

Three lit candles are shown against a dark background. The candle on the left is a thick, white pillar candle with a scalloped top. The two candles on the right are smaller, round, reddish-brown candles. All three have bright yellow flames.

การบริหารจัดการกองทุนไต เอดส์/TB โรคฉะพาะ ปีงบประมาณ 2560



หน่วยบริการในระบบหลักประกัน

หน้าที่

1. ให้บริการผู้ป่วยสิทธิบัตรประกันสุขภาพที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการ
2. ให้บริการผู้ป่วยที่รับส่งต่อ
3. ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน ทุกกรณี
4. ให้บริการผู้ป่วยสิทธิว่าง



หน่วยบริการเปลี่ยนชื่อ

ดำเนินการดังนี้

1. หนังสือขอเปลี่ยนชื่อหน่วยบริการ
2. ส.พ. 7 ฉบับเก่าและใหม่ อย่างละ 1 ชุด
3. ส.พ. 19 ฉบับเก่าและใหม่ อย่างละ 1 ชุด
4. เอกสารแสดงการเปลี่ยนชื่อจากสำนักนโยบายนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



การคงสถานะของหน่วยบริการ

โปรแกรม CPP

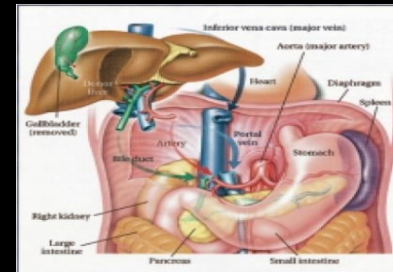
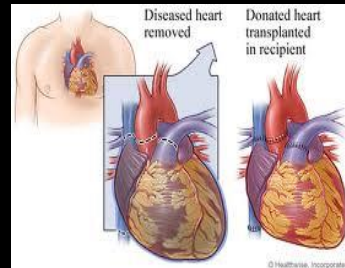
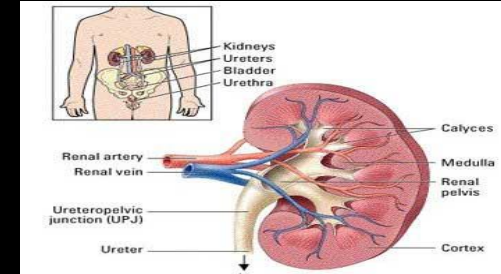
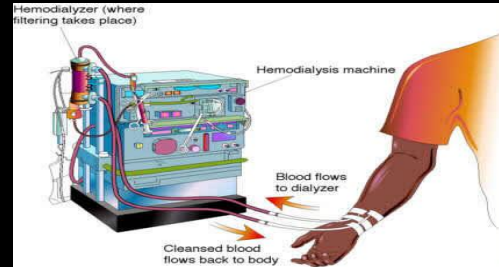
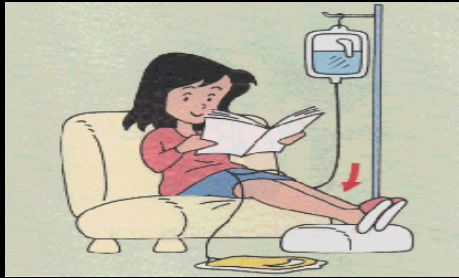
—บันทึกข้อมูลทั่วไป

—บันทึกคะแนนการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็น
หน่วยบริการประจำ

- หน่วยบริการบันทึกคะแนนที่ประเมินตนเอง
- หน่วยที่ สปสช. ลงตรวจให้นำคะแนนที่ คทง.บันทึก

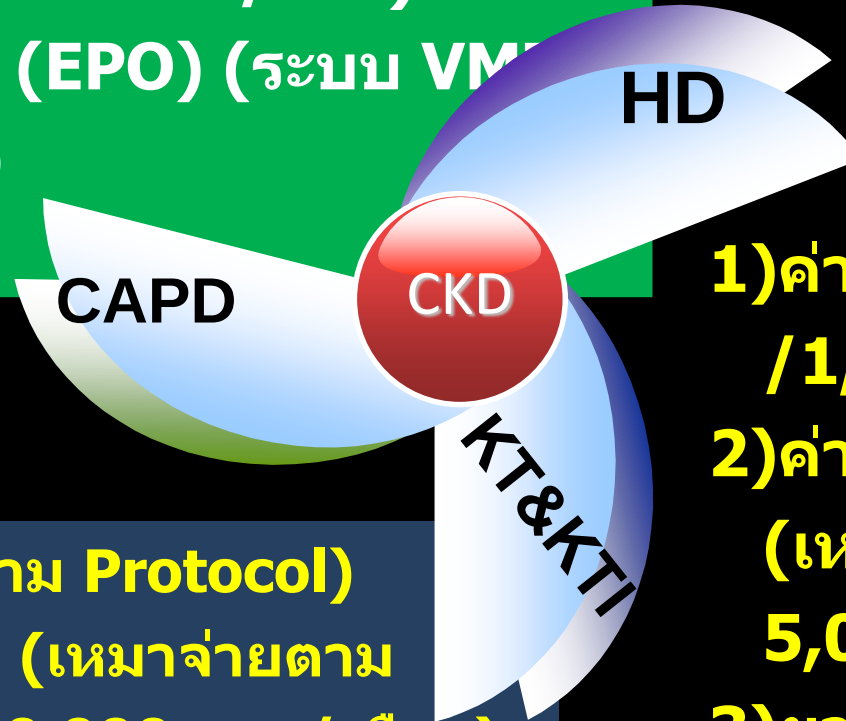
ทั้งนี้บันทึกเสร็จสิ้นวันที่ 31 ตุลาคม 2559

การบริหารงบไตวายเรื้อรัง



ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ปี 2560

- 1)ค่าบริการเหมาจ่ายอัตรา 2,500 บาท/ราย/เดือน
- 2)ค่าฟอกเลือดชั่วคราว (1,500 บาท/ครั้ง)
- 3)ยาเพิ่มระดับเม็ดเลือดแดง (EPO) (ระบบ VMI)
- 4)น้ำยา CAPD (ระบบ VMI)
- 5)สาย TK (ระบบ VMI)



- 1)ค่าบริการฟอกเลือด (1,500 /1,700 บาท /ครั้ง)
- 2)ค่าเตรียมเส้นสำหรับฟอกเลือด (เหมาจ่ายตามชนิดที่ทำ อัตรา 5,000 - 22,000 บาท)
- 3)ยาเพิ่มระดับเม็ดเลือดแดง (EPO) (ระบบ VMI)

- 1)ค่าบริการผ่าตัด (เหมาจ่ายตาม Protocol)
- 2)ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัด (เหมาจ่ายตาม Protocol อัตรา 15,000 - 30,000 บาท/เดือน)
- 3)ค่าผ่าตัดนำอวัยวะออกจากผู้ป่วยโรคสมองตาย (วงเงิน 40,000 บาทต่อราย)



หลักเกณฑ์และแนวทางการบริหารจัดการปี 2560 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

1. ยกเลิกการจ่ายค่าบริการจัดการยา EPO (50 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 200 บาท)
2. ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(HD) ไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์
3. ผู้ป่วยล้างไตผ่านทางช่องท้องที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตและต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ให้รวมใน IP-ทั่วไป



การจ่ายค่าบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ&ปลูกถ่ายตับในเด็ก

เหมือนปี 2559

- ค่าใช้จ่ายในการให้บริการผ่าตัด
 - จะจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด
 - เป็นไปตามแบบแผนการรักษา (Protocol) ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยเสนอ
- ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด กรณีภาวะแทรกซ้อน
- ค่ายากดภูมิคุ้มกัน



การบริหารงบประมาณเอ็ดส์/วัณโรค ปีงบประมาณ 2560

บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

สิทธิประโยชน์	การชดเชย
บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและยาลดไขมันในเลือด	เช่นเดียวกับปีงบประมาณ 2559
บริการยาต้านไวรัส สูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา	
บริการยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก (PMTCT)	
บริการยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังสัมผัสโรคในกรณี สัมผัสเชื้อเอชไอวีจากการ ทำงานการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (OCC-PEP)	
บริการยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกรณีเป็นผู้ถูกล้วงละเมิดทางเพศ	
บริการยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส	
บริการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ	เช่นเดียวกับปีงบประมาณ 2559
บริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อโดยสมัครใจ	เช่นเดียวกับปีงบประมาณ 2559



จัดสรรงบประมาณฯ Q1 ปีงบประมาณ 2560

งบประมาณ : 1,487,937 บาท



ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส เป้าหมาย : 86.50 %

สูตรการคำนวณ: $\frac{\text{จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ ที่ได้รับยาต้านไวรัส} \times 100}{\text{จำนวนผู้ที่มีผลตรวจ Anti-HIV positive และผู้ที่ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบ NAP ที่ยังมีชีวิตอยู่}}$

เกณฑ์การให้คะแนน: $\geq 86.50 = 5$

$86.25 - 86.49 = 4$

$86.00 - 86.24 = 3$

$85.75 - 85.99 = 2$

$85.50 - 85.74 = 1$

ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้น และติดตามผลสำเร็จการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส ตามสิทธิประโยชน์

และแนวทางการดูแลรักษา

บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ด้วยยารักษาวัณโรค

1. การสนับสนุนการรักษาวัณโรคด้วยยารักษาวัณโรค/เงินค่ายา

- ผู้มีสิทธิขอรับบริการ : บุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลข 13 หลัก สิทธิ UC หรือสิทธิว่าง
- **การบริหารจัดการยาวัณโรค ปีงบประมาณ 2560**

การชดเชย	หน่วยงาน
ชดเชย <u>เป็นยารักษาวัณโรค</u>	หน่วยบริการในระบบหลักประกันยกเว้น UHOSNET
ชดเชย <u>เป็นเงินค่ายารักษาวัณโรค</u>	หน่วยบริการสังกัด UHOSNET

- การเบิกชดเชย : หน่วยบริการเบิกชดเชยเพนยา / คายารักษาวัณโรค โดยบันทึกขอมูลการให้บริการในระบบ TB Data Hub

บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ด้วยยารักษาวัณโรค

2. เพิ่มการสนับสนุนการรักษาการติดเชื้อระยะแฝง สำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

- ผู้มีสิทธิขอรับบริการ : เด็กอายุไม่เกิน 5 ปีที่สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค สัญชาติไทย มีเลข 13 หลักสิทธิ UC หรือสิทธิว่าง

การชดเชย	หน่วยงาน
ชดเชย <u>เป็นยา</u> Isoniazid	หน่วยบริการในระบบหลักประกัน ยกเว้น UHOSNET
ชดเชย <u>เป็นเงิน</u>	หน่วยบริการสังกัด UHOSNET

- การเบิกชดเชย : หน่วยบริการเบิกชดเชยเป็นยา/ค่ายารักษาวัณโรค โดยบันทึกขอมูล
การให้บริการในระบบTB Data Hub

บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ด้วยยารักษาวัณโรค

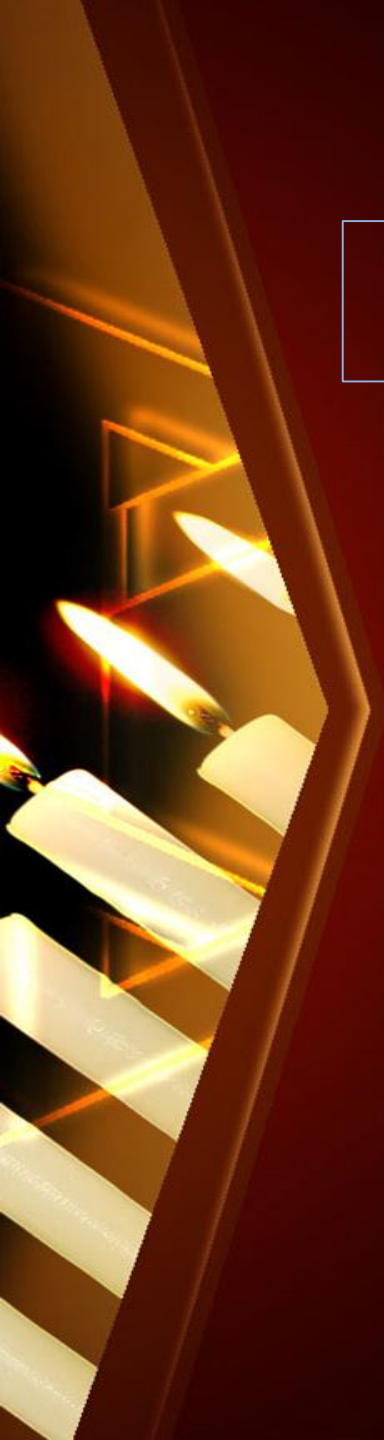
3. การกำกับการกินยารักษาวัณโรค (DOT)

- **ผู้มีสิทธิขอรับบริการ** : บุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลข 13 หลัก มีสิทธิหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่างและเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- **สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ** : บริการการกำกับการกินยา (DOT) อย่างต่อเนื่อง

4. การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

- **ผู้มีสิทธิขอรับบริการ** :
 - บุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลข 13 หลัก
 - บุคคลที่มีอาการสงสัยวัณโรคและกลุ่มที่มีอาการแสดงที่เขาได้กับวัณโรคหรือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะป่วยเป็นวัณโรค

*****โดยบันทึกข้อมูล การให้บริการในระบบ TB Data Hub*****



การจัดสรรงบ DOT&ACF

งบประมาณ : 6,661,464 บาท

บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ด้วยยารักษาวัณโรค

งบประมาณ แฉ่งภายในเดือนตุลาคม 2559

5. การคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ

- ผู้มีสิทธิขอรับบริการ
 - บุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลข 13 หลัก
 - เปนผูดองซัง

*****บันทึกข้อมูล การให้บริการในระบบ TB Data Hub*****



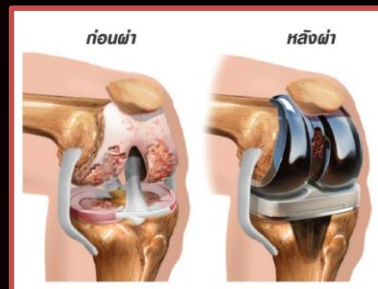
ผ่าตัดข้อเช่า PCI

การผ่าตัดข้อเข่าปี 60

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

๒๗.๑.๔ การจ่ายค่าบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และ instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อที่มีศักยภาพ
การให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

41 หน่วย



เงื่อนไขการจ่ายชดเชยกรณีการผ่าตัดข้อเข่า

1. เบิกได้เฉพาะ หน่วยบริการที่กำหนดตามประกาศฯ

กรณีไม่ใช่หน่วยที่กำหนด ➡ ติด Deny : D39

1,196 เข่า

2. การเบิกอุปกรณ์ข้อเข่า (รหัส 7004,7005)

2.1 Project Code : GPOM17 เบิกในระบบ VMI

2.2 Project Code : KNEE17 ชดเชยเป็นค่าข้อเข่า

*****กรณีไม่มี Project code หรือ ไม่บันทึกรหัสข้อเข่า ติด: C194*****

เงื่อนไขการจ่ายชดเชยกรณีการผ่าตัดข้อเข่า

3. ผู้รับบริการ

3.1 อายุ > 55 ปี จ่ายทุกกรณี

3.2 อายุ <= 55 ปี

1) Primary OA (M170,171,179) ต้องมีการ Pre-authorize และ
ข้อมูลส่ง e-claim ทุกวันที่ 1 ของเดือน กรณีที่ไม่มี Pre-authorize ** ข้อมูล
จะติด Deny D38 **

2) นอกเหนือจากข้อ 1) กรณี Secondary OA/Trauma
(M172,M173,M174,M175) ไม่ต้อง
Pre-authorize จ่ายชดเชยตามระบบปกติ

การจ่ายชดเชยกรณีผ่าตัดข้อเข่า

1. จ่ายเงินชดเชยค่าผ่าตัด ตาม
กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

+

หรือ

2. จ่ายชดเชยค่าข้อเข่าเทียมกรณีรพ. ไข้เอง

- ส่งข้อมูลการรักษา และการใช้ข้อเข่า ในโปรแกรม e-Claim
- บันทึกรหัสโครงการพิเศษ (Project Code) : KNEE17
- บันทึกรหัสอุปกรณ์ (รหัส 7004,7005)

** ถ้าไม่บันทึกข้อมูลจะไม่ผ่าน (ติด C194) **

3. รพ.ใช้ข้อเข่าในระบบ VMI

- ส่งข้อมูลการรักษาและการใช้ข้อเข่าในโปรแกรม e-Claim
- บันทึกรหัสโครงการพิเศษ (Project Code) : GPOM17
- บันทึกรหัสอุปกรณ์ (รหัส 7004,7005)

ถ้าไม่บันทึกข้อมูลจะไม่ผ่าน (ติด C194)



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

๒๗.๑.๓ การจ่ายสำหรับการบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน
(Percutaneous Coronary Intervention: PCI) (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และ instruments) ให้จ่าย
เฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน PCI ในระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

เงื่อนไขการจ่ายชดเชยกรณี PCI

1. หน่วยบริการ (Hcode)

ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน การทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี ผ่านสายสวนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2559

*****กรณีหน่วยบริการที่ได้ DRGs กลุ่ม PCI แต่ไม่มีชื่อในฐานทะเบียนฯ**

>> ปฏิเสธการจ่ายชดเชย (Deny G33)***

G33 ไม่ใช่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเฉพาะด้าน PCI หากให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินส่งเอกสารเพื่อขอทราบการเบิกจ่ายมาต้นสังกัดจนสนับสนุนระบบบริการโรคหัวใจและหลอดเลือด สปสช

เงื่อนไขการจ่ายชดเชยกรณี PCI

2. การตรวจสอบเงื่อนไขการให้บริการ PCI อ้างอิงจากกลุ่ม DRGs ที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ PCI
3. กรณีหน่วยบริการ ที่ไม่ผ่านการขึ้นทะเบียนหรือยังไม่เข้าร่วมการตรวจประเมินจะไม่ได้รับการจ่ายชดเชย ทั้งกรณีผู้ป่วยในและรายการอุปกรณ์ (Instrument) กรณีให้บริการผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ให้ผู้ตรวจเป็นเอกสารเป็นราย ๆ
4. รายการอุปกรณ์เฉพาะการทำหัตถการ PCI กำหนด 5 รายการ 4301, 4302, 4303, 4304, 4305 เบิกได้เฉพาะหน่วยที่ผ่านการประเมินตามข้อ 1. เท่านั้น

อัตราการจ่ายชดเชยกรณี PCI

1. กรณี IP จ่ายตาม DRGs ในเขต ตามวงเงินผู้ป่วยในระดับเขตรายเดือน มีการหักเงินเดือนของหน่วยงานภาครัฐ

*** ข้ามเขต Adj.RW 9,600 บาทต่อ Adj.RW โดยไม่หักเงินเดือน ***

2. กรณีค่าอุปกรณ์ (Instrument)

2.1 รายการ Stent 4304, 4305 เบิกในระบบ VMI อย่างเดียวเท่านั้น ยกเว้น กรณีมีปัญหาในการใช้ สามารถอุทธรณ์ได้เป็นราย ๆ

2.2 รายการอุปกรณ์อื่น ๆ จ่ายตามเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคาเพดาน

หมายเหตุ : 1. การจ่าย stent และ อุปกรณ์ PCI รหัส 4301, 4302, 4303, 4304, 4305 จะจ่ายให้หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนด้าน PCI แล้วเท่านั้น
2. ข้อมูลบริการ PCI ปี 59 ที่ส่งข้อมูลมาในปี 60 จ่ายตามเงื่อนไขเดิม (ไม่ตรวจฐานขึ้นทะเบียน PCI)

กรณีการเบิกrontเท้าเบาหวาน

๑. หน่วยบริการที่จะเบิกrontเท้าเบาหวานให้เป็นไปตาม ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๕๙

(อยู่ระหว่างดำเนินการของ สำนักกฎหมาย)

***** กรณีไม่ใช่หน่วยบริการตามที่กำหนด ข้อมูลติด C 575*****

หน่วยบริการเบิกrontเท้าเบาหวาน

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

หมายเหตุ :

รหัส ๘๖๑๒ เป็นแผ่นรองเท้าตัดเฉพาะราย ไม่สามารถให้ได้ ใช้ระบบการส่งต่อ หรือ หากมีศักยภาพให้เป็นไปตามข้อ ๓

หน่วยบริการเบิกร่องเท้าเบาหวาน

๓.กรณีหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ไม่เป็นไปตามเงื่อนไข ข้อ (๑) และข้อ (๒) แต่มีศักยภาพในการให้บริการอุปกรณ์ ให้ยีน แบบแสดงความจำนง กรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า

การส่งข้อมูลและการจ่ายชดเชย

- 1.หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่ายภายหลังจากวันที่จ่ายอุปกรณ์ให้กับผู้ป่วยเบาหวานเรียบร้อยแล้ว
2. รหัสโรค (ICD 10) ถูกต้อง ครบถ้วนตามผลการตรวจประเมินความเสี่ยงและข้อบ่งชี้ของแต่ละอุปกรณ์ กรณีรหัสโรค/รหัสหัตถการ ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ ติด Deny I04
3. จ่ายชดเชย ๑ คู่ต่อคนต่อปี โดยนับจากวันที่ได้รับอุปกรณ์ หน่วยบริการสามารถตรวจสอบการเบิกชำรุดได้จากหน้าเว็บ e-Claim เมนู >>ค้นหาข้อมูลผู้ป่วย >> ตรวจสอบการเบิกชำรุด

I04 ICD-10 / ICD-9CM ไม่สัมพันธ์กับรายการ Instrument ที่ขอเบิก

I13 เบิกกรองเท้าเบาหวานมากกว่า 1 คู่/คน/ต่อปี

การถ่ายทอดเชยกรณีการบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะ
ปีงบประมาณ 2560

การให้บริการรักษาเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน
(Stroke Fast Track)



หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1.จ่ายชดเชยการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA และได้รับการตรวจ CT Brain ก่อนและหลัง การฉีดยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือมีการทำกายภาพบำบัดและ/หรือฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด

2.จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่มีศักยภาพตามที่ สปสช กำหนด

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

ค่ายาละลายลิ้มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา
เหมาจ่ายรายละ 49,000 บาท



ผลการตรวจสอบเวชระเบียน 2559

- ขนาดของยาที่แนะนำ 0.9 mg/kg
- หน่วยบริการคำนวณยา เมื่อเป็นเศษจะปัดขึ้น เช่นคำนวณได้ 58.5 mg จะให้ยา 60 mg
ให้ปัดลงเป็น 58 mg

การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

1. บันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim
2. ระบุรหัสโรคของภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน
3. ระบุรหัสหัตถการตามที่กำหนด หัตถการ CT Brain และ Thrombolytic agent และ/หรือการทำกายภาพบำบัดและ/หรือฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. บันทึกการยาละลายลิ่มเลือดตาม Drug Catalog ในหน้าค่ารักษาพยาบาล

การให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevated (STEMI)



หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชุดเซย

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

2.จ่ายชุดเซยให้กับหน่วยบริการที่มีศักยภาพตามที่ สปสช กำหนด

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

1. ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยาเหมาะสมจ่าย รายละ 10,000 บาท
2. ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยาเหมาะสมจ่ายรายละ 49,000 บาท

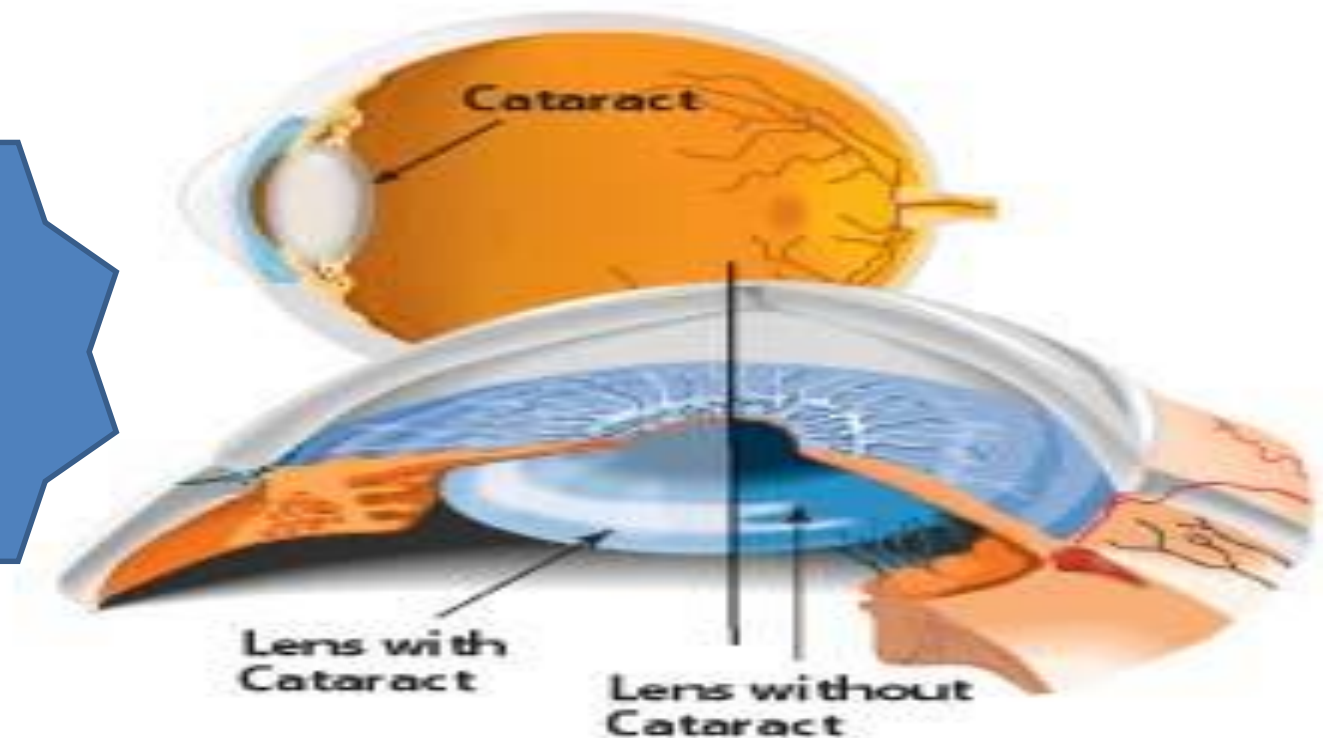


การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

1. บันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim
2. ระบุรหัสโรคของภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
3. ระบุรหัสหัตถการตามที่กำหนด Thrombolytic agent
4. บันทึกรายการยาละลายลิ่มเลือดตาม Drug Catalog ในหน้าคำรักษาพยาบาล

การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก (Cataract) และเลนส์แก้วตาเทียม

7,616
ดวงตา



หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1. จ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดต้อกระจกและค่าเลนส์แก้วตาเทียมให้กับผู้ป่วยเฉพาะกรณีที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ(Senile Cataract)ระดับการมองเห็น (V/A) แย่กว่า 20/200ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป
2. การผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยที่ระดับการมองเห็น (V/A) ดีกว่าหรือเท่ากับ 20/200 จะได้รับการจ่ายชดเชยล่าช้า โดยจะจ่ายทุก 6 เดือน
3. จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการรับส่งต่อใน UC ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ศักยภาพที่กำหนด
4. ผู้ป่วยโรคต้อกระจกประเภทอื่นหรือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมด้วยสาเหตุอื่นๆรับการชดเชยตามระบบ DRGs ปกติ

45 แห่ง

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

1. จ่ายชดเชยค่าผ่าตัดในอัตราเหมาจ่าย

- ❖ การผ่าตัดในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนชดเชย ช้างละ 7,000 บาท
- ❖ การผ่าตัดในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนชดเชย ช้างละ 9,000 บาท
- ❖ การผ่าตัดในรายที่ VA ดีกว่าหรือเท่ากับ 20/200 ชดเชย ช้างละ 5,000 บ.
(จ่ายทุก 6 เดือน)

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

2. จ่ายชดเชยค่าเลนส์แก้วตาเทียมแบบเหมาจ่าย

- เลนส์พับได้ ชดเชยข้างละ 2,800 บ.
- เลนส์แข็ง ชดเชยข้างละ 700 บ.

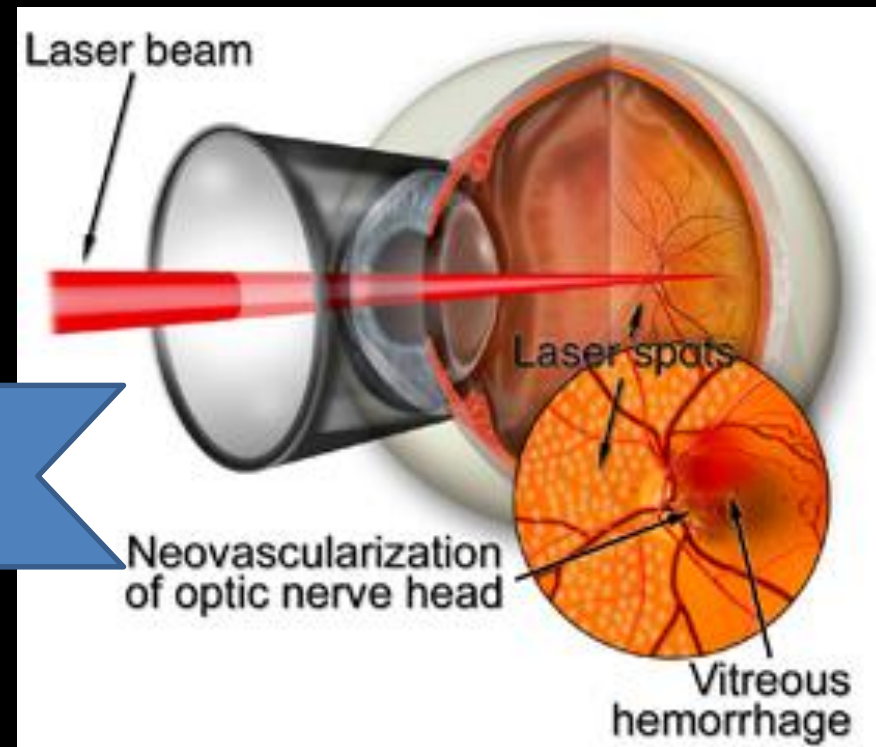
หมายเหตุ:เฉพาะเลนส์ที่อยู่ในประกาศของ สปสช.และชนิดเลนส์ตามรหัส Instrument

การบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย

- 1. บันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim**
- 2. บันทึกการห้สการวินิจฉัยโรคหลักเป็นต้อกระจกในผู้สูงอายุ**
- 3. บันทึกการห้สหัตถการตามที่กำหนด ทั้งนี้การผ่าตัดต้อกระจก 2 ข้าง ต้องระบุ extension code มากับรหัส ICD9-CM ด้วย**
- 4. บันทึกการห้สการวินิจฉัยโรครองที่ระดับสายตา (V/A)**
- 5. บันทึกข้อมูลเบิกเลนส์แก้วตาเทียม ในหน้าค่ารักษาพยาบาลช่องอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา**

การให้บริการรักษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยวิธีเลเซอร์

7 แห่ง



หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีเลเซอร์ ตามมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาพยาธิสภาพที่จอตาจากเบาหวาน ของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย
2. จ่ายชดเชยค่าบริการเลเซอร์ตาในอัตราที่สปสช.กำหนด
3. จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการรักษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยวิธีเลเซอร์

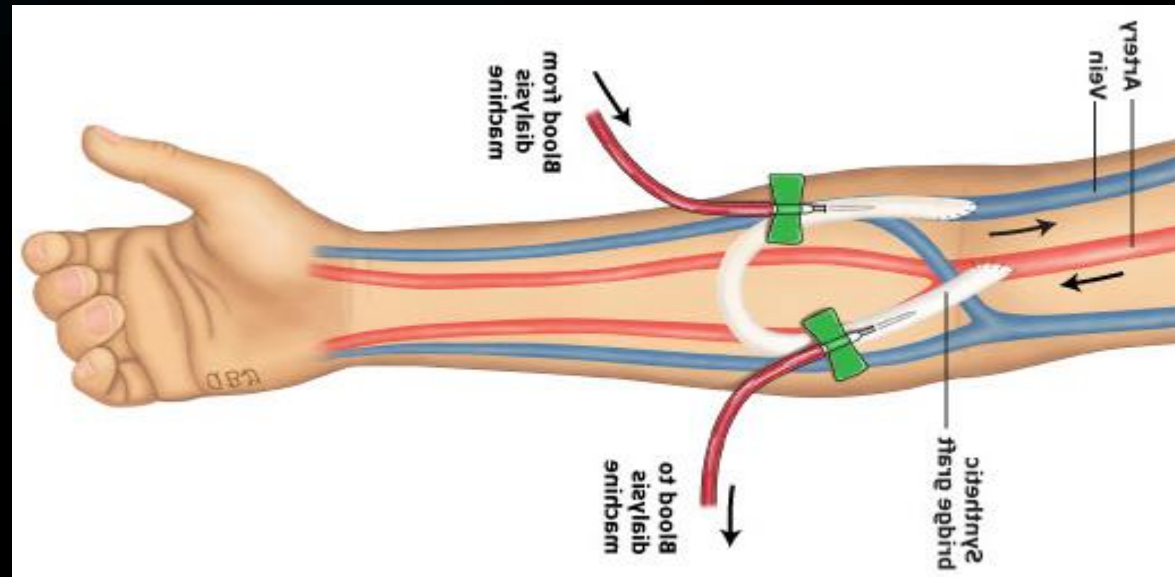
อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

จ่ายเพิ่มเติม (On top) จากการเหมาจ่ายค่าบริการในระบบปกติ ในอัตรา
ครั้งละไม่เกิน 2,000 บาท/ รายไม่เกิน 2 ครั้ง/ ปีงบประมาณ



1. บันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim โดยบันทึกรหัสโครงการ พิเศษDMIDML
2. รหัสการวินิจฉัยโรคหลักเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา
3. รหัสการวินิจฉัยโรคร่วมเป็นภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา diabetic retinopathy
4. ระบุรหัสหัตถการตามที่กำหนด Destruction of choreoretinal lesion by laser photocoagulation
5. บันทึกเบิกในหน้ารักษาพยาบาล หมวดบริการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้จัดหมวดหมู่ โดยบันทึกรหัสเบิก DMIDML ระบุจำนวนครั้งและจำนวนเงินที่ขอเบิก

การให้บริการกรณีทำเส้นสำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Vascular Access)



หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

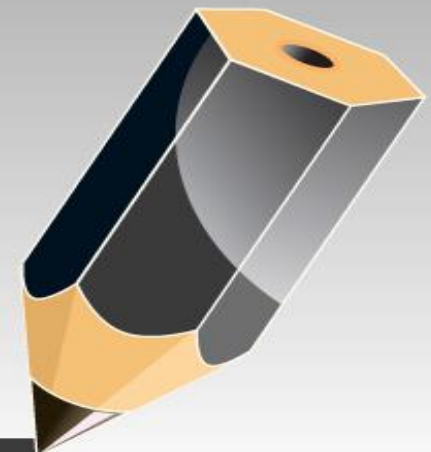
1. จ่ายชดเชยค่าบริการกรณีทำเส้นสำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Vascular Access) ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
2. จ่ายชดเชยตามชนิดของเส้นที่ทำในอัตราที่สปสช.กำหนด
3. จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการเท่านั้น

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงที่เรียกเก็บ แต่ไม่เกินเพดานราคาที่กำหนด ตามชนิดของเส้นที่ทำรายการละ 1 ครั้ง/ปีงบประมาณ

ชนิด	อัตราจ่ายชดเชย (บาท)
Tunneled cuffed catheters (TCC)	12,000
Arterovenous fistula (AVF)	8,000
Arterovenous graft (AVG)	22,000 (หัตถการ 8,000 + graft 14,000)
Tempolary double lumen catheter (TDC),	5,000
ค่าซ่อมเส้น (AVF, AVG)	8,000 บาท/ปี

แนวทางการบริหารจัดการงบประมาณ โครงการการดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง Hemophilia



หลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยค่าบริการ

1. กรณีเลือดออกในระยะเริ่มต้น(Early Bleeding)

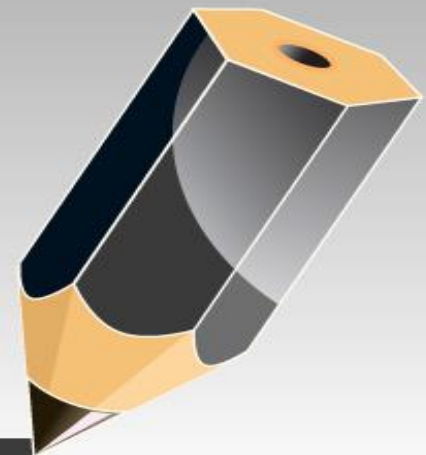
1.1 จะจ่ายให้หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคที่ได้ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ในอัตรา
สำหรับผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย A

ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 10 ปี

» Severe	-	288,000	บาท/คน/ปี
» Moderate	-	144,000	บาท/คน/ปี
» Mild	-	36,000	บาท/คน/ปี

ผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป

» Severe	-	288,000	บาท/คน/ปี
» Moderate	-	144,000	บาท/คน/ปี
» Mild	-	72,000	บาท/คน/ปี



หลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยค่าบริการ

1. กรณีเลือดออกในระยะเริ่มต้น(Early Bleeding)

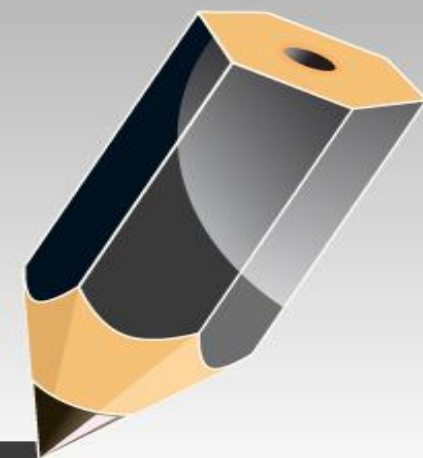
1.2 จะจ่ายให้หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรคที่ได้ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ในอัตรา
สำหรับผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย B

ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 10 ปี

» Severe	-	226,800	บาท/คน/ปี
» Moderate	-	151,200	บาท/คน/ปี
» Mild	-	75,600	บาท/คน/ปี

ผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป

» Severe	-	302,400	บาท/คน/ปี
» Moderate	-	151,200	บาท/คน/ปี
» Mild	-	75,600	บาท/คน/ปี



หลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยค่าบริการ

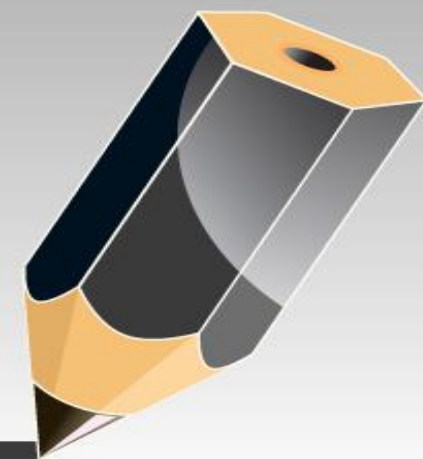
2. กรณีเพื่อรักษาอาการเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน (Life Threatening Bleeding and Emergency Surgery) จ่ายเพิ่ม (Additional Payment) จากระบบ DRG ตามมูลค่าแฟคเตอร์เข้มข้นที่ใช้จริงในการเจ็บป่วยครั้งนั้น โดย

2.1 สำหรับกรณีที่มีภาวะเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่มีเลือดออกบ่อย เช่น ในข้อ หรือกล้ามเนื้อ หรือภาวะเลือดออกเนื่องจากการได้รับบริการทางการแพทย์ ด้านทันตกรรม เช่น การถอนฟัน ขูดหินปูน ฯลฯ หรือด้านอื่นๆ

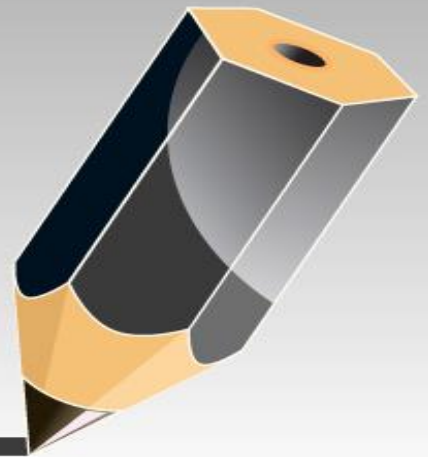
- จ่ายเป็นครั้งๆ ตามที่หน่วยบริการรับส่งต่อรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยนอก และสังเกตอาการ แต่ไม่เกิน 150,000 บาท/ครั้งของการเข้ารับการรักษา โดยจำกัดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วย 1 คนเข้ารับการรักษา ไม่เกิน 2 ครั้ง/ 1 เดือน (ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในปีงบประมาณ) หรือรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน แต่ไม่เกิน 300,000 บาท/ครั้ง ของการเข้ารับการรักษา และนอนโรงพยาบาล(ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่นอนโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ)

หลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยค่าบริการ

- 2.2 สำหรับกรณีเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน
- จ่ายเป็นครั้งๆ ตามที่หน่วยบริการรับส่งต่อรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน แต่ไม่เกิน 300,000 บาท/ครั้ง ของการเข้ารับการรักษา และนอนโรงพยาบาล (ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่นอนโรงพยาบาลในปีงบประมาณ)



Cleft Lip and Cleft Palate



การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ ปี 2560

สปสช. สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการในโครงการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย ตามระยะของการดูแลรักษา โดยแบ่งเป็น 4 ลักษณะ คือ

1. การใส่พาดานเทียม
2. การผ่าตัดผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่
3. การฟื้นฟูด้านทันตกรรมจัดฟัน
4. การแก้ไขการพูดและการได้ยิน



แนวทางการส่งเบิก

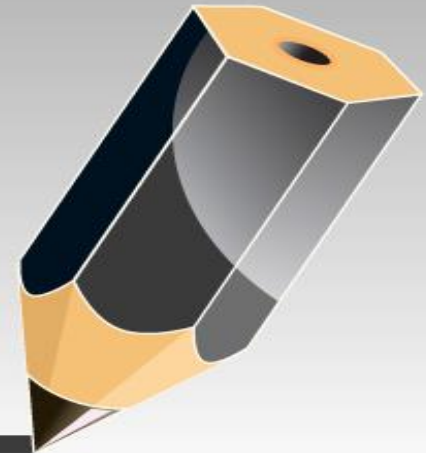
กรณีผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

บันทึกข้อมูลในโปรแกรม DMIS

1. ข้อมูลการผ่าตัด(ยสส. 2)
2. ข้อมูลการค้นหาปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค (ยสส.3)

บันทึกข้อมูลการให้บริการใน
โปรแกรม e-Claim

พิมพ์รายงานการให้บริการ (ยสส. 1 และ ยสส.2)
ให้ผู้ป่วยหรือญาติเซ็นรับรอง และมอบให้ผู้ป่วยหรือญาติ
นำไปขอรับค่าพาหนะในการเดินทางจากสถานภาพชาวไทย /
ภาคีจังหวัด



แนวทางการส่งเบิก

กรณีแก้ไขปัญหาการสบฟัน (ทันตกรรมจัดฟัน) และ/หรือ การแก้ไขการพูด

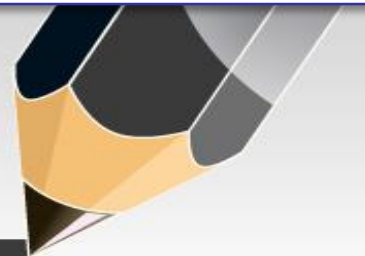
บันทึกข้อมูลในโปรแกรม DMIS

1. กรณีให้บริการแก้ไขปัญหาการสบ(ยสส. 4)
2. กรณีให้บริการแก้ไขการพูด (ยสส.5)

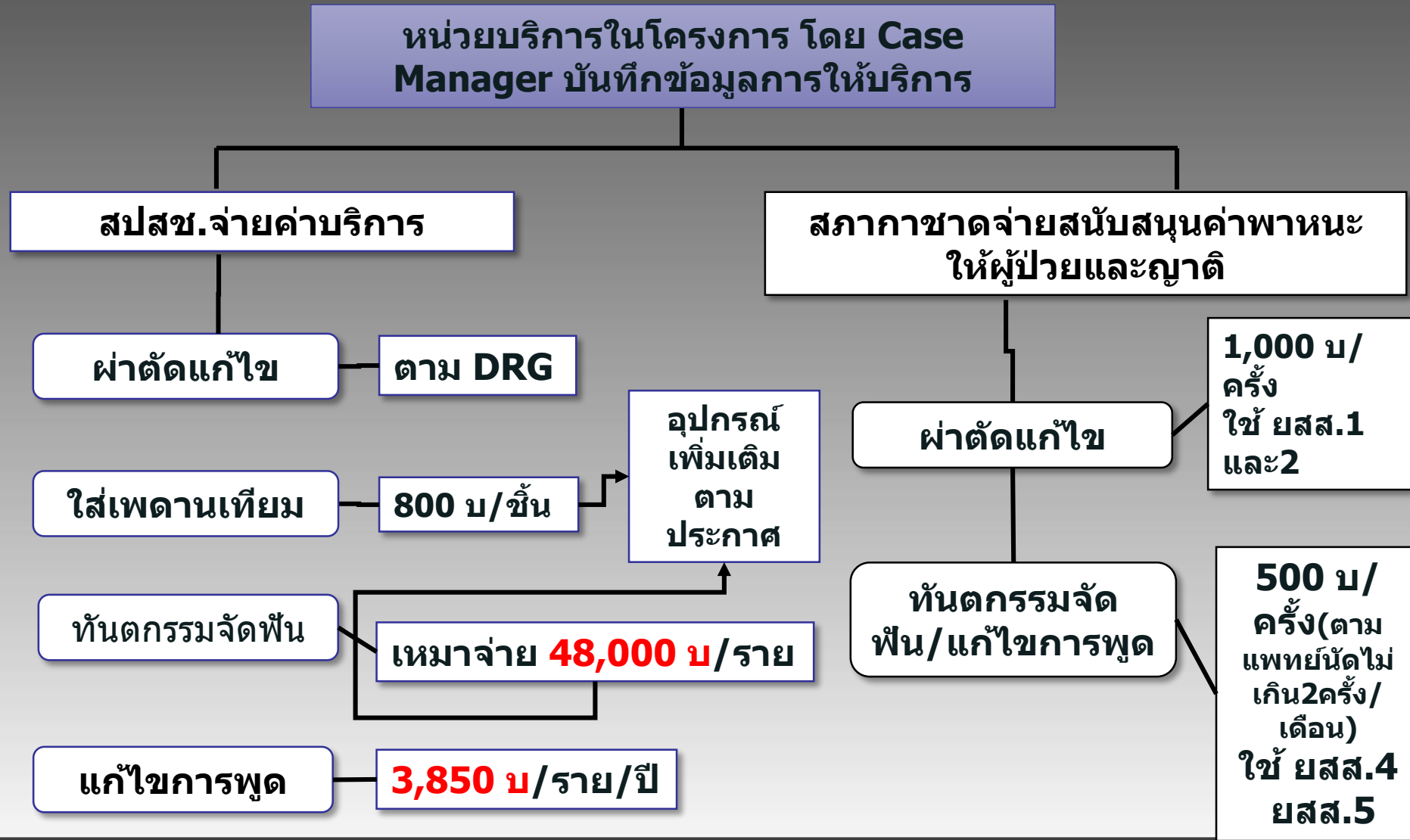
พิมพ์รายงานการให้บริการ (ยสส. 4 และ/หรือ ยสส.5)
ให้ผู้ป่วยหรือญาติเซ็นรับรอง และมอบให้ผู้ป่วยหรือญาตินำไปขอรับค่า
พาหนะในการเดินทางจากสภาวิชาชีพ / ภาษาอังกฤษ

กรณีใส่เพดานเทียม บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม e-Claim

1. 2704 เพดานเทียม (Obturator)
2. 2704A เพดานเทียม (Obturator + Screw)
3. 2704B เพดานเทียม (Obturator + NAM)
4. 2704C เพดานเทียม (Obturator + Screw + NAM)
5. 2704D เพดานเทียม (NAM)



อัตราการจ่ายชดเชย



เงื่อนไขการจ่าย Orthodontic

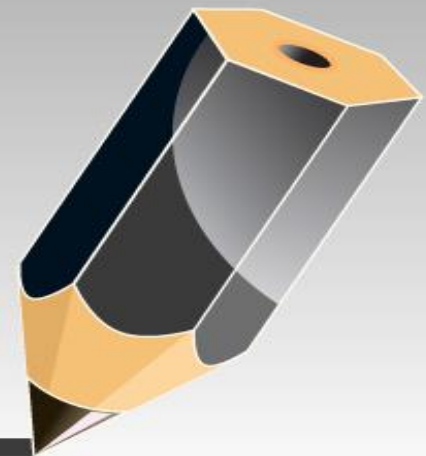
RX_CODE	RX	เงื่อนไขการจ่ายขดเขย
DEN001	ใส่เพดานเทียมเพื่อเตรียมการสำหรับการผ่าตัดริมฝีปาก	Deny 01 - เบิกจ่ายขดเขยในระบบปกติ (E-Claim)
DEN022	การผ่าตัดซ่อมแซมริมฝีปาก	
DEN023	การผ่าตัดซ่อมแซมเพดานปาก	
DEN002	การดูแลป้องกัน เสริมสร้างสุขภาพในช่องปาก ในระยะฟันน้ำนมทุก 4 เดือน	Deny 04 - ยังไม่เข้าเงื่อนไขการจ่าย
DEN004	ทำประวัติ บันทึกการสบฟัน การตรวจทางภาพรังสี ฯลฯ เพื่อการรักษาทางทันตกรรม	
DEN005	การดูแลป้องกัน เสริมสร้างสุขภาพในช่องปาก ในระยะฟันชุดผสม ทุก 6 เดือน เป็นเวลา 6 ปี	
DEN006	การแก้ไขการเรียงตัวของสันเหงือกเพื่อเตรียมการปลูกถ่ายกระดูกที่บริเวณช่องโหว่	
DEN024	ดูแล ป้องกัน และเสริมสร้างสุขภาพในช่องปาก ในระยะฟันน้ำนม	
DEN007	การแก้ไขการสบฟันผิดปกติระยะแรกเพื่อป้องกันและเตรียมการในการจัดฟันระยะต่อไป	เข้าเงื่อนไขจ่ายขดเขยโครงการ Cleft กรณีจัดฟัน (เหมาจ่าย 48,000 บาท/ราย ตลอดการรักษา)
DEN008	กรณีจำเป็นต้องทำศัลยกรรมขากรรไกรเพื่อแก้ไขความพิการของโครงสร้างใบหน้า	
DEN009	ใส่ฟันเทียมและหรือการรักษาทางทันตกรรมอื่น ที่จำเป็น	
DEN025	การรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ ในระยะฟันน้ำนม	
DEN026	ขยายขากรรไกร และจัดเรียงสันเหงือก เพื่อเตรียมการสำหรับการปลูกถ่ายกระดูกที่บริเวณช่องโหว่ของสันเหงือก	
DEN027	ผ่าตัดปลูกถ่ายกระดูกที่บริเวณช่องโหว่ของสันเหงือก	
DEN028	การแก้ไขการสบฟันผิดปกติระยะแรกเพื่อป้องกันและเตรียมการในการจัดฟันระยะต่อไป รวมทั้งการกระตุ้นการ	
DEN029	รักษาดูแลฟัน และสุขภาพในช่องปากในระยะฟันชุดผสม - ฟันแท้ระยะแรก	
DEN030	การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน เพื่อแก้ไขการสบฟันผิดปกติในระยะฟันแท้	
DEN031	การทำศัลยกรรมขากรรไกรเพื่อแก้ไขความพิการของโครงสร้างใบหน้า ด้วยการผ่าตัดขากรรไกรเดียว	
DEN032	การทำศัลยกรรมขากรรไกรเพื่อแก้ไขความพิการของโครงสร้างใบหน้า ด้วยการผ่าตัดสองขากรรไกร	
DEN033	การทำศัลยกรรมขากรรไกรเพื่อแก้ไขความพิการของโครงสร้างใบหน้า ด้วยการผ่าตัดรวมกับการใช้เครื่องมือยึด	
DEN034	ใส่ฟันเทียมและหรือการรักษาทางทันตกรรมอื่น ที่จำเป็น	



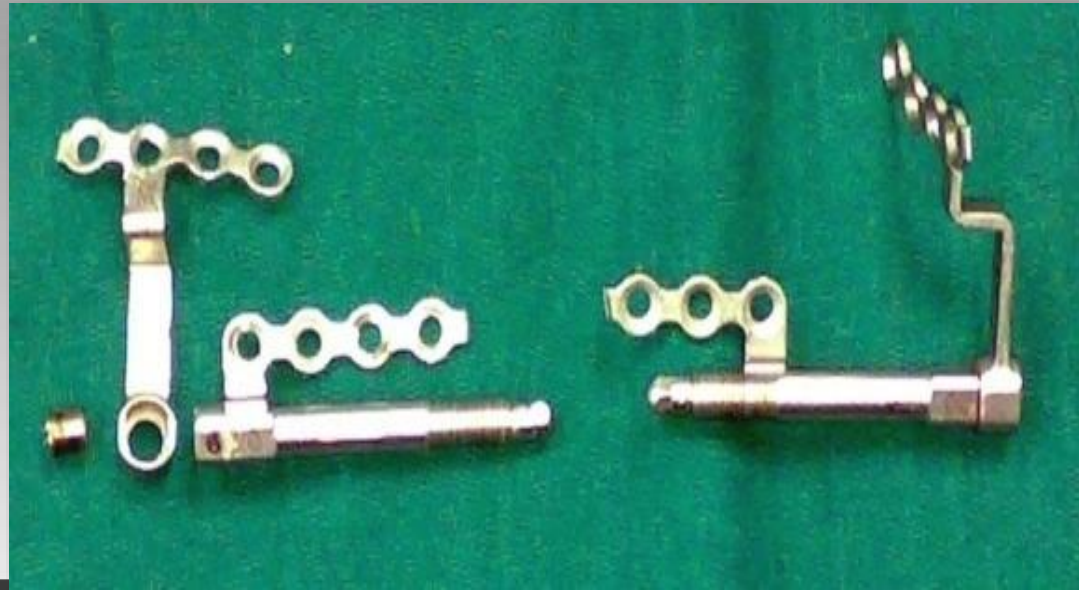
เงื่อนไขการจ่าย Speech therapy

1 Visit
ฝึกพูด
5 กิจกรรม

RX_CODE	RX
TR0001	Hearing evaluation
TR0002	Speech and language evaluation
TR0003	Speech and language therapy
TR0004	VPI peraptual assessment
TR0005	VPI instrumental assessment

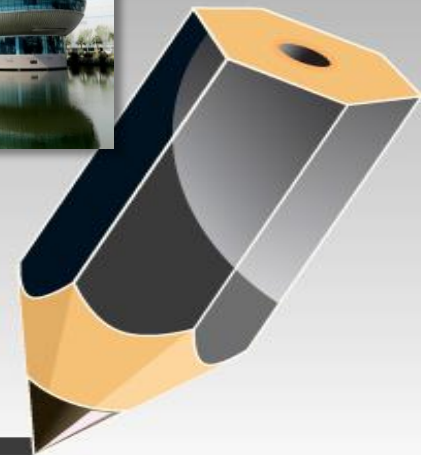
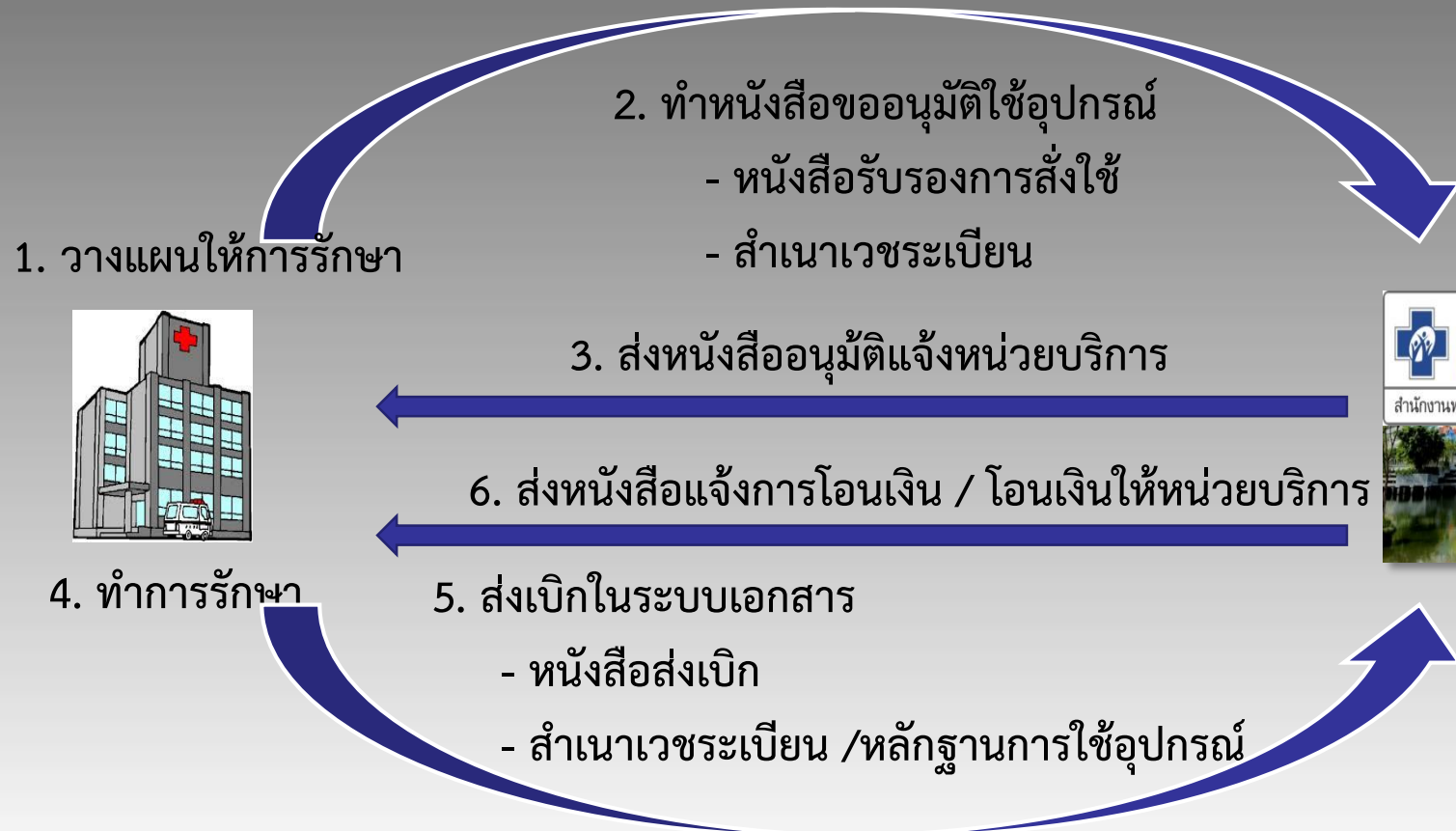


Maxillary Distractor



การเบิกจ่าย Maxillary Distractor

ขั้นตอนการเบิกจ่าย (**200,000** บาท/ราย)





ขอบคุณค่ะ