที่มีภาวะเพดานโหว่ (Cleft palate) เพื่อช่วยในการดูดนม	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 800 บาท/ชิ้น)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim
2.2 Obturator + Screw รหัส 2704A	- สำหรับจัดสันเหงือกที่แหวกและถ่างออก, ยื่นออก - เพื่อช่วยในการดูดนม	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 1,500 บาท/ชุด)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim
2.3 Obturator + Naso-Alveolar Molding (NAM) รหัส 2704B	- สำหรับจัดโครงสร้างจมูกและจัดสันเหงือก - ใช้หลังเย็บริมฝีปากเพื่อช่วยดูดนมและ maintain จมูก	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 1,800 บาท/ชุด)	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม e-Claim

รายละเอียดเงื่อนไขการจ่าย

รายการ	ข้อบ่งชี้/รายละเอียด กิจกรรม	อัตราจ่าย	รายละเอียดการจ่ายเงิน
2.4 Obturator + Screw + NAM รหัส 2704C	- สำหรับจัดสันเหงือกที่แหวก และถ่างออก, ยื่นออก - สำหรับจัดโครงสร้างจมูก	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 2,500 บาท/ชุด)	จ่ายตามผลงานการให้บริการใน โปรแกรม e-Claim
2.5 NAM ประติษฐ์ เพิ่มเติม รหัส 2704D	- จัดโครงสร้างจมูก - maintain โครงสร้างจมูก	จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตรา 700 บาท/ชิ้น)	จ่ายตามผลงานการให้บริการใน โปรแกรม e-Claim
2.6 Maxillary distractor		จ่ายในระบบ point system with ceiling with global budget (อัตราราคากลาง 200,000 บาท/ชุด)	จ่ายตามผลงานการให้บริการ ในรูปแบบเอกสาร โดยต้องม ีการขออนุมัติก่อนการ ให้บริการ

รายละเอียดเงื่อนไขการจ่าย

รายการ	ข้อบ่งชี้ / รายละเอียดกิจกรรม	อัตราจ่าย	รายละเอียดการจ่ายเงิน
3. ทันตกรรมจัดฟัน	- ทำประวัติ ตรวจทางรังสีเพื่อรักษาทางทันตกรรม - แก้ไขการสบฟันผิดปกติระยะแรกเพื่อป้องกันและเตรียมการในการจัดฟัน - ดูแลรักษาสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน - รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไขการสบฟันผิดปกติ - ใส่ฟันเทียมหรือรักษาทางทันตกรรม อื่นๆ ที่จำเป็น	จ่าย 48,000 บาท/ราย	จ่ายตามผลงานการให้บริการใน โปรแกรม DMIS ยสส.4

รายละเอียดเงื่อนไขการจ่าย

รายการ	ข้อบ่งชี้/รายละเอียดกิจกรรม	อัตราจ่าย	รายละเอียดการจ่ายเงิน
4. บริการแก้ไขการพูดและการได้ยิน	Speed Language and hearing problem Intervention - ตรวจการได้ยิน - การประเมินภาษา การพูด การได้ยิน - การแก้ไขภาษา การพูด การได้ยิน - การประเมินการสันฟ้องผิดปกติจากปัญหา VPI ด้วยการฟัง - *การประเมิน instrumental VPI (ได้รับการจ่ายชดเชยจากกองทุนฟื้นฟูระดับเขต ให้บริการได้เฉพาะหน่วยบริการที่ได้รับการรับรองจากสมาคมโสตสัมผัสวิทยา และการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย) - การตรวจติดตามการรักษาต่อเนื่อง	จ่าย 3,850 บาท/ราย/ปี	จ่ายตามผลงานการให้บริการในโปรแกรม DMIS ยสส.5

การเบิกจ่าย Maxillary Distractor

ขั้นตอนการเบิกจ่าย (200,000 บาท/ราย)

1 วางแผนให้การรักษา



4 ทำการรักษา

2 ทำหนังสือขออนุมัติใช้อุปกรณ์
- หนังสือรับรองการสั่งใช้
- สำเนาเวชระเบียน

3 ส่งหนังสืออนุมัติแจ้งหน่วยบริการ

6 ส่งหนังสือแจ้งการโอนเงิน / โอนเงินให้หน่วยบริการ

5 ส่งเบิกในระบบเอกสาร
- หนังสือส่งเบิก
- สำเนาเวชระเบียน / หลักฐานการใช้อุปกรณ์

ค่าผ่าตัดเบิก
ได้ในระบบ
DRGs



และ Maxillary
Distractor

บริการกรณีเฉพาะประกอบด้วย

1. ปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

- 1.1 OP-AE ข้ามจังหวัด
- 1.2 OP กรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น
- 1.3 OP refer ข้ามจังหวัด
- 1.4 ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ
- 1.5 สิทธิว่าง (ยกเว้นเด็กแรกเกิด) / เสียชีวิตก่อนลงทะเบียน / ประกันสังคม
IP-PUC / IPPRCC / SSS (DRGv5)

2. เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

- 2.1 ยาละลายลิ่มเลือด (STEMI, Stroke)
- 2.2 Chemo/Radio-OP&IP
- 2.3 Cataract [all] รวมเลนส์
- 2.4 ทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปาก แหว่งเพดานโหว่ ★
- 2.5 บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง/กรณีเหตุสมควร/กรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชน

3. เพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

- 3.1 Instrument - OP&IP ★* (ข้อเข้าเทียม, PCI)
- 3.2 Hyperbaric O2 - OP&IP ★
- 3.3 Corneal transplantation (สำรองดวงตา) ★
- 3.4 การปลูกถ่ายอวัยวะ (Liver transplant ในเด็ก, Heart transplant, Hematopoietic stem cell transplant) ★

4. จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

- 4.1 ยา Methadone - MMT ★
- 4.2 ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง
(ยา จ. 2 (รวมสารประกอบจากเลือดสำหรับผู้ป่วย Hemophilia),
ยา CL, ยากำพร้า) ★

5. โรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

- 5.1 Thalassemia (ยาขับเหล็กและให้เลือด ในผู้ป่วยรุนแรง)
- 5.2 Tuberculosis
- 5.3 การดูแลแบบประคับประคอง ★
- 5.4 การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument)

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ พ.ศ. 2562

- 1) รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ สำหรับให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2) รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ สำหรับให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้พิการที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อัตราจ่ายฯ

- อุปกรณ์กลุ่มที่ 1 จ่ายตามระบบ
Point system with ceiling with global budget
- กำหนดอัตราจ่ายชดเชย **1.0 บาท/point**
(ส่งข้อมูลตั้งแต่ 1 ม.ค. 61)

การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

รายการ	การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)
เงื่อนไข	เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) * กรณีการรักษาในโรคอื่นๆ เหนารวมอยู่ในบริการ OP/IP
อัตราการจ่าย	บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกิน ชั่วโมงละ 12,000 บาท

การจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

กลุ่มเป้าหมาย

□ ผู้ป่วยโรคกระจกตาสีทึบ UC ที่ได้รับการบริจาดดวงตาเพื่อใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ณ หน่วยบริการในเครือข่ายของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

เงื่อนไขหน่วยบริการ

□ ต้องเป็นหน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตา ร่วมกับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

อัตราจ่าย

□ การจ่ายชดเชย **ราคากลาง 15,000 บาท** เป็นการจ่าย Top up ให้หน่วยบริการที่รักษา (HCODE) ให้หน่วยบริการที่ดำเนินการผ่าตัด จ่ายต่อให้กับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย
□ จ่ายหน่วยฯผ่าตัด ตามระบบ DRGs

การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ Heart transplant และ Pediatric Liver transplant

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้ง สิทธิว่าง และผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการตามประกาศ ส่วนผู้บริจาค (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้ และต้อง ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการก่อนเข้ารับบริการ
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิ ขอรับค่าใช้จ่าย	เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านการประเมินและรับรองจาก ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย หน่วยบริการในเขต 1 : รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ (Pediatric Liver transplant)
3. การบันทึกข้อมูล	1. โปรแกรม DMIS_HT หรือ DMIS_LT ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยน Protocol หรือ เสียชีวิต ระหว่างผ่าตัด หรืออื่นๆ สปสช.อาจขอสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาเพื่อ ประกอบการพิจารณาจ่ายชดเชยได้ 2. กรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน (Complication) ร่วมด้วย บันทึกข้อมูลใน โปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs

การปลูกถ่ายอวัยวะ Heart transplant

1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

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

2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

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

2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

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

3. ใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
Protocol -Myocardium biopsy <u>หมายเหตุ</u> : ค่าตรวจชิ้นเนื้อหัวใจ (Myocardium biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อน ระหว่างผ่าตัด หรือ หลังการผ่าตัด	30,000

4. การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

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

การจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต
หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล

1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

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

2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
2.1 สำหรับผู้บริจาคมีชีวิตเมื่อเข้ารับการผ่าตัด (living donor)	100,000
2.2 สำหรับผู้รับบริจาค (recipient) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	
Protocol-OLT-I	410,000
Protocol-OLT-II	420,000
Protocol-OLT-III	555,000
Protocol-OLT-IV	565,000
2.3 สำหรับผู้รับบริจาค (recipient) กรณีมีภาวะแทรกซ้อน rejection	
Protocol-ACR ภาวะ Acute Cellular Rejection	30,000

3. ใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
กรณีที่มีการตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) <u>หมายเหตุ</u> : ค่าตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อนระหว่างผ่าตัด หรือ หลังการผ่าตัด	10,000

4. การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

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

ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง บริการ HSCT ปีงบประมาณ 2564

- เป้าหมายเพิ่มเป็น 126 ราย
- ตรวจประเมินขึ้นทะเบียน รพศ.ขอนแก่น
- ปรับอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ เหมจ่ายจำแนกตามชนิดการรักษา ครอบคลุมระยะ Pre-transplant, Transplant และ Post-transplant แบ่งเป็น

1. Autologous

: MM 500,000 บาท/ราย

: โรคอื่นๆ 750,000 บาท/ราย

2. Allogenic : MRD 1,500,000 บาท/ราย

3. Allogenic : MUD งบ UC 1,500,000 บาท/ราย

& งบสภาเกษตรกรไทย ประมาณ 820,000 บาท/ราย

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต : HSCT

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1.กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต กลุ่มโรคธาลัสซีเมีย : จำกัดอายุ ไม่เกิน 10 ปี (เพิ่มเติม)**
2.หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด จำนวน 10 แห่ง ได้แก่ รพ.จุฬาลงกรณ์, รพ.พระมงกุฎเกล้า, <u>รพ.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่</u>, รพ.มหาวิทยาลัยนเรศวร, รพ.รามธิบดี, รพ.ศรีนครินทร์, รพ.ศิริราช, รพ.สงขลานครินทร์, รพ.สรรพสิทธิประสงค์ และ รพ.หาดใหญ่ **กลุ่มโรคธาลัสซีเมีย : รพ.ศิริราช, รพ.จุฬาลงกรณ์, รพ.รามธิบดี, รพ.พระมงกุฎเกล้า และ รพ.สงขลานครินทร์
3.การบันทึกข้อมูล	โปรแกรมปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต HSCT (http://eclaim.nhso.go.th)

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

หมายเหตุ : จ่ายชดเชยงวดที่ 1 หลังส่งข้อมูล conditioning

และจ่ายชดเชยงวดที่ 2 หลังการจำหน่ายผู้ป่วย และนัด follow up ภายใน 30 วัน (เฉพาะกรณีผู้ป่วยยังมีชีวิต)

บริการกรณีเฉพาะประกอบด้วย

1. ปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

- 1.1 OP-AE ข้ามจังหวัด
- 1.2 OP กรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น
- 1.3 OP refer ข้ามจังหวัด
- 1.4 ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ
- 1.5 สิทธิว่าง (ยกเว้นเด็กแรกเกิด) / เสียชีวิตก่อนลงทะเบียน / ประกันสังคม
IP-PUC / IPPRCC / SSS (DRGv5)

2. เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

- 2.1 ยาละลายลิ่มเลือด (STEMI, Stroke)
- 2.2 Chemo/Radio-OP&IP
- 2.3 Cataract [all] รวมเลนส์
- 2.4 ทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปาก แห้วงเพดานโหว่ 
- 2.5 บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง/กรณีเหตุสมควร/กรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชน

3. เพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

- 3.1 Instrument - OP&IP  (ข้อเข้าเทียม, PCI)
- 3.2 Hyperbaric O2 - OP&IP
- 3.3 Corneal transplantation (สัารองดวงตา)
- 3.4 การปลูกถ่ายอวัยวะ (Liver transplant ในเด็ก, Heart transplant, Hematopoietic stem cell transplant) 

4. จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

- 4.1 ยา Methadone - MMT 
- 4.2 ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง
(ยา จ. 2 (รวมสารประกอบจากเลือดสำหรับผู้ป่วย Hemophilia),
ยา CL, ยากำพร้า) 

5. โรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

- 5.1 Thalassemia (ยาขับเหล็กและให้เลือด ในผู้ป่วยรุนแรง)
- 5.2 Tuberculosis
- 5.3 การดูแลแบบประคับประคอง 
- 5.4 การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

กรณีที่ต้องกำกับการให้บริการอย่างใกล้ชิด

ค่าสารเมทาโดน

รายการ	เงื่อนไข	อัตราการจ่าย
ค่าสารเมทาโดน (Methadone) สำหรับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment: MMT)	สำหรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น (อาทิ เฮโรอีน) ที่สมัครใจ	จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตรา 35 บาทต่อครั้ง

เงื่อนไขการจ่าย

1. หน่วยบริการที่รักษาต้องเป็นหน่วยที่ผ่านการขออนุญาตขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตาม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522
2. ตรวจสอบ ICD10/ICD9 เพื่อให้ตรงตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนด คือ
PDX = F11.2
ICD9= 9425 other psychiatric drug therapy
3. จำนวนครั้ง = จำนวนวันของเดือนที่ให้บริการ

หมายเหตุ : ตรวจสอบตามเงื่อนไขนี้กับข้อมูลที่ส่งตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559

สิ่งที่เปลี่ยนแปลงปี 2564

มีหน่วยบริการเข้าร่วมโครงการเพิ่มเติมอีก 4 แห่ง คือ

- รพ.พิจิตร
- รพ.ยะลา
- คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
- รพ.บางละมุง

- การจ่ายชดเชยฯ ปีงบประมาณ 2564
จ่ายชดเชยเป็นเงิน และ ชดเชยเป็นยา Factor VIII
- กรณีการชดเชยเป็นยา Factor VIII :
รพ. ต้องทำหนังสือแจ้งความประสงค์ มาที่ สปสช.
และ เบิกจากโปรแกรม จ 2
ซึ่งจะไม่สามารถเบิกชดเชยเป็นเงินซ้ำได้อีก
- รพ.ในเขต 1 ยังคงเบิกฯ เป็นเงิน ทุกแห่ง

การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia

รายการ	ขอบเขตบริการ และเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการ
1. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง
2. หน่วยบริการ	หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคเลือดออกง่าย (ฮีโมฟีเลีย) ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 50 แห่ง (เขต 1 : รพ.นครพิงค์, รพ.มหาราชนครเชียงใหม่, รพ.ลำปาง, รพ.น่าน, รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์) เพิ่มเติม 4 แห่ง ได้แก่ รพ.พิจิตร, รพ.ยะลา, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช, รพ.บางละมุง
3. เงื่อนไขและอัตรา การจ่ายค่าบริการ	1. การจ่ายชดเชยรายเดือนแบ่งเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ 1.1 การจ่ายชดเชยเป็นยาแฟคเตอร์ VIII (ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ) จำนวนไม่เกิน 3,000 IU/เดือน 1.2 การจ่ายเป็นค่าบริการแฟคเตอร์ และการจ่ายชดเชยกรณีเลือดออกบ่อย (Emergency Bleeding Treatment) ทั้ง Hemophilia A, Hemophilia B เพิ่มจากเงินชดเชยเหมาจ่ายรายหัวในระบบปกติ จำแนกการจ่ายชดเชยตามเงื่อนไขอายุ และระดับความรุนแรงของโรคแต่ละระดับอาการของแผนการรักษา (Protocol) และการตรวจติดตามผู้ป่วย (Follow up) 2. การจ่ายชดเชยกรณีเลือดออกบ่อย (Emergency Bleeding Treatment) เป็นจ่ายเงินชดเชยค่าบริการทั้งกรณีผู้ป่วยนอก ไม่เกิน 150,000 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 2 ครั้ง/1 เดือน) และผู้ป่วยใน ไม่เกิน 300,000 บาท/ครั้ง (ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา) เป็นการจ่ายเพิ่มจากระบบ DRGs
4. การบันทึกข้อมูล	- ชดเชยเป็นยาแฟคเตอร์ VIII บันทึกผ่านโปรแกรม ยา จ 2 - ชดเชยเป็นค่าบริการแฟคเตอร์ บันทึกข้อมูลและประมวลผลจ่ายผ่านโปรแกรม DMIS_Hemophilia
5. ระยะเวลาการจ่าย	หน่วยบริการส่งข้อมูลผลงานในเดือนมายัง สปสช.ทุกวัน ตัดข้อมูลจ่าย ทุกสิ้นเดือน
6. การอุทธรณ์	อุทธรณ์เป็นเอกสาร

การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia

1. กรณีเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early Bleeding) กรณีจ่ายชดเชยรายเดือน

อัตราการจ่ายชดเชยเป็นยา

ประเภทผู้ป่วย	ฮีโมฟีเลีย A		ฮีโมฟีเลีย B	
	อัตรา (IU/คน/เดือน)	อัตรา (IU/คน/ปี)	อัตรา (IU/คน/เดือน)	อัตรา (IU/คน/ปี)
1.อายุน้อยกว่า 10 ปี				
- Severe	2,500	30,000	2,000	24,000
- Moderate	1,250	15,000	1,000	12,000
- Mild	250	3,000	500	6,000
2.อายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป				
- Severe	3,000	36,000	2,500	30,000
- Moderate	1,500	18,000	1,500	18,000
- Mild	500	6,000	500	6,000

อัตราการจ่ายชดเชยเป็นเงิน

ประเภทผู้ป่วย	ฮีโมฟีเลีย A		ฮีโมฟีเลีย B	
	(บาท/คน/ เดือน)	(บาท/คน/ปี)	(บาท/คน/เดือน)	(บาท/คน/ปี)
1. อายุน้อยกว่า 10 ปี				
- Severe	24,000	288,000	18,900	226,800
- Moderate	12,000	144,000	12,600	151,200
- Mild	3,000	36,000	6,300	75,600
2. อายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป				
- Severe	28,800	345,600	25,200	302,400
- Moderate	12,000	144,000	12,600	151,200
- Mild	6,000	72,000	6,300	75,600

2. กรณีเพื่อรักษาอาการเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน (Life Threatening Bleeding and Emergency Surgery) จ่ายเพิ่มจากระบบ DRGs ตามมูลค่าแฟคเตอร์เข้มข้นที่ใช้จริงในการเจ็บป่วยครั้งนั้น

2.1 กรณีที่มีภาวะเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่มีเลือดออกบ่อย เช่น ในข้อ หรือ กล้ามเนื้อ หรือ ภาวะเลือดออกเนื่องจากการได้รับการบริการทางการแพทย์ ด้านทันตกรรม เช่น การถอนฟัน ขูดหินปูน ฯลฯ หรือ ด้านอื่นๆ

**** จ่ายเป็นครั้งๆ**

ผู้ป่วยนอก และสังเกตอาการ แต่ไม่เกิน 150,000 บาท/ครั้งของการเข้ารับการรักษา โดยจำกัดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วย 1 คนเข้ารับการรักษา ไม่เกิน 2 ครั้ง/1 เดือน หรือ

ผู้ป่วยใน จ่ายไม่เกิน 300,000 บาท/ครั้ง ของการเข้ารับการรักษา และนอนโรงพยาบาล (ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่นอนโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ)

2.2 กรณีเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน

**** จ่ายเป็นครั้งๆ ตามที่หน่วยบริการรับส่งต่อรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน**

ไม่เกิน 300,000 บาท/ครั้ง ของการเข้ารับการรักษา และ นอนโรงพยาบาล (ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่นอนโรงพยาบาลในปีงบประมาณ)

บริการกรณีเฉพาะประกอบด้วย

1. ปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

- 1.1 OP-AE ข้ามจังหวัด
- 1.2 OP กรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น
- 1.3 OP refer ข้ามจังหวัด
- 1.4 ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ
- 1.5 สิทธิว่าง (ยกเว้นเด็กแรกเกิด) / เสียชีวิตก่อนลงทะเบียน / ประกันสังคม
IP-PUC / IPPRCC / SSS (DRGv5)

2. เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

- 2.1 ยาละลายลิ่มเลือด (STEMI, Stroke)
- 2.2 Chemo/Radio-OP&IP
- 2.3 Cataract [all] รวมเลนส์
- 2.4 ทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปาก แหว่งเพดานโหว่ 
- 2.5 บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง/กรณีเหตุสมควร/กรณีเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประชาชน

3. เพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

- 3.1 Instrument - OP&IP  (ข้อเข้าเทียม, PCI)
- 3.2 Hyperbaric O2 - OP&IP
- 3.3 Corneal transplantation (สักรองดวงตา)
- 3.4 การปลูกถ่ายอวัยวะ (Liver transplant ในเด็ก, Heart transplant, Hematopoietic stem cell transplant) 

4. จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

- 4.1 ยา Methadone - MMT 
- 4.2 ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง
(ยา จ. 2 (รวมสารประกอบจากเลือดสำหรับผู้ป่วย Hemophilia), ยา CL, ยากำพร้า) 

5. โรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

- 5.1 Thalassemia (ยาขับเหล็กและให้เลือด ในผู้ป่วยรุนแรง)
- 5.2 Tuberculosis
- 5.3 การดูแลแบบประคับประคอง 
- 5.4 การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก 

สิ่งที่เปลี่ยนแปลงปี 2564

ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
- เหม่าจ่ายค่าบริการตามระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 4,000-9,000 บาท จ่ายเมื่อเสียชีวิต	- เหม่าจ่ายค่าบริการตามระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย จ่ายทุกเดือน จนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต และ/หรือ ไม่เกิน 6 เดือน - กำหนดรหัสโรคเรื้อรังตามที่กรมการแพทย์กำหนด + รหัสการวินิจฉัย Palliative care (Z51.5) + รหัสการ ทำ Advance care plan (Z71.8) - กำหนดการ ลงทะเบียนผู้ป่วย - กำหนดชุดข้อมูลที่หน่วยบริการต้องบันทึก และจัดส่งสำหรับการเยี่ยมแต่ละครั้ง  Document



หมายเหตุ * เมื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ 7x7 และ คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนแล้ว จะแจ้งให้ทราบต่อไป

การเหมาจ่ายค่าบริการตามระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การดำเนินการ	ปี 2563	ปี 2564
กำหนดรหัสโรคเรื้อรังที่สามารถเบิกจ่าย Palliative care for end of life care ได้		
กำหนดรหัสการวินิจฉัย Palliative care (Z 51.5)		
กำหนดรหัสการทำ Advance care plan (Z 71.8)		
กำหนดการลงทะเบียนผู้ป่วย		
กำหนดชุดข้อมูลที่หน่วยบริการต้องบันทึกและจัดส่งสำหรับการเยี่ยมแต่ละครั้ง		

ร่าง การจ่ายค่ายา *

การดำเนินการ	ปี 2563	ปี 2564
กำหนดให้มีการแยกจ่ายค่ายา Opioid		
กำหนดรายชื่อหน่วยบริการที่มีสิทธิเบิกชุดเชยจ่ายยา Opioid		

* เมื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ 7x7 และคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนแล้ว จะแจ้งให้ทราบต่อไป

แนวทางการจ่ายค่าบริการ Palliative care for end of life care

1 ค่าบริการตามระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลา ที่ดูแลผู้ป่วย	ค่าบริการ Fix cost (บาท) *	ค่าบริการ รายเดือน (บาท) **	รวม (บาท)
ภายใน 30 วัน	3,000	1,000	4,000
ภายใน 60 วัน	3,000	1,000 + 1,000	5,000
ภายใน 90 วัน	3,000	1,000 + 1,000 + 1,000	6,000
ภายใน 120 วัน	3,000	1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000	7,000
ภายใน 150 วัน	3,000	1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000	8,000
ตั้งแต่ 151 วัน ขึ้นไป	3,000	1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000 + 1,000	9,000

- * จ่ายเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต จ่ายให้หน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยล่าสุด
- ** จ่ายทุกเดือน เมื่อมีบริการดูแลผู้ป่วย และหยุดจ่ายเมื่อครบ 6 เดือน

หมายเหตุ

กรณีที่ได้รับอนุมัติให้จ่ายค่ายา Opioid และ/หรือ กัญชา เพิ่มเติม สปสช. จะแจ้งรายละเอียดให้ทราบต่อไป

2 ร่าง ค่ายา Opioid

รายการ	เงื่อนไข
อัตราจ่าย	750 บาท/คน/เดือน
ระยะเวลา ที่จ่าย	จ่ายให้ทุกเดือนจนกว่า ผู้ป่วยจะเสียชีวิต

เมื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ 7x7 และคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน แล้ว จะแจ้งให้ทราบต่อไป

เงื่อนไขการจ่าย

หน่วยบริการ

จ่ายให้หน่วยบริการที่มีการจัดทำ **Advance care plan** และมีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เงื่อนไขการเบิกจ่าย

- กลุ่มโรคตามที่กรมการแพทย์กำหนด
- มีรหัสการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (**Z51.5**)
- มีรหัสการทำ Advance care plan (**Z71.8**)
- มีการ**รายงานกิจกรรม**ในการดูแลที่บ้าน
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 3 วันหลังจากวันลงทะเบียน ถือว่าไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการการดูแลแบบประคับประคอง
- กรณีผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องจากปี 2563 ให้หน่วยบริการเข้าไปลงทะเบียน ครั้งแรก คือ วันที่ 1 ต.ค.2563 และ บันทึกการไปดูแลที่บ้านทุกครั้งตามจริง

อัตราจ่าย

ค่าบริการรายเดือน : อัตรา 1,000 บาท/คน/เดือน จนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต และ/หรือ ไม่เกิน 6 เดือน
ค่าบริการ Fix cost : อัตรา 3,000 บาทเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต โดยตรวจสอบกับฐานทะเบียนราษฎร

การลงทะเบียนผู้ป่วย

1. หน่วยบริการต้องบันทึกการลงทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ในโปรแกรม E-claim โดยบันทึกในหน้า F1 ช่อง “วันที่ให้บริการ” ดังนี้
 - 1.1 การบันทึกข้อมูลครั้งแรก ในหน้า F1 ช่องวันที่ให้บริการ ให้ลงบันทึกเป็น**วันที่ลงทะเบียน**
 - 2.2 การบันทึกข้อมูลครั้งต่อไป ในหน้า F1 ช่องวันที่ให้บริการ ให้ลงบันทึกเป็น**วันเดียวกับวันดูแลผู้ป่วยที่บ้าน**
2. หน่วยบริการที่บันทึกการลงทะเบียน ต้องเป็นหน่วยบริการที่เป็นผู้ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนี้
 - 2.1 กรณี**ผู้ป่วยใหม่**ในปีงบประมาณ 2564
 - 1) กรณีหน่วยบริการที่รักษา**เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านเอง** กำหนดให้วันลงทะเบียนเป็น**วันเดียวกับวันที่จำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล**
 - 2) กรณีมีการ**ส่งต่อผู้ป่วย**ให้หน่วยบริการอื่นดูแล กำหนดให้**หน่วยบริการที่รับส่งต่อ**เป็นผู้ส่งข้อมูลลงทะเบียนผู้ป่วยโดย**ระบุวันลงทะเบียนเป็นวันเดียวกับวันที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านครั้งแรก**
 - 2.2 กรณีผู้ป่วยที่หน่วยบริการดูแลต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2563 และเป็นไปตามหลักเกณฑ์แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการของปีงบประมาณ 2564 ให้หน่วยบริการบันทึกวันที่ลงทะเบียนในหน้า F1 **ครั้งแรก คือวันที่ 1 ตุลาคม 2563**
 - 2.3 กรณีที่มีหน่วยบริการส่งข้อมูลบริการมากกว่า 1 แห่งในผู้ป่วยรายเดียวกันและเป็นบริการดูแลที่บ้านในเดือนเดียวกัน สปสช.จะพิจารณาจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการแรกที่ส่งข้อมูลถูกต้องครบถ้วน
 - 2.4 กรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 3 วันหลังจากการลงทะเบียนถือว่าไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการการดูแลแบบประคับประคอง จะไม่ได้รับค่าบริการตามที่กำหนด

การลงทะเบียนผู้ป่วย เพื่อการเบิกจ่าย

ให้หน่วยบริการลงทะเบียนใน
โปรแกรม e-Claim ที่หน้า F1
โดยระบุวันที่ลงทะเบียนในช่อง
วันที่เข้ารับบริการ โดย

- 1) กรณีผู้ป่วยใน (หน่วยบริการ
ดูแลผู้ป่วยที่บ้านเอง) วันที่
Register เป็นวันที่ D/C
- 2) กรณีหน่วยฯ ส่งต่อให้หน่วยฯ
อื่นดูแลผู้ป่วย ให้วันวันที่
Register เป็นวันเดียว กับวันที่
เยี่ยมบ้านครั้งแรกของหน่วยฯ
นั้น

บันทึกข้อมูลทั่วไป หน้า F1

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การผ่าตัดหัตถการ(F3) ค่าใช้จ่ายสูง(F4) มะเร็ง(F5) Palliative Care(F6) ค่ารักษาพยาบาล(F7) ค่ารักษาพยาบาล OP Refer(F8)

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยนอก

เลขประจำตัวผู้ป่วย(HN) :	ประเภทบัตร :	หมายเลขบัตร :	คำแนะนำ :	ชื่อผู้ป่วย :	นามสกุลผู้ป่วย :
	1 บัตรประชาชน	0-0000-00000-00-0	1 ค.ช.		
วันเกิด :	เพศ :	แผนการรักษา :	สถานภาพ :	สัญชาติ :	อาชีพ :
/ /	ชาย	0	1 โสด	099 ไทย	000 (-)

ข้อมูลสิทธิ

สิทธิประโยชน์ :	เงื่อนไขการเรียกเก็บ :	การใช้สิทธิ :	โครงการพิเศษ :
UCS สิทธิ UC	กรุณาเลือก	☒ ใช้สิทธิ ☐ ไม่ใช้สิทธิ	
หน่วยบริการหลัก :	จังหวัดตามบัตรทอง :		เขต(สปสช.) :
รหัส Claim Code / เลขอนุมัติ :			

ข้อมูลหน่วยบริการ

วันที่เข้ารับบริการ :	เวลา :	☐ มีการส่งต่อ	เลขที่ใบรับส่งต่อ :
/ /	: :		
จาก(ถึง) :	หน่วยบริการที่รับส่งต่อ		
	รับจาก :		
วัตถุประสงค์ :	☐ วินิจฉัย ☐ รับรักษา ☐ รับไว้รักษาต่อเนื่อง(ส่งกลับ) ☐ ตามความต้องการผู้ป่วย		
ส่งไปยัง :	☐ วินิจฉัย ☐ รับรักษา ☐ รับไว้รักษาต่อเนื่อง(ส่งกลับ) ☐ ตามความต้องการผู้ป่วย		

กิจกรรมบริการ

หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลหน้า F7 ทุกครั้งที่ไปให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน อย่างน้อย 1 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

- การให้ยา Morphine
- การทำแผล
- การให้ออกซิเจน
- การให้คำแนะนำญาติในการสังเกตอาการผิดปกติ และการดูแลผู้ป่วย
- การประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อมีการปรับการรักษา

บันทึกข้อมูล หน้า F7

ข้อมูลทั่วไป(F1) การวินิจฉัยโรค(F2) การผ่าตัดหัตถการ(F3) ค่าใช้จ่ายสูง(F4) มะเร็ง(F5) Palliative Care(F6) ค่ารักษาพยาบาล(F7) ค่ารักษาพยาบาล OP Refer(F8)

รายการค่าบริการทางการแพทย์				เบิกได้	เบิกไม่ได้
ค่าห้อง/ค่าอาหาร :				0.00	0.00
อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา :				0.00	0.00
ค่าพาหนะและบริการอื่น ๆ ที่ยังไม่จัดหมวด				0	0.00
รหัสรายการ :				0	0.00
หน่วย :				0	0.00
พึงเบิกได้ :				0	0.00
จำนวนวันที่ขอเบิก :				0	0.00
รายการ :				0	0.00
หน่วย :				0	0.00
รายการ :				0	0.00
หน่วย :				0	0.00
รายการ :				0	0.00
หน่วย :				0	0.00
รายการ :				0	0.00
หน่วย :				0	0.00

บันทึกกิจกรรมบริการ

- การให้ยา Morphine
- การทำแผล
- การให้ออกซิเจน
- การให้คำแนะนำญาติในการสังเกตอาการผิดปกติ และการดูแลผู้ป่วย (Cons0001)
- การประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อมีการปรับการรักษา (Eva0001)

การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

*** Rare disease** เพิ่มกลุ่มโรคได้ตามสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มขึ้น อยู่ระหว่างรอนำข้อเสนอเข้าคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน รายละเอียดเพิ่มเติม สปสช. จะแจ้งให้ทราบต่อไป

โรคที่มีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก Disorders of small molecules

	รายชื่อโรค	ICD 10	ORPHA		รายชื่อโรค	ICD 10	ORPHA
1	Organic aciduria (acidemia)	E71.1	289899	13	Arginase deficiency (argininemia)	E72.2	90
2	Propionic acidemia	E71.1	35	14	Disorders of Fatty acid oxidation and ketogenesis	E71.3	309115
3	Methylmalonic acidemia	E71.1	27	15	Disorders of Carnitine cycle and Carnitine transport	E71.3	309130
4	Cobalamine defect	E71.1	26	16	Systemic primary carnitine deficiency	E71.3	158
5	Isovaleric acidemia	E71.1	33	17	Phenylketonuria	E70.0, E70.1	716
6	Glutaric acidemia type 1	E72.3	25	18	Tetrahydrobiopterin (BH4) deficiency	E70.1	238583
7	Maple syrup urine disease (MSUD)	E71.0	511	19	Other specified disorders of amino acid metabolism	E72.8	394; 407
8	Urea cycle disorders, unspecified enzyme defect	E72.2	79167	20	NICCD (Neonatal intrahepatic cholestasis by citrin deficiency)	E72.2	247598
9	Ornithine transcarbamylase (OTC) deficiency	E72.4	664	21	Citrullinemia type 2	E72.2	247585
10	NAGS deficiency	E72.2	927	22	Multiple carboxylase deficiency: Biotinidase deficiency	E53.8	79241
11	Citrullinemia type 1	E72.2	247525	23	Multiple carboxylase deficiency: Holocarboxylase deficiency	E53.8	79242
12	Argininosuccinic aciduria (ASS deficiency)	E72.2	23	24	Tyrosinemia type 1	E70.2	882



ข้อเสนอศูนย์โรคหายาก และเครือข่ายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

สปสช.

เขต 1,6

1. รพ.จุฬาลงกรณ์

- ศ.นพ.วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์ , ศ.ตร.พญ.กัญญา ศุภพิติพร
- อ.พญ.ปองหทัย ดำรงผล , อ.นพ.วุทธิชาติ กมลวิศิษฐ์

- อ.นพ.ประสิทธิ์ เผ่าทองคำ

เขต 3,5

2. รพ.ศิริราช

- รศ.นพ.นิธิวัชร วัฒนวิจารณ์
- ผศ.พญ.อัจฉรา เสถียรกิจการชัย

- อ.นพ.ชนินทร์ ลิมวงศ์
- รศ.นพ.มานพ พิทักษ์ภากร

เขต 9,10

3. รพ.รามธิบดี

- ศ.พญ.ดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล
- ผศ.พญ.ทิพย์วิมล ทิมอรุณ

- รศ.นพ.ฉันทชัย สุระ
- อ.พญ.อัจฉรา ชัญธีรธรรม

เขต 12

4. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ

- ศ.คลินิก นพ.สุทธิพงษ์ ปังคานนท์
- อ.พญ.จุฬาลักษณ์ คุปตานนท์

เขต 2

5. รพ.พระมงกุฎเกล้า

- พ.อ.นพ.บุญชัย บุญวัฒน์
- ร.อ.นพ.ทิม เพชรทอง

- พ.อ.ผศ.นพ.กิตติ บุรณวุฒิ

เขต 4,11

6. รพ.ธรรมศาสตร์

- ผศ.พญ.กิตติวรรณ โรจนเนืองนิตย์

เขต 7,8

7. รพ.ศรีนครินทร์ ขอนแก่น

- ผศ.นพ.กฤษณ วิชาจารย์

สำหรับเขต 13 กทม. รักษาในศูนย์โรคหายากตาม
ความสมัครใจของผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษาเบื้องต้น

แพทย์ดูแลผู้ป่วยเด็ก 14 คน

แพทย์ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 6 คน



ค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์

1) ค่าตรวจวินิจฉัยแยกกลุ่มเสี่ยงตามเงื่อนไข โดยเป็นการจ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ดังนี้

- TMS : Comprehensive metabolic test = 3,500
- Plasma : Amino acid analysis = 3,500
- GC/MS : Urine organic acid = 3,500

2) ค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก จ่ายแบบเหมาจ่าย โดย

- กลุ่ม A = 300,000 บาทต่อคนต่อปี
- กลุ่ม B = 50,000 บาทต่อคนต่อปี

3) ค่าพาหนะรับส่งต่อส่งกลับ (ส่งต่อ ส่งกลับไปยังรพ. (OP,IP) หรือชุมชน) เป็นไปตามอัตราที่มีการดำเนินการ และ/หรือที่ สปสช. กำหนด

กลุ่ม A

- Other Organic aciduria (acidemia)
- Propionic acidemia
- Methylmalonic acidemia
- Cobalamin defect
- Isovaleric acidemia
- Glutaric acidemia type 1
- Maple syrup urine disease (MSUD)
- Urea cycle disorders, unspecified enzyme defect
- Ornithine transcarbamylase (OTC) deficiency
- NAGS deficiency
- Citrullinemia type 1
- Argininosuccinic aciduria (ASS deficiency)
- Arginase deficiency (argininemia)
- Phenylketonuria
- Other specified disorders of amino acid metabolism
- NICCD (Neonatal intrahepatic cholestasis caused by citrin deficiency)
- Citrullinemia type 2
- Tyrosinemia type 1

กลุ่ม B

- Disorders of Fatty acid oxidation and ketogenesis
- Disorders of Carnitine cycle and Carnitine transport
- Systemic primary carnitine deficiency
- Tetrahydrobiopterin (BH4) deficiency
- Multiple carboxylase deficiency: Biotinidase deficiency 23) Multiple carboxylase deficiency: Holocarboxylase deficiency
- Multiple carboxylase deficiency: Holocarboxylase deficiency

ขอบคุณครับ...

นายณัฐธร มโนวร (ตัม)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่

<http://chiangmai.nhso.go.th/>

E-mail : cmi.oppp@hotmail.com

โทรศัพท์ : 053-285355 ต่อ 5044

มือถือ : 090-1975145



หมายเหตุ : ***กรณีที่โทรไม่ติด/ไม่ได้รับสาย กรุณาใช้มือถือส่วนตัวโทรเข้ามาอีกครั้ง...***