



แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

**สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ**

CLAIM

บริการกรณีเฉพาะ

สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ

1

กรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

2

กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

3

กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

4

กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

5

กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

บริการกรณีเฉพาะประกอบด้วย

1. ปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

- 1.1 OP-AE ข้ามจังหวัด
- 1.2 OP refer ข้ามจังหวัด
- 1.3 ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ
- 1.4 IP-PUC/IPPRCC/SSS (DRGv5)

2. เพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

- 2.1 ยาละลายลิ้มเลือด (STEMI, Stroke)
- 2.2 Chemo/Radio-OP&IP (IP เริ่มปี 58)
- 2.3 Cataract [all] รวมเลนส์
- 2.4 หันตกรรมจัดฟันและฟีกพุดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปาก แหว่งเพดานโหว่

3. Provider financial risk protection

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

4. จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

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

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

กรณีเพิ่มความมั่นใจ เรื่องคุณภาพบริการ

สำนักบริหารการจัดสรรและขจัดเขยค่าบริการ

หลักเกณฑ์ : กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ



จะสามารถเบิกชดเชยบริการได้เมื่อได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเพิ่มศักยภาพหรือหน่วยเฉพาะด้านของสปสช.

ประกอบด้วยรายการ ดังนี้

1

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track)

2

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevated myocardial infarction fast track)

3

การให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

4

การผ่าตัดต่อกระดูก พร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

5

ทันตกรรมจัดฟัน และฝังพุดสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

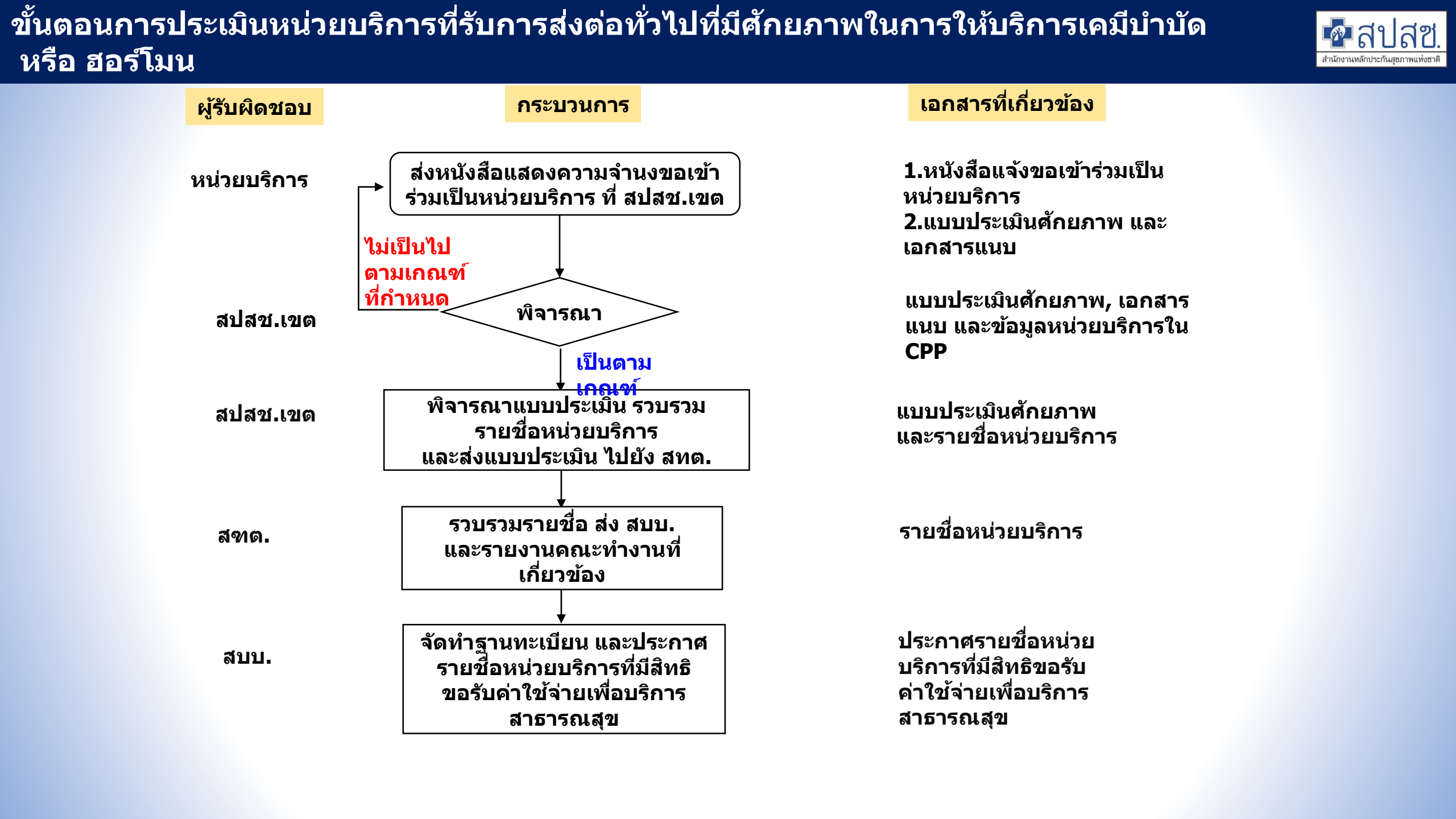
1) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการเคมีบำบัด หรือ ฮอร์โมน

ปีงบประมาณ 2563 - เปลี่ยนแปลง

ยกเลิกประกาศ "หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการกรณีให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบ UC พ.ศ. 2561"

วิธีการ : สปสช.เขต พิจารณาจาก self assessment ของหน่วยบริการ

	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	แบบประเมิน
หน่วยบริการระดับ 1	สั่งยา ผสมยา บริหารยา	คงเดิม	 CA CRX01  CA CRX02
หน่วยบริการระดับ 2	ผสมยา บริหารยา	คุณสมบัติต้องครบทุกข้อตามที่กำหนด ยกเว้นข้อ 3.2, 4.1, 5.3 และ 5.4 ที่สามารถไปใช้ร่วมกับหน่วยบริการระดับ 1 ได้ โดยแนบใบยินยอมจากหน่วยบริการระดับ 1	 CA CRX03
หน่วยบริการระดับ 3	บริหารยา	คุณสมบัติต้องครบทุกข้อตามที่กำหนด	 CA CRX04
หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปกรณีให้ฮอร์โมน Tamoxifen ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	-	ให้ได้เฉพาะ ฮอร์โมน Tamoxifen ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	 รายชื่อหน่วย CA



2) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา

ปีงบประมาณ 2563 - คงเดิม

วิธีการ : คณะทำงานฯ ตรวจสอบประเมินหน่วยบริการ

หน่วยบริการ : แจ้งความประสงค์เพื่อขอขึ้นทะเบียน ที่ สปสช. เขต

สปสช.เขต : พิจารณาคุณสมบัติเบื้องต้นตามเกณฑ์ที่กำหนด และแจ้ง สทต.

**สทต. : เสนอคณะทำงานพัฒนามาตรฐานหน่วยบริการที่ให้บริการรักษา
โรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัด/รังสีรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เพื่อลงตรวจสอบประเมินการขึ้นทะเบียน**

สบท. : ประกาศการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา



มาตรฐาน CA



ประกาศ RT

ขั้นตอนการประเมินหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา

ผู้รับผิดชอบ

กระบวนการ

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

หน่วยบริการ

สปสช.เขต

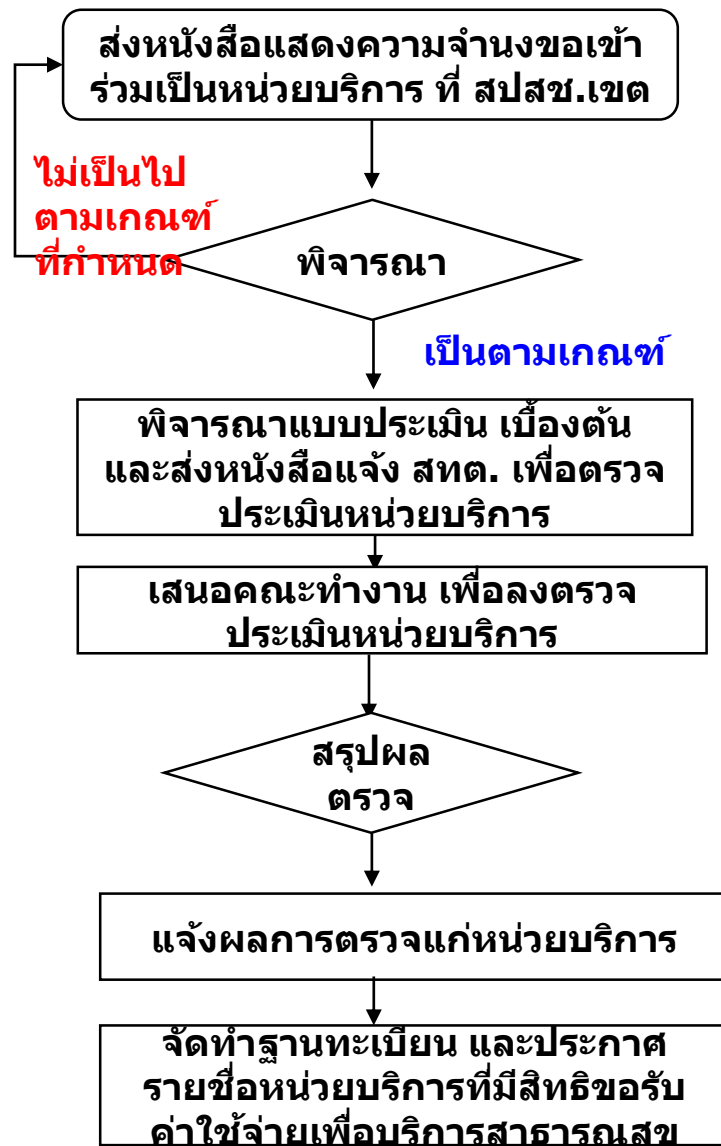
สปสช.เขต

สทต.

คทง.

สปสช.เขต

สบบ.



1. หนังสือแจ้งขอเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการ
2. แบบประเมินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา และเอกสารแนบ

แบบประเมินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา, เอกสารแนบ และข้อมูลหน่วยบริการใน CPP

แบบประเมินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา และเอกสารแนบ

แบบประเมินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา และเอกสารแนบ

ผลการตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา

หนังสือแจ้งผลการตรวจประเมินหน่วยบริการ

ประกาศรายชื่อหน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

4.การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก (Cataract) และเลนส์แก้วตาเทียม

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1. จ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดต้อกระจกและค่าเลนส์แก้วตาเทียมให้กับผู้ป่วยเฉพาะกรณีที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile Cataract) ระดับการมองเห็น (V/A) แย่กว่า 20/200 ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป
2. การผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยที่ระดับการมองเห็น (V/A) ดีกว่าหรือเท่ากับ 20/200 จ่ายชดเชยตามรอบ STM ปกติ ในอัตราข้างละ 5,000 บาท
3. จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการรับส่งต่อใน UC ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ศักยภาพที่กำหนด
4. ผู้ป่วยโรคต้อกระจกประเภทอื่นหรือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมด้วยสาเหตุอื่นๆรับการชดเชยตามระบบ DRGs ปกติ

1. จ่ายชดเชยค่าผ่าตัดในอัตราเหมาจ่าย

- ☐ การผ่าตัดในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนชดเชย **ข้างละ 7,000 บาท**
- ☐ การผ่าตัดในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนชดเชย **ข้างละ 9,000 บาท**
- ☐ การผ่าตัดในรายที่ VA ดีกว่าหรือเท่ากับ 20/200 ชดเชย **ข้างละ 5,000 บาท**

2. จ่ายชดเชยค่าเลนส์แก้วตาเทียม

- ☐ เลนส์พับได้ **ในอัตราข้างละ 2,800 บาท**
- ☐ เลนส์แข็ง **ในอัตราข้างละ 700 บาท**

หมายเหตุ: เฉพาะเลนส์ที่อยู่ในประกาศของ สปสช.และชนิด เลนส์ตามรหัส Instrument

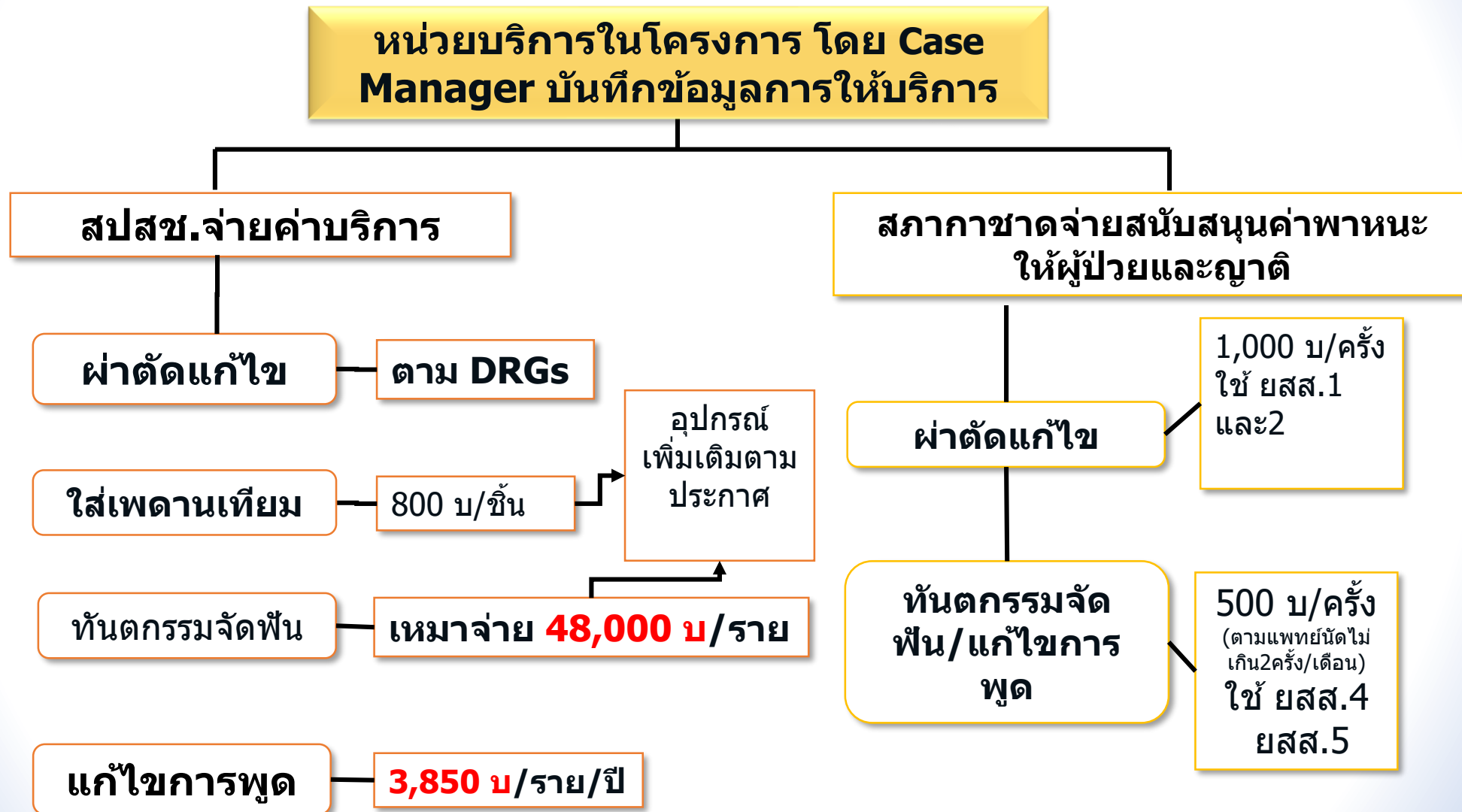
1. บันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim
2. บันทึกการวินิจฉัยโรคหลักเป็นต้อกระจกในผู้สูงอายุ
3. บันทึกการหัตถการตามที่กำหนด ทั้งนี้การผ่าตัดต้อกระจก 2 ข้าง ต้องระบุ extension code มากับรหัส ICD9-CM ด้วย
4. บันทึกการวินิจฉัยโรครองที่ระดับสายตา (V/A)
5. บันทึกข้อมูลเบิกเลนส์แก้วตาเทียม ในหน้าค่ารักษาพยาบาลช่องอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา

5. Cleft Lip and Cleft Palate

การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

สปสช. สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการในโครงการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย ตามระยะของการดูแลรักษา โดยแบ่งเป็น 4 ลักษณะ คือ

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



ขั้นตอนการเบิกจ่าย

เหมาจ่าย 200,000 บาท/ราย

1. วางแผนให้การรักษา



4. ทำการรักษา

2. ทำหนังสือขออนุมัติใช้อุปกรณ์

- หนังสือรับรองการสั่งใช้
- สำเนาเวชระเบียน

3. ส่งหนังสืออนุมัติแจ้งหน่วยบริการ

6. ส่งหนังสือแจ้งการโอนเงิน / โอนเงินให้หน่วยบริการ

5. ส่งเบิกในระบบเอกสาร

- หนังสือส่งเบิก
- สำเนาเวชระเบียน / หลักฐานการใช้อุปกรณ์



กรณีเพื่อลดความเสี่ยง ด้านการเงินของหน่วยบริการ

สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ

**ประกอบ
ด้วย
รายการ**

01

รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมใน
การบำบัดรักษาโรค รวม PCI ผ่าตัดข้อเข่า

02

การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง
(Hyperbaric Oxygen therapy)

03

การจักษวดวงตาสำหรับ
ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

การเบิกจ่ายการอุปกรณ์ผู้ป่วยเบาหวาน

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชุดเข็ม

หน่วยบริการที่จะเบิกอุปกรณ์ผู้ป่วยเบาหวานให้เป็นไปตาม ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. 2560

1. โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐ (UHOSNET) และโรงพยาบาลตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) คือ โรงพยาบาลศูนย์ (A) และโรงพยาบาลทั่วไป (S) สามารถให้บริการอุปกรณ์ รหัส 8612,8813,8814
2. โรงพยาบาลตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) คือ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) สามารถให้บริการอุปกรณ์ รหัส 8813

หมายเหตุ : รหัส 8612 เป็นแผ่นรองเท้าตัดเฉพาะราย ไม่สามารถให้ได้ หรือ หากมีศักยภาพให้เป็นไปตามข้อ 3

3. **กรณีหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ**ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขข้อ (1) และข้อ (2) แต่มีศักยภาพในการให้บริการอุปกรณ์ ให้ยื่นแบบแสดงความจำเป็น กรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า สปสช.เขต พิจารณาเข้าตรวจประเมิน ตามเกณฑ์การประเมินศักยภาพหน่วยบริการเป็นรายกรณี

การส่งข้อมูลและการจ่ายชดเชย

1. หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่ายภายหลังจากวันที่จ่ายอุปกรณ์ให้กับผู้ป่วยเบาหวานเรียบร้อยแล้ว
2. รหัสโรค (ICD 10) และ รหัสหัตถการ (ICD 9) ถูกต้อง ครบถ้วนตามผลการตรวจประเมินความเสี่ยงและข้อบ่งชี้ของแต่ละอุปกรณ์ **กรณีรหัสโรค/รหัสหัตถการ ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ ติด Deny I04**
3. จ่ายชดเชย ๑ คู่ต่อคนต่อปี โดยนับจากวันที่ได้รับอุปกรณ์ หน่วยบริการสามารถตรวจสอบการเบิกชำรุดได้จากหน้าเว็บ e-Claim เมนู >>ค้นหาข้อมูลผู้ป่วย >>ตรวจสอบการเบิกชำรุด
4. จ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ให้หน่วยบริการตามจริง แต่ไม่เกินเพดานราคาชดเชยที่กำหนด
5. กรณีเบิกคู่ที่ 2 ก่อนครบกำหนด 1 ปี ข้อมูลถูกปฏิเสธจ่าย I13
หากมีความจำเป็นให้อุทธรณ์มาเป็นเอกสารเป็นรายๆ

I04 ICD-10 / ICD-9CM ไม่สัมพันธ์กับรายการ Instrument ที่ขอเบิก
I13 เบิกองเท้าเบาหวานมากกว่า 1 คู่/คน/ต่อปี

การเบิกจ่ายกรณีรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI)

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓
และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ



๓๔.๑.๓ การจ่ายสำหรับการบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และ Instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดให้บริการผู้ป่วยได้โดยให้ทำการอุทธรณ์เป็นรายการณ์ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายชดเชย กรณี PCI

1. หน่วยบริการที่รักษา (HCODE)

ต้องผ่านการตรวจประเมินศักยภาพตาม ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2561

2. การตรวจสอบเงื่อนไขการให้บริการ PCI ตรวจสอบจากรหัส ICD9 ที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ PCI

3. กรณีหน่วยบริการ ที่ไม่ผ่านการขึ้นทะเบียนหรือยังไม่เข้าร่วมการตรวจประเมินจะ **ไม่ได้รับ การจ่ายชดเชย** ทั้งกรณีผู้ป่วยในและรายการอุปกรณ์ (Instrument) กรณีให้บริการผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ให้ผู้ทรรณเป็นเอกสารเป็นรายๆ

G33 ไม่ใช่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเฉพาะด้าน PCI หากให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินส่งเอกสารเพื่ออุทธรณ์การเบิกจ่ายมาที่แผนงานสนับสนุนระบบบริการโรคเรื้อรังและโรคเฉพาะ สปสช

1. กรณี IP จ่ายตาม DRGs

ในเขต จ่ายอัตราเบื้องต้น **8,250 บาท/AdjRW** มีการหักเงินเดือนของหน่วยงานภาครัฐ

ข้ามเขต จ่าย Adj.RW **9,600 บาท/AdjRW** โดยไม่หักเงินเดือน

2. กรณีค่าอุปกรณ์ (Instrument)

2.1 รายการ Stent **4305** เบิกในระบบ **VMI** อย่างเดียวเท่านั้น
ยกเว้น กรณีมีปัญหาในการใช้ สามารถอุทธรณ์ได้เป็นราย ๆ

2.2 รายการอุปกรณ์อื่น ๆ จ่ายตามเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคาเพดาน
รวม stent 4304

มีการกำหนดเกณฑ์ศักยภาพหน่วยบริการ
และ ตรวจสอบจากรหัสหัตถการตามที่กำหนด

อัตราการจ่ายชดเชย

1. กรณี IP จ่ายตาม DRGs

ในเขต จ่ายอัตราเบื้องต้น 8,250 บาท/AdjRW มีการหักเงินเดือนของหน่วยงานภาครัฐ

ข้ามเขต จ่ายAdj.RW 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่หักเงินเดือน

2. กรณีค่าอุปกรณ์ (Instrument)

จ่ายตามเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคาเพดาน

การเบิกจ่ายกรณีผ่าตัดข้อเข่า

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

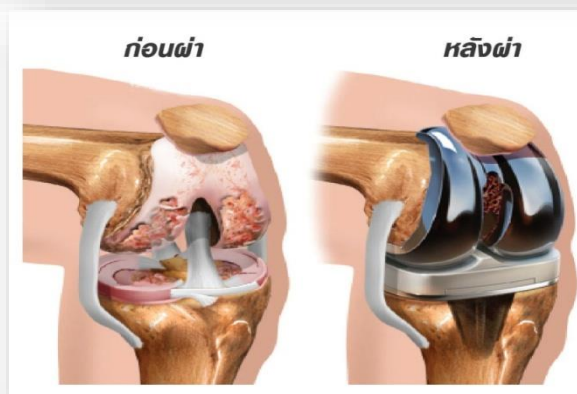
และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

๓๔.๑.๔ การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ทั้งค่าบริการผู้ป่วย

ในทั่วไปและ instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อที่มี

ศักยภาพการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช.

กำหนด



เงื่อนไขการจ่ายชดเชยกรณีการผ่าตัดข้อเข่า

1. เบิกได้เฉพาะ หน่วยบริการที่กำหนดตามประกาศฯ

กรณีไม่ใช่หน่วยที่กำหนด **ติด Deny : D39**

2. การเบิกอุปกรณ์ข้อเข่า (รหัส 7004,7005)

2.1 จ่ายชดเชยเป็นเงินค่าข้อเข่า

2.2 รหัส A,B (7004A,7004B,7005A,7005B)

กรณี UKA บันทึกรหัส 7004B และ 7005B ไม่ต้องขออนุมัติ PA

D39 ไม่ใช่หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการผ่าตัดข้อเข่า กรณีต้องการอุทธรณ์ติดต่อที่ สปสช.เขต เพื่อพิจารณา ศักยภาพหน่วยบริการ และการเบิกจ่ายในกรณีนี้

3. ผู้รับบริการ

3.1 อายุ > 55 ปี จ่ายทุกกรณี

3.2 อายุ ≤ 55 ปี

1) Primary OA (M170,171,179) ต้องมีการ **Pre-authorize** ข้อมูลจะติด **Deny D38** ไว้ก่อน หลังเขตส่งข้อมูล Pre-authorize ให้สคม. จึงจะนำข้อมูลมาจ่ายชดเชยค่าบริการตามรอบ STM (ที่ได้รับข้อมูล Pre-authorize)

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

D38 การผ่าตัดข้อเข่าในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 55 ปี ต้องมีการ Pre-authorize เมื่อดำเนินการ Pre-authorize แล้ว จึงจะนำข้อมูลมาจ่ายชดเชยค่าบริการตามรอบ STM

อัตราการจ่ายชดเชยกรณีผ่าตัดข้อเข่า

1. กรณี **IP** จ่ายตาม DRGs

ในเขต จ่ายอัตราเบื้องต้น **8,050 บาท/AdjRW** มีการหักเงินเดือนของหน่วยงานภาครัฐ
ข้ามเขต จ่าย **Adj.RW 9,600 บาท/AdjRW** โดยไม่หักเงินเดือน

2. ค่าอุปกรณ์ข้อเข่า (รหัส 7004,7005)

- เบิกเป็นเงิน เท่านั้น

- จ่ายชดเชยเป็นค่าข้อเข่าในโปรแกรม e-Claim จ่าย Add on ตามเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคาเพดาน

3. กรณีข้อมูลที่ต้องผ่านการ **Pre-authorize** จะถูกปฏิเสธการจ่าย (DENV D38) ทั้งค่าผ่าตัดและอุปกรณ์ หลังได้รับรายชื่อผู้ป่วยที่ผ่านระบบ Pre-authorize จาก สปสช.เขต จึงจะนำมาข้อมูลมาจ่ายชดเชยตามรอบ STM

ข้อมูล ใน e-Claim

- เพิ่มการบันทึก ข้างที่ผ่าตัด
- ระบุชื่อบริษัท และรุ่นที่ใช้ข้อเข่าเทียม

2. การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

รายการ	การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)
เงื่อนไข	เฉพาะการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) * กรณีการรักษาในโรคอื่นๆ เหนารวมอยู่ใน บริการ OP/IP
อัตราการจ่าย	บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตาม ค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินชั่วโมงละ 12,000 บาท

3.การจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราจ่ายชดเชย

1. เบิกได้เฉพาะ**กรณีผู้ป่วยใน**
2. บันทึกเบิกในโปรแกรม e-Claim โดยบันทึกเบิกในบริการอื่นๆ ที่ยังไม่จัดหมวดรหัสรายการ **DMICNT: การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Corneal Transplant)**
3. การจ่ายชดเชย **ราคากลาง 15,000 บาท** เป็นการจ่าย Top up ให้หน่วยบริการที่รักษา (HCODE)
4. บันทึกเบิกได้เฉพาะ**หน่วยบริการที่มีศักยภาพตามที่กำหนดเท่านั้น**

กองทุน CR และ อื่นๆ

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต เพิ่มกลุ่มโรคธาลัสซีเมีย : จำกัดอายุ ไม่เกิน 10 ปี // ในรพ. ศิริราช รพ. จุฬาลงกรณ์ รพ.รามธิบดี รพ.พระมงกุฎเกล้า และ รพ.สงขลานครินทร์
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด
3. การบันทึกข้อมูล	โปรแกรมปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต HSCT (http://eclaim.nhso.go.th)

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic Stem Cell Transplantation : HSCT)

กรณี	อัตราจ่ายชดเชย 2 งวด
1. Autologous	750,000 บาท - จ่ายงวดแรก ร้อยละ 80 (600,000 บาท) - จ่ายงวดสอง ร้อยละ 20 (150,000 บาท)
2. Allogeneic related และ Allogeneic unrelated	1,300,000 บาท - จ่ายงวดแรก ร้อยละ 80 (1,040,000 บาท) - จ่ายงวดสอง ร้อยละ 20 (260,000 บาท)

หมายเหตุ : จ่ายชดเชยงวดที่ 1 หลังส่งข้อมูล conditioning

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

2. การดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง **Hemophilia**

เงื่อนไขการจ่าย

สปสช.จะจ่ายชดเชยค่าบริการเมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อ

-มีการให้บริการแฟคเตอร์แก่ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย ตามจำนวนที่ระบุไว้ในแต่ละระดับอาการของแผนการรักษา ของแผนการรักษา (Protocol) เท่านั้น

-และมีการตรวจติดตามผู้ป่วย (Follow up)

-บันทึกข้อมูลการรักษา การให้บริการแฟคเตอร์ ผู้ป่วยภายใน 30 วันหลังเข้ารับบริการ ในโปรแกรมระบบ **DMIS_ Hemophilia**



อัตราจ่ายชดเชยการรักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียปี 2562

อัตราจ่ายชดเชยการรักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียปี 2562				
ประเภทผู้ป่วย	ฮีโมฟีเลีย A		ฮีโมฟีเลีย B	
	(บาท/คน/เดือน)	(บาท/คน/ปี)	(บาท/คน/เดือน)	(บาท/คน/ปี)
1. อายุต่ำกว่า 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 ตามมูลค่าแฟลเตอร์เข้มข้นที่ใช้จริงในการเจ็บป่วยครั้งนั้น

2.1 กรณีที่มีภาวะเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่มีเลือดออกบ่อย เช่น ในข้อ หรือ กล้ามเนื้อ หรือภาวะเลือดออกเนื่องจากการได้รับการบริการทางการแพทย์ ด้านทันตกรรม เช่น การถอนฟัน ขูดหินปูน ฯลฯ หรือด้านอื่นๆ

****จ่ายเป็นครั้งๆ**

ผู้ป่วยนอก และสังเกตอาการ แต่ไม่เกิน 150,000 บาท/ครั้งของการเข้ารับการรักษ โดยจำกัดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วย 1 คนเข้ารับการรักษ ไม่เกิน 2 ครั้ง/ 1 เดือน หรือ

ผู้ป่วยใน จ่ายไม่เกิน 300,000 บาท/ครั้ง ของการเข้ารับการรักษ และนอนโรงพยาบาล(ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษที่นอนโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ)

2.2 กรณีเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือผ่าตัดฉุกเฉิน

****จ่ายเป็นครั้งๆ** ตามที่หน่วยบริการรับส่งต่อรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน **ไม่เกิน 300,000 บาท/ครั้ง** ของการเข้ารับการรักษ และนอนโรงพยาบาล (ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษที่นอนโรงพยาบาลในปีงบประมาณ)

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้ง สิทธิว่าง และผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการตามประกาศ ส่วนผู้บริจาค (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้ และต้องลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการก่อนเข้ารับบริการ
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย
3. การบันทึกข้อมูล	1. โปรแกรม DMIS_HT หรือ DMIS_LT ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยน Protocol หรือเสียชีวิต ระหว่างผ่าตัด หรืออื่นๆ สปสช.อาจขอสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายชดเชยได้ 2. กรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน(Complication) ร่วมด้วย บันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน 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

การปลูกถ่ายอวัยวะ Heart transplant

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. การสนับสนุนค่ายาภูมิคุ้มกัน

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

การจ่ายยาภูมิคุ้มกัน 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) หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) สามารถเบิกจ่าย ก่อน ระหว่างผ่าตัด หรือ หลังการผ่าตัด	10,000

4. การสนับสนุนค่ายา姑息姑息

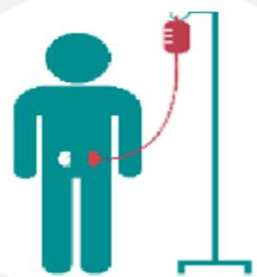
เงื่อนไขการรับยา	อัตราจ่ายต่อเดือน (บาท)
• หลังผ่าตัด 1-6 เดือน	30,000
• หลังผ่าตัด 7-12 เดือน	25,000
• หลังผ่าตัด 13-24 เดือน	20,000
• หลังผ่าตัด 24 เดือนขึ้นไป	15,000

การจ่ายยา姑息姑息 จะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล

กองทุนบำบัดทดแทนผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง) กับการบำบัดทดแทนไตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

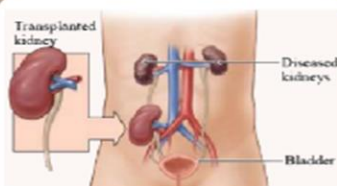
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คุ่มครองการบำบัดทดแทนไต ดังนี้



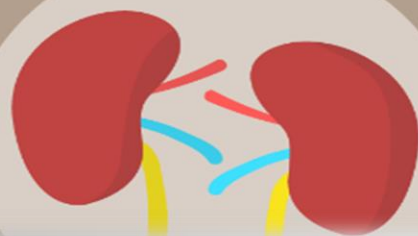
1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง



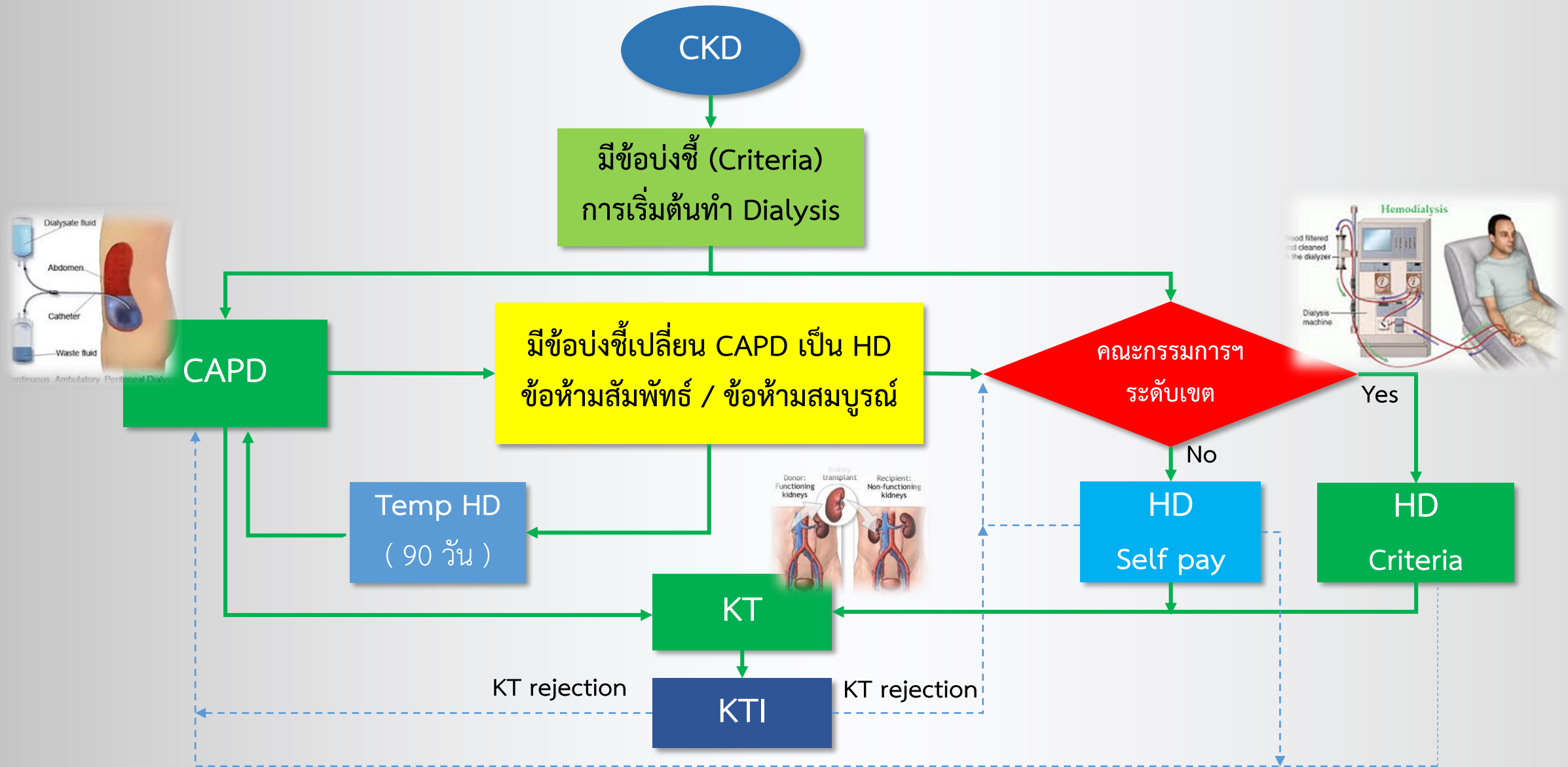
2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม



3. การผ่าตัดปลูกถ่ายไต



กรอบการให้บริการบำบัดทดแทนไต



หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ - CAPD

ที่	รายการ	อัตรา	ระบบ IT / โปรแกรม	กำหนดเวลาจ่าย
1	น้ำยาล้างไต	4 ถัง/คน/วัน	DMIS_CAPD	เป็นไปตามแนวทางของเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
2	สาย Tenckhoff catheter (TK)	1 สาย/ราย/ ปีงบประมาณ	DMIS_CAPD	เป็นไปตามแนวทางของเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
3	ยา Erythropoietin	ตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด	DMIS_CAPD	เป็นไปตามแนวทางของเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
4	ค่าบริการ CAPD	2,500 บาท/ราย/เดือน	DMIS_CAPD	ภายใน 45 วันภายหลังการประมวลผลการจ่ายค่าชดเชย
5	ค่าบริการ Temp HD	1,500 บาท/ครั้ง	DMIS_CAPD	ภายใน 45 วันภายหลังการประมวลผลการจ่ายค่าชดเชย

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ - HD

ลำดับ	รายการ	อัตรา	ระบบ IT	กำหนดเวลาจ่าย
1	ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	1,500 บาท/ครั้ง หรือ 1,700 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์) ตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด	โปรแกรม DMIS HD-UC	ภายใน 45 วันภายหลังการ ประมวลผลการจ่ายชดเชย
2	ยา Erythropoietin	ตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด	โปรแกรม DMIS HD-UC	เป็นไปตามแนวทางของ เครือข่ายหน่วยบริการด้าน ยาและเวชภัณฑ์

หมายเหตุ

ข้อมูลที่นำมาบันทึกในโปรแกรม DMIS-HD-UC ประกอบด้วย

1. บริการที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2562 ที่ยังไม่ได้ส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายฯ
2. บริการที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2563 (1 ต.ค. 62 เป็นต้นไป)
3. การอุทธรณ์ หน่วยบริการอุทธรณ์ผ่านโปรแกรม DMIS-HD-UC * กรณีข้อมูลที่บันทึกผ่านโปรแกรม HD ePac ให้อุทธรณ์ผ่านโปรแกรมเดิม

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ – HD (Vascular access)

ลำดับ	รายการ	อัตรา	ระบบ IT/ โปรแกรม	กำหนดเวลาจ่าย
1	Tunnel cuffed catheter	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 12,000 บาท (รวมค่าสายและ ค่าใส่สาย) 1 ครั้ง / ปีงบประมาณ	e-Claim	ภายใน 30 วันภายหลังการประมวลผลการจ่ายชดเชย
2	AVF	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่า OR และค่าห้องปฏิบัติการ) 1 ครั้ง / ปีงบประมาณ		
3	AVG	- เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่า OR และค่าห้อง ปฏิบัติการแต่ไม่รวมค่า graft) - รวมค่า graft ไม่เกิน 14,000 บาท 1 ครั้ง/ปีงบประมาณ		
4	Temporary double lumen catheter	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 5,000 บาท (รวมค่าสายและค่าใส่สาย) 1 ครั้ง / ปีงบประมาณ		

หมายเหตุ : กรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการแก้ไขหรือทำเส้นใหม่ มากกว่า 1 ครั้งต่อปีงบประมาณ สปสช. จะพิจารณาจ่ายเพิ่มได้ตามความจำเป็น

 สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเภทการจ่าย		เงื่อนไข	อัตราจ่าย (บาท)
ผู้บริจาค	สมองตาย	ผ่าตัดนำอวัยวะออก	40,000 ต่อไต 1 ข้าง
	มีชีวิต	เตรียมผู้บริจาค	40,000
		ผ่าตัดนำอวัยวะออก	32,800
ผู้รับบริจาค		ก่อนรับผ่าตัด	31,300
	กรณีผู้บริจาคมีชีวิต	- ค่าตรวจ PRA - ตรวจ screening 1 ครั้งต่อปี - ตรวจ SAB class I เพื่อ confirm กรณี screening class I ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี - ตรวจ SAB class II เพื่อ confirm กรณี screening class II ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี	2,000 13,000 12,500
	กรณีผู้บริจาคสมองตาย	- ค่าตรวจ PRA จ่ายตามจริง ไม่เกิน 7,200 บาทต่อรายต่อปี	7,200

กรณีไม่มี
ภาวะแทรกซ้อน

Protocol	อัตราจ่าย (บาท)
Protocol-I	143,000
Protocol-II	148,000
Protocol-III	287,000
Protocol –IV	292,000

กรณีมี
ภาวะแทรกซ้อน
โดยตรงจากการ
ผ่าตัดปลูกถ่ายไต

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

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ – KTI

(กรณีการให้ยากดภูมิ ภายหลังการผ่าตัด)

**กรณีไม่มี
ภาวะแทรกซ้อน**

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

การบริหารกองทุนเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี และวัณโรค ปีงบประมาณ 2563

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	บุคคลที่มีสัญชาติไทยมีเลขบัตรประชาชน 13 หลัก และมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่ผ่านการขึ้นทะเบียนหรือผ่านการประเมินศักยภาพตามที่ สปสช. กำหนด
3. การบันทึกข้อมูล	โปรแกรม National AIDS Program NAP Plus (http://dmis.nhso.go.th/NAPPLUS/login.jsp)

แนวทางการเบิกชดเชยการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัส

รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย
ยาต้านไวรัส	หน่วยบริการเบิกชดเชยยาต้านไวรัสได้ตามที่ใช้จริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู " การรักษาและติดตามผล "	ชดเชยเป็นยาต้านไวรัส
ยาลดไขมัน	หน่วยบริการเบิกชดเชยยาลดไขมันตามที่ใช้จริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู " การรักษาและติดตามผล "	ชดเชยเป็นยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง
ถุงยางอนามัย	หน่วยบริการได้รับการจัดสรรถุงยางอนามัยตามสัดส่วนจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ ปัจจุบัน และงบประมาณที่ได้	ชดเชยเป็นถุงยางอนามัย
บริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษา	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าบริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษา โดยบันทึกข้อมูลบริการในโปรแกรม NAP เมนู " การรักษาและติดตามผล "	ชดเชยเป็นเงิน 20 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 12 ครั้ง/ปี)

แนวทางการเบิกชดเชยการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย
ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กแรกเกิด	หน่วยบริการเบิกชดเชยยาต้านไวรัสได้ตามที่ใช้จริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู "การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก"	ชดเชยเป็นยาต้านไวรัส
ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังสัมผัสจากการทำงาน หรือ ล่วงละเมิดทางเพศ	หน่วยบริการเบิกชดเชยยาต้านไวรัสได้ตามที่ใช้จริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู "การให้คำปรึกษา VCT"	ชดเชยเป็นยาต้านไวรัส
บริการตรวจ DNA PCR สำหรับเด็กที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ตามที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู "ข้อมูลการส่งตรวจการติดเชื้อ HIV"	1,000 บาท/ครั้ง (ทั้งนี้จำนวนครั้งของบริการตรวจให้เป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560)

แนวทางการเบิกชดเชยการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย
บริการตรวจ Anti-HIV Testing	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ตามที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู "การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ" เลือก "ข้อมูลการส่งตรวจการติดเชื้อ HIV"	ครั้งละ 140 บาท (ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี)
บริการให้คำปรึกษาสำหรับบุคคลที่สัมผัสจากการทำงานหรือถูกล่วงละเมิดทางเพศ	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าบริการได้ตามที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู "การให้คำปรึกษา VCT"	7 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 6 ครั้ง/คน/ปี)

อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

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	หน่วยบริการได้รับการจัดสรรถุงยางอนามัยตามสัดส่วนจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ ปัจจุบัน และงบประมาณที่ได้รับ	ชดเชยเป็นถุงยางอนามัย

แนวทางการเบิกชดเชยค่าตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี

รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย
บริการตรวจพื้นฐาน (CBC,FBS,Cr,Chol.,TG, SGPT/ALT)	หน่วยบริการเบิกชดเชยโดยบันทึกข้อมูลบริการลงใน โปรแกรม NAP เมนู "การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ" เลือก "ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ"	25 บาท/ รายการ/ครั้ง
บริการตรวจ CD4	หน่วยบริการเบิกชดเชยโดยบันทึกข้อมูลบริการลงใน โปรแกรม NAP เมนู "การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ" เลือก "ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ"	400 บาท/ครั้ง
การตรวจ chest x-ray ทุกรายในผู้ติดเชื้อเอชไอ วีรายใหม่ ก่อนได้รับยา ต้านไวรัส	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NAP	100 บาท/ครั้ง
บริการตรวจ Viral Load	หน่วยบริการเบิกชดเชยโดยบันทึกข้อมูลบริการลงใน โปรแกรม NAP เมนู "การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ" เลือก "ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ"	1,350 บาท/ครั้ง

แนวทางการเบิกชดเชยค่าตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี

รายการ	การเบิกชดเชย	การชดเชย
บริการตรวจ HIV Drug Rasistance(Commercial)	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Drug Resistance โดยบันทึกข้อมูลบริการลงในโปรแกรม NAP เมนู "การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ" เลือก "ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ"	6,000 บาท/ครั้ง
บริการตรวจ HIV Drug Rasistance (In-House)	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ Drug Resistance โดยบันทึกข้อมูลบริการลงในโปรแกรม NAP เมนู "การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ" เลือก "ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ"	5,500 บาท/ครั้ง
วัสดุอุปกรณ์เจาะ/เก็บเลือด และค่าขนส่ง (กรณีการตรวจ CD4 และ HIV Viral Load)	หน่วยบริการเบิกชดเชยโดยการบันทึกข้อมูลบริการลงในโปรแกรม NAP เมนู "การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ" เลือก "ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ"	20 บาท/ตัวอย่าง
วัสดุอุปกรณ์เจาะ/เก็บเลือด และค่าขนส่ง (กรณีการตรวจ Drug Resistance)	หน่วยบริการเบิกชดเชยโดยการบันทึกข้อมูลบริการลงในโปรแกรม NAP เมนู "การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ" เลือก "ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ"	100 บาท/ตัวอย่าง

รายการ	อัตราจ่ายชดเชย	การเบิกชดเชย
การตรวจคัดกรองไวรัสตับ อักเสบซีด้วย Anti HCV 1.Rapid Test หรือ 2.เครื่องอัตโนมัติ	70 บาท/ครั้ง 300 บาท/ครั้ง	หน่วยบริการเบิกชดเชย ยาได้ตามจำนวนที่ ให้บริการจริง โดยบันทึก ข้อมูลการให้บริการใน โปรแกรม NAP
การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบซี HCV Viral Load (HCV RNA- Quantitative)	2,300 บาท/ครั้ง	หน่วยบริการเบิกชดเชย ยาได้ตามจำนวนที่ ให้บริการจริง โดยบันทึก ข้อมูลการให้บริการใน โปรแกรม NAP

รายการ	อัตราจ่ายชดเชย	การเบิกชดเชย
การตรวจประเมินก่อนการรักษา ซึ่งเป็นการตรวจสภาพความ ยืดหยุ่นในตับ สามารถด้วยวิธีใด วิธีหนึ่ง ดังนี้ 1. Transient elastography Fibroscan®) หรือ 2. Fibro marker panel	2,000 บาท/ครั้ง 2,000 บาท/ครั้ง	หน่วยบริการเบิกชดเชยยาได้ตาม จำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึก ข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP
ตรวจหาสายพันธุ์ไวรัสตับอักเสบบี ด้วย HCV genotype	2,800 บาท/ครั้ง	หน่วยบริการเบิกชดเชยยาได้ตาม จำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึก ข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	บุคคลที่มีสัญชาติไทยมีเลขบัตรประชาชน 13 หลัก และมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่ผ่านการขึ้นทะเบียนหรือผ่านการประเมินศักยภาพตามที่ สปสช.กำหนด
3. การบันทึกข้อมูล	โปรแกรม NTIP หรือนำเข้าข้อมูลบริการและประมวลผลเบิกจ่ายด้วย TB Data Hub

1. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านวัณโรค และบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	
ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1) บริการยาต้านวัณโรค 1.1) ยาต้านวัณโรคสูตรพื้นฐาน 1.2) ยาต้านวัณโรคสูตรดื้อยา - ยาต้านวัณโรคดื้อยา (RR-TB/MDR-TB) - ยาต้านวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB/XDR-TB)	ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายาต้านวัณโรค
2) บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 2.1) บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 2.2) บริการยาต้านวัณโรคระยะแฝง	- จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ - ชดเชยเป็นยา/เงินค่ายาต้านวัณโรคระยะแฝง
3) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค 3.1) บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค 3.2) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษา 3.3) บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (1st และ 2nd line drug) 3.4) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
4) บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ

2. บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1) บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อ วัณโรค	บริหารการเงินระดับเขต การจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์ เงื่อนไข ตามที่ สปสช.เขต กำหนด
2) บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค แบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มผู้ต้องขังและกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานบริการ (ผ่านระบบ Seamless)

3. บริการกำกับการกินยา

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
บริการกำกับการกินยา (DOT) เพื่อให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง ครบถ้วน	บริหารการเงินระดับเขต การจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์ เงื่อนไข ตามที่ สปสช.เขต กำหนด

สปสช.***ชุดเขยยารักษาวัณโรคให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายฯ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่าย จะจ่ายเป็นค่ายาวัณโรค**

อัตราค่าจ่ายชุดเชยการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค

(เพิ่มเติม ปี 63)

รายการ	อัตราค่าชุดเชย
การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อการติดตามการรักษาวัณโรค	
กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน MDR-TB / Pre XDR TB / XDR-TB	
ค่าตรวจ AFB (เฉพาะเสมหะ)	20 บาท/ตัวอย่าง (ไม่เกิน 3 ตัวอย่าง/ครั้ง)
ค่าตรวจ CXR	100 บาท/ครั้ง
บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา First line drug	
ในผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายด้วยวิธี Culture & DST	
เทคนิค Solid Media	200 บาท/ตัวอย่าง
บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา แนวที่ 2 (Second line drug) ผู้ป่วยดื้อยา (RR-TB/MDR-TB)	
การตรวจเชื้อวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Culture & DST	
เทคนิค Solid Media	200 บาท/ตัวอย่าง
การตรวจเชื้อวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assey เทคนิค LPA	
เทคนิค Line Probe Assay (LPA)	700 บาท/ตัวอย่าง
การตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสวัณโรค	
บริการตรวจ TST สำหรับผู้สัมผัสวัณโรคระยะแฝง	40 บาท/คน/ครั้ง/ ปี

อัตราค่าจ่ายชดเชยการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค

(เพิ่มเติม ปี 63)

รายการ	อัตราค่าชดเชย
บริการตรวจคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรค	
ค่าตรวจค่าตรวจ CXR ทุกรายที่สัมผัสวัณโรค	100 บาท/1 ครั้ง/ปี
การตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วย Molecular assay (วิธี Xpert MTB/RIF หรือตรวจด้วยวิธี Line probe assay)	
เทคนิค Xpert MTB/RIF	700 บาท/1 ครั้ง/ปี
เทคนิค Line Probe Assay (LPA)	
ตรวจ Repeat Molecular	
เทคนิค Xpert MTB/RIF	700 บาท/1 ครั้ง/ปี
เทคนิค Line Probe Assay (LPA)	
บริการตรวจคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในเรือนจำ	
ค่าตรวจค่าตรวจ CXR	100 บาท/1 ครั้ง/ปี
การตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วย Molecular assay (วิธี Xpert MTB/RIF หรือตรวจด้วยวิธี Line probe assay)	
เทคนิค Xpert MTB/RIF	700 บาท/1 ครั้ง/ปี
เทคนิค Line Probe Assay (LPA)	
ตรวจ Repeat Molecular	
เทคนิค Xpert MTB/RIF	700 บาท/1 ครั้ง/ปี
เทคนิค Line Probe Assay (LPA)	



การบริหารงบประมาณเอ็ดส์

เป้าหมายการดำเนินงานและการวัดผล

1

ลดการติดเชื้อการ
ติดเชื้อรายใหม่ใน
กลุ่มประชากรหลัก

2

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ทราบสถานะ การ
ติดเชื้อของตนเอง
($\geq 90\%$)

3

ร้อยละของผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีและผู้ป่วย
เอดส์ที่มีชีวิตอยู่ที่
ได้รับยาต้านไวรัส
($\geq 90\%$)

4

ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอช
ไอวีที่ได้รับการรักษา
ด้วยยาต้านไวรัสที่
สามารถกดปริมาณ
ไวรัสลงได้ ≤ 1000
copies/ml ($\geq 90\%$)

5

ค่ามัธยฐานของ
CD4 ครั้งแรกของผู้
ติดเชื้อเอชไอวีหลัง
ได้รับการวินิจฉัย

6

ร้อยละของผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีที่เสียชีวิต
ภายในปีแรกหลังเริ่ม
การรักษาด้วยยาต้าน
ไวรัส $< 3\%$

7

ร้อยละของผู้
รับประทานยาต้าน
ไวรัสที่ขาดการ
ติดตามการรักษา
($< 5\%$)

Goals



การให้บริการผู้ติดเชื้อเอช
ไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตาม
สิทธิประโยชน์



บริการรักษาด้วยยา
ต้านไวรัสและบริการที่
เกี่ยวข้อง

- การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยาลดไขมัน
- การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ
- การให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ
- การให้บริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
- ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี (Hep C)

บริการป้องกันการติดเชื้อ
เอชไอวี

- บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ตามชุดบริการ RRTR
- นาร่องให้บริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP)

การสนับสนุนและส่งเสริมการ
จัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
และผู้ป่วยเอดส์

- พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Quality Improvement :QI)

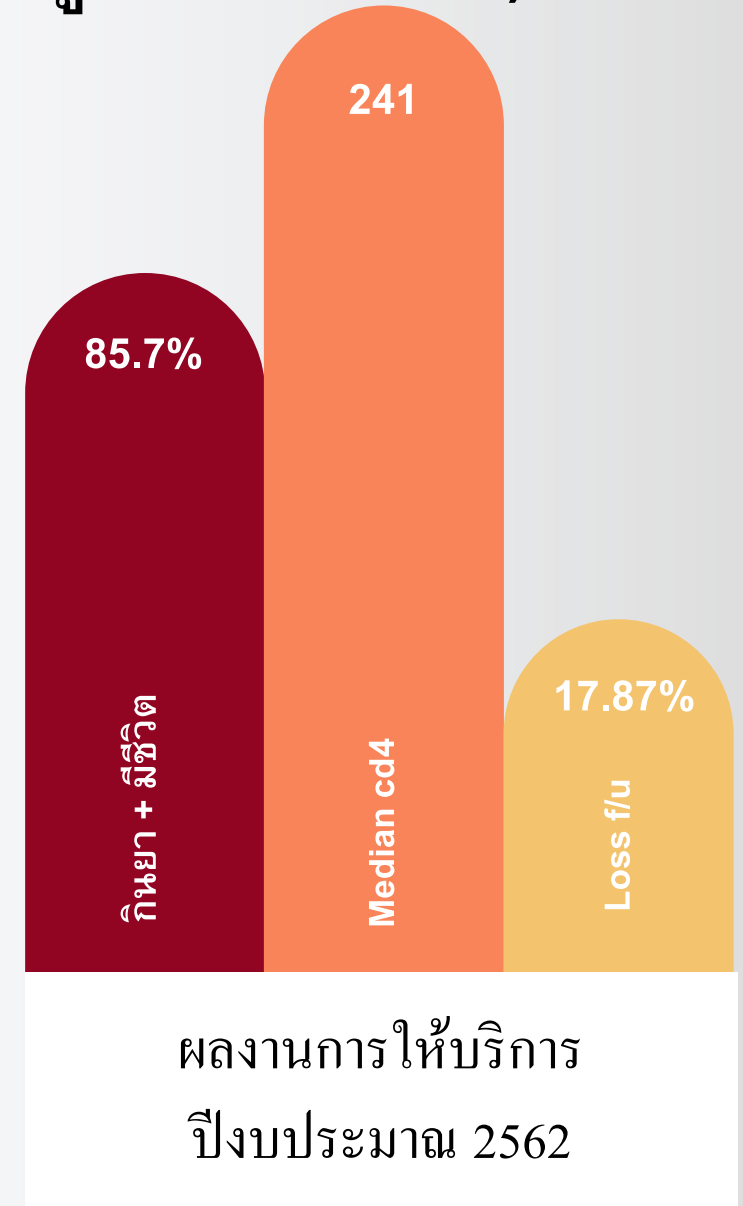
พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ : Q1)

ตัวชี้วัดบังคับ

- ✓ ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่มีชีวิตอยู่ที่ได้รับยาต้านไวรัส

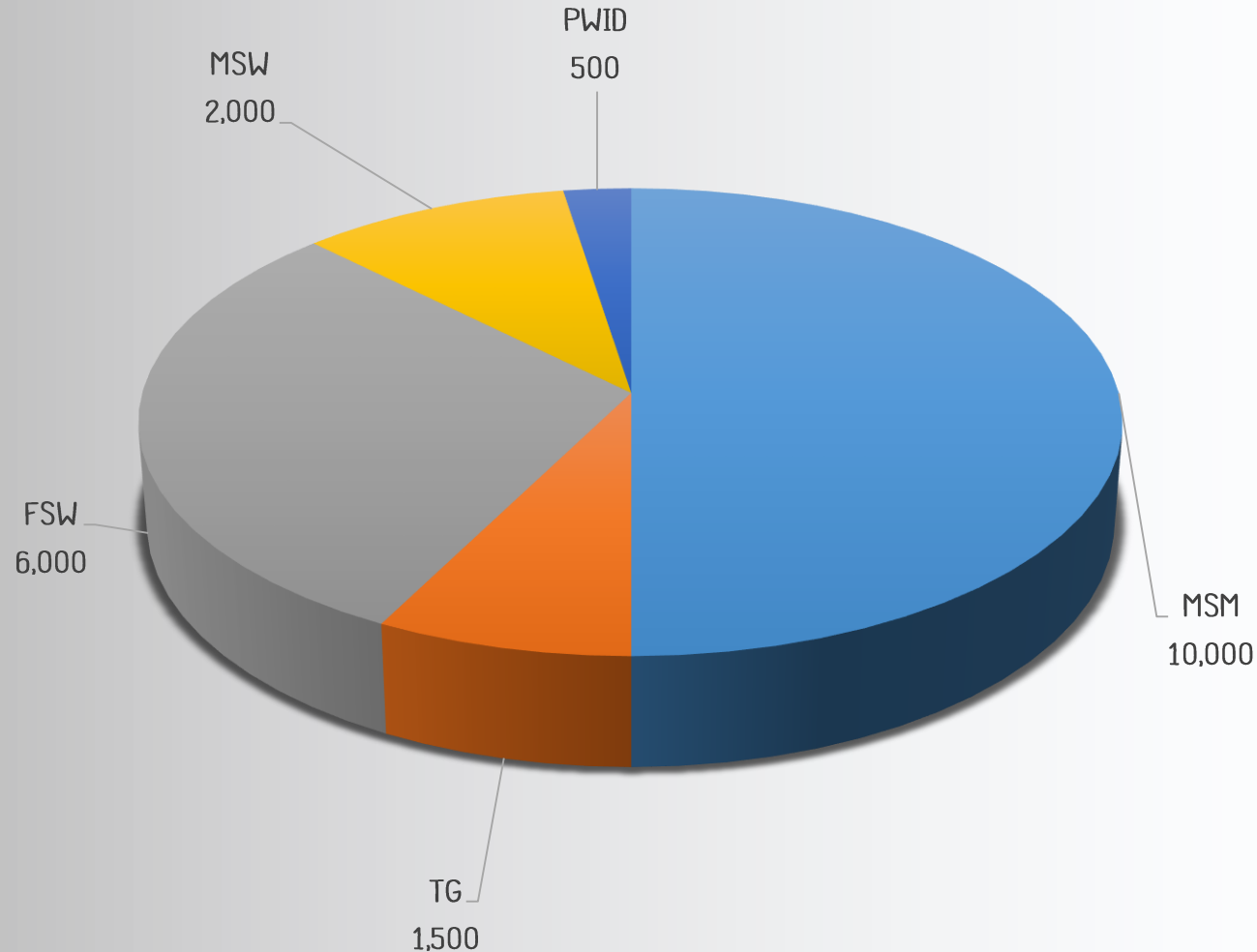
เขตเลือกอย่างน้อย 1 ตัว

- × ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ ≤ 1000 copies/ml
- × ร้อยละผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ได้รับบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี
- ✓ ค่ามัธยฐานของ CD4 ครั้งแรกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังได้รับการวินิจฉัย
- × ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตภายในปีแรกหลังเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- ✓ ร้อยละของผู้รับประทานยาต้านไวรัสที่ขาดการติดตามการรักษา



งบประมาณป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยง ปีงบประมาณ 2563

จำนวนกลุ่มเป้าหมาย 20,000 ราย



นิตินกรรมสัญญาระดับเขต

งวดเงิน/ งวดงาน	% การจ่าย	ผลงาน
งวดที่ 1	50	- เมื่อสัญญาลงนามสมบูรณ์ และคู่สัญญา ส่งแผนการดำเนินงาน
งวดที่ 2	30	- เมื่อคู่สัญญาส่งผลงาน Reached และ Recruited 50% ของเป้าหมาย
งวดที่ 3	20	- เมื่อคู่สัญญาส่งผลงานฉบับสมบูรณ์ และมีผลงาน ครบถ้วน ตามตัวชี้วัดของเป้าหมายดำเนินการ **ปรับแก้กลุ่มเป้าหมายได้ตามวงเงินที่ ได้รับอนุมัติ**

เกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการ กรณีการให้บริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยวัณโรคและไวรัสตับอักเสบบี

คุณสมบัติของหน่วย VCT



เป็นหน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป /หน่วยบริการที่ร่วมให้บริการเฉพาะด้านเวชกรรม/หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการให้คำปรึกษาและตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT)

คุณสมบัติของหน่วยตรวจ

Anti HIV



เป็นหน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป/หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



มีหนังสือ/สัญญา/บันทึกความร่วมมือ กับหน่วยบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการให้ยาต้านไวรัส ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในพื้นที่ สปสช.เขตนั้นๆ ในรายการทางห้องปฏิบัติการที่จะให้บริการ



ผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการให้การปรึกษาและตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT)



เป็นหน่วยงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ ตามมาตรฐาน ISO 15189/LA/ (MOPH Standard) ตามรายการทางห้องปฏิบัติการที่หน่วยบริการจัดบริการ

คุณสมบัติของหน่วยตรวจคัด

กรองและยืนยันไวรัสตับอักเสบบี



เป็นหน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป/หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยตรวจ ANTI HIV



เป็นหน่วยงานที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน ISO 15189 /LA/MOPH Standard ตามรายการทางห้องปฏิบัติการที่หน่วยบริการจัดบริการ

ยกเว้น

การตรวจ Fibroscan ® ต้องผ่านการอบรมจากหน่วยงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐานการใช้งานที่ถูกต้องจากผู้ผลิต



การบริหารงบประมาณวงโรค

การบริหารระบบบริการผู้ป่วยวัณโรค



บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค

- ⊕ บริการยารักษาวัณโรค
- ⊕ บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง
- ⊕ บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการวัณโรค
- ⊕ บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาและติดตาม



บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

- 🔍 บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อวัณโรค
- 🔍 บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค แบบเข้มข้นในกลุ่มมีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มผู้ต้องขังและกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค (จ่ายผ่านระบบ seamless)



บริการกำกับการกินยา

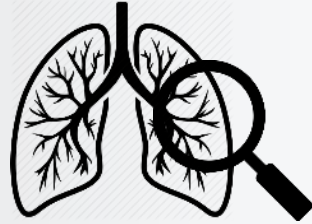
- 🏠 บริการกำกับการกินยา (DOT) เพื่อให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง ครบถ้วน

บบสนับสนุนการให้บริการผู้ป่วยวัณโรค

บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

หลักเกณฑ์การจ่าย

- 🔍 สิทธิ UC
- 🔍 ค่า CXR = 100 บาท
- 🔍 ค่าตรวจ AFB = 20 บาท/ตัวอย่าง (ไม่เกิน 2 ตัวอย่าง)



บบบริการกำกับการกินยา

หลักเกณฑ์การจ่าย

- ☑️ สิทธิ UC
- ☑️ จัดสรรโดยใช้เกณฑ์คุณภาพ
- ☑️ อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค (success rate)
- ☑️ อัตราการขาดการรักษา (Default rate)



บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค แบบเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มผู้ต้องขัง และกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค (จ่ายผ่านระบบ seamless)



การบริหารงบกองทุนโรคเรื้อรัง(DM and HT)

ตัวชี้วัดตามเกณฑ์คุณภาพและผลลัพธ์สำคัญจากการดูแลรักษาโรคผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8 ตัว

ชื่อตัวชี้วัด	
1. อัตรา Admission rate ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น	ตัวชี้วัดกลาง
2. อัตรา Admission rate ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	ตัวชี้วัดกลาง
3. อัตรา Admission rate ของผู้ป่วยตัดขาจากโรคเบาหวาน	ตัวชี้วัดกลาง
4. อัตรา Admission Rate ด้วยโรคความดันโลหิตสูง หรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง	ตัวชี้วัดกลาง
5. อัตราผู้ป่วย Diabetic Retinopathy ตามเกณฑ์ได้รับการรักษา โดย Laser	ตัวชี้วัดกลาง
6. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี	ตัวชี้วัดพื้นที่
7. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดี	ตัวชี้วัดพื้นที่
8. ประสิทธิภาพการตรวจรักษาที่จำเป็นในผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน	ตัวชี้วัดพื้นที่



Thank You !