



GUIDELINE

UC

กองทุนหลักและย่อย

ดร.นพ.ชุมพล นุชผ่อง

รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

P&P basic service

รายการ Fee schedule

การเบิก
ค่ารักษาพยาบาล



1. คัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. บริการฝากครรภ์ (ANC)
 - (ANC) ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 5
 - อัลตราซาวด์ในหญิงตั้งครรภ์
 - การขัดและทำความสะอาดฟัน
3. ตรวจธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และสามี
4. คัดกรอง Down ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ
5. ตรวจคัดกรอง TSH PKU ในเด็กแรกเกิด
6. ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุม ในหญิงอายุ < 20 ปี
7. การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
8. ใส่ห่วง/ฝังยาคุม หลังยุติการตั้งครรภ์ อายุ ≥ 20 ปี
9. วัคซีนป้องกันเด็กวัยเรียน
 - เคลือบฟลูออไรด์ 4 - 12 ปี
 - เคลือบหลุมร่องฟันถาวร 6 - 12 ปี

กองทุน Central Reimburse (บริการกรณีเฉพาะ)	
กรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น	
	1.OP AE ข้ามจังหวัด
	2.OP ตาม ม.7
	3.OP refer ข้ามจังหวัด
	4.ค่าพาหนะส่งต่อ
	5.สิทธิว่าง

3.2กรณีเกิดความเสียหายด้านการเงินของหน่วยบริการ	
	1.Instrument -OP/IP
	IPD - PCI
	- ซื้อเช่าเทียม
	2.Hyperbaric O2 therapy
	3.สำรองดวงตา Corneal transplantation
	4.ปลูกถ่ายและเปลี่ยนอวัยวะ



3.1 กรณีเพิ่มความมั่นใจในคุณภาพบริการ	
	1.ยาสลายลิ่มเลือด (STMI, Stroke)
	2.Chemo/Radio -OP&IP
	3.cataract รวมเลนส์
	4.ทันตกรรม Clef lip cleft palate
	5.OPD นอกเวลาฉุกเฉินไม่รุนแรง (150 บาท)

3.3 กรณีจำเป็นต้องกำกับกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด	
	1.ยาMethadone สำหรับ MMT
	2.ยาที่มีปัญหาการเข้าถึง
	- ยา จ2(ยา จ(2)
	- ยากำพรั้า
	- Clopidogrel
	- ยา Himaphilia

กรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย

เงื่อนไข

กรณี OP

เป็นการส่งต่อกรณีผู้ป่วยนอก ที่เข้าเกณฑ์ OPAE หรือ สิทธิว่างเท่านั้น

กรณี IP

- ต้องเป็นผู้ป่วยใน จากหน่วยบริการต้นทางจนถึงปลายทาง
- เบิกค่าใช้จ่ายได้ ทั้งส่งไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า และรับกลับพักฟื้นหน่วยบริการใกล้บ้าน
- ไม่นับรวมการส่งไปตรวจพิเศษ ระหว่างการนอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

กรณีค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย



อัตราจ่าย

ค่ารถ : (จ่ายตามระยะทางกรมทางหลวง)

- กรณีระยะทางไป-กลับ **ที่ไม่เกิน 50 กม.** จ่ายตามจริง **ไม่เกิน 500 บาท**
- กรณีระยะทางไป-กลับ **มากกว่า 50 กม.** จ่าย **500 บาท** + จ่ายเพิ่มอัตรา กม.ละ 4 บาท ตามระยะทางไป-กลับ

ค่าเรือ : ขึ้นอยู่กับประเภทของเรือจ่าย **ไม่เกิน 35,000 บาท**

ค่าเฮลิคอปเตอร์ : จ่ายตามชนิดเครื่องยนต์และระยะเวลาในการบิน
(ประสานผ่านและได้รับการอนุมัติจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.)
จ่าย**ไม่เกิน 160,000 บาท**ต่อครั้ง

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย

หน่วยบริการที่สามารถขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขกรณีให้เคมีบำบัด หรือ ฮอร์โมน หรือรังสีรักษา ต้องเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตามที่ สปสช.กำหนด คือ

- 1) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปเพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการเคมีบำบัดหรือฮอร์โมน
- 2) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา

การรักษากรณีโรคมะเร็ง แบ่งเป็นกรณี ดังนี้

1. กรณีโรคมะเร็ง **20** ชนิด ที่มีโปรโตคอลในการรักษา แยกเป็น

- กรณีให้การรักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด
- กรณีไม่ได้รักษาตามโปรโตคอลที่กำหนด

2. กรณีโรคมะเร็งที่ไม่มีโปรโตคอลในการรักษา ได้แก่โรคมะเร็ง นอกเหนือจากที่กำหนดในข้อ 1.

โรคมะเร็งที่กำหนดใช้โปรโตคอลปี 2564



ที่	ปี 2564
1	มะเร็งเต้านม (Breast cancer)
2	มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer)
3	มะเร็งรังไข่ (Ovarian cancer)
4	มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharyngeal cancer)
5	มะเร็งปอด (Lung cancer)
6	มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colo-Rectal cancer)
7	มะเร็งหลอดอาหาร (Esophageal cancer)
8	มะเร็งตับและท่อน้ำดี (Liver & Cholangiocarcinoma)
9	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Cancer)
10	มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer)
11	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมโฟยด์ในผู้ใหญ่ (Adult acute lymphoblastic leukemia : ALL)
12	มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่ (Lymphoma)
13	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Acute Myeloid Leukemia : AML)
14	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่ แบบ Acute promyelocytic leukemia (APL)
15	มะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ (Chronic Myeloid Leukemia : CML)
16	มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมา (Myeloma)

ที่	ปี 2564
17	มะเร็งมดลูก (Uterine cancer) เริ่ม 1 ม.ค. 61
18	มะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach Cancer) เริ่ม 1 ม.ค. 61
19	มะเร็งกระดูกชนิด osteosarcoma เริ่ม 1 ม.ค. 61
20	มะเร็งเด็ก (Pediatric cancer) เริ่ม 1 เม.ย.61

การจ่ายชดเชยกรณีการรักษาโรคมะเร็ง

ประเภท	ชนิดมะเร็ง	การรักษา	การจ่ายชดเชย
OP	20 โปรโตคอล	รักษาตรงตามโปรโตคอล	จ่ายค่ายาไม่เกินราคาที่ประกาศ+ค่าผสมยา 160 บาท/วัน และรังสีรักษาไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
		รักษาไม่ตรงโปรโตคอล	จ่ายค่ายาทุกรายการตามจริง + ค่าผสมยา 160 บาท/วัน รวมแล้วไม่เกินเพดานราคา 2,300 บาท และรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
	มะเร็งทั่วไป	จ่ายค่ายาและรังสีรักษา รวมไม่เกินเพดาน 4,000 บาท	
IP	20 โปรโตคอล	รักษาตรงตามโปรโตคอล	จ่าย Deduct DRGs (CCUF) Add on ค่ายามะเร็งตามราคาเรียกเก็บไม่เกินเพดานราคาที่ประกาศ รังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs
		รักษาไม่ตรงโปรโตคอล	จ่าย DRGs ปกติ ไม่มี add on ยามะเร็ง <u>ในเขต</u> จ่ายอัตราเบื้องต้น 8,350 บาท/AdjRW มีการหักเงินเดือนของหน่วยงานภาครัฐ <u>ข้ามเขต</u> จ่ายAdj.RW 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่หักเงินเดือน
	มะเร็งทั่วไป		

-ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย, ค่าตรวจ LAB , และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ หน่วยบริการประจำเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

-ค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากเพดานการจ่ายชดเชยของ สปสช. ในหมวดค่ายาเคมี/ยาฮอร์โมน /รังสีรักษา / รังสีวางแผน หน่วยบริการที่รักษาไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำหรือผู้ป่วยได้อีก

รายการรหัสเบิกจ่ายการรักษาสำหรับการรักษามะเร็งที่กำหนดแนวทางการรักษา (Protocol) บริการ OP

No	CODE	NAME	COST	UNIT
1	RTX101	การตรวจและกำหนดแผนการรักษาด้วยรังสี	900.00	ครั้ง
2	RTX102	การจำลองการฉายรังสี 2 มิติ	800.00	ครั้ง
3	RTX103	การคำนวณตามแผนการรักษา 2 มิติ	700.00	ครั้ง
4	RTX104	การจำลองการฉายรังสี 3 มิติ	4,100.00	ครั้ง
5	RTX105	การคำนวณตามแผนการรักษา 3 มิติ	4,000.00	ครั้ง
6	RTX106	การคำนวณตามแผนการรักษาแบบ IMRT	7,900.00	ครั้ง
7	RTX107	การทำ Customized block	1,600.00	ครั้ง
8	RTX108	การทำอุปกรณ์ยึดอวัยวะในการฉายรังสี (Mask)	2,400.00	ครั้ง
9	RTX201	การฉายรังสีด้วยเครื่อง Co-60	300.00	field
10	RTX202	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาคพิเศษ MLC	600.00	field
11	RTX203	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค	500.00	field
12	RTX204	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค with Electron and MLC	600.00	field
13	RTX205	การฉายรังสี IMRT	3,300.00	ครั้ง
14	RTX206	การใส่แร่ซีเซียม-137	7,000.00	ครั้ง
15	RTX207	การใส่แร่อริเดียม-192	5,800.00	ครั้ง
16	RTX208	การฝังแร่อริเดียม-192	6,000.00	course
17	RTX209	Half Body Irradiation	4,100.00	ครั้ง
18	RTX210	การฉายรังสี SRS	65,000.00	course
19	RTX211	การฉายรังสี SRT	65,000.00	course
20	RTX212	Total body irradiation	20,000.00	course
21	RTX213	การฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด (IORT)	5,700.00	field
22	RTX214	คำรักษาด้วยเครื่อง Hyperthermia	1,600.00	ครั้ง

หมายเหตุ

คำนิยามของคำว่า "field" คือ ทิศทางการเข้าของรังสี ซึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่ง "field" ต่อหนึ่งบริเวณ/อวัยวะ (สมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย ลงวันที่ 20 เมษายน 2553)

หลักเกณฑ์

- ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile Cataract)
- ระดับการมองเห็น (V/A) แย่กว่า 20/200
- มีอายุ 40 ปีขึ้นไป
- ผู้ป่วยโรคต้อกระจกอื่นหรือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมด้วยสาเหตุอื่น ๆ รับการชดเชยตามระบบ DRGs ปกติ

อัตราจ่ายค่าผ่าตัด

- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนชดเชย ช้างละ 7,000 บาท
- มีภาวะแทรกซ้อนชดเชย ช้างละ 9,000 บาท
- VA ดีกว่าหรือเท่ากับ 20/200 ชดเชย ช้างละ 5,000 บาท

จ่ายชดเชยค่าเลนส์แก้วตาเทียม

- เลนส์พับได้ ช้างละ 2,800 บาท
- เลนส์แข็ง ช้างละ 700 บาท

หากซื้อเลนส์เองไม่
สามารถเบิกส่วนต่างได้

หมายเหตุ: -มีการจัดสรรเป้าหมายการผ่าตัดระดับเขต
-เฉพาะเลนส์ที่อยู่ในประกาศของ สปสช.และชนิด เลนส์ตามรหัส Instrument

1. หน่วยบริการที่รักษา (HCODE)

ต้องผ่านการตรวจประเมินศักยภาพตาม ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2561

2. การตรวจสอบเงื่อนไขการให้บริการ PCI ตรวจสอบจากรหัส ICD9 ที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ PCI

3. กรณีหน่วยบริการ ที่ไม่ผ่านการขึ้นทะเบียนหรือยังไม่เข้าร่วมการตรวจประเมินจะ ไม่ได้รับ การจ่ายชดเชย ทั้งกรณีผู้ป่วยในและรายการอุปกรณ์ (Instrument) กรณีให้บริการผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ให้ยุทธวิธีเป็นเอกสารเป็นรายๆ

G33 ไม่ใช่หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเฉพาะด้าน PCI หากให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินส่งเอกสารเพื่อยุทธวิธีการเบิกจ่ายมาที่แผนงานสนับสนุนระบบบริการโรคเรื้อรังและโรคเฉพาะ สปสช

อัตราการจ่ายกรณี PCI ปี 2564

1. กรณี IP จ่ายตาม DRGs

ในเขต จ่ายอัตราเบื้องต้น **8,350 บาท/AdjRW** มีการหักเงินเดือนของหน่วยบริการของรัฐ
ข้ามเขต จ่าย Adj.RW **9,600 บาท/AdjRW** โดยไม่หักเงินเดือน

อัตราจ่ายพิเศษเขต 11
8,600 /adj.RW

2. กรณีค่าอุปกรณ์ (Instrument)

- 2.1 รายการ Stent **4305A** เบิกในระบบ **VMI** อย่างเดียวเท่านั้น ยกเว้น กรณีมีปัญหาในการใช้ สามารถยุทธวิธีได้เป็นราย ๆ
- 2.2 รายการอุปกรณ์อื่น ๆ จ่ายตามเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคาเพดานรวม stent 4304

มีการกำหนดเกณฑ์ศักยภาพหน่วยบริการ

และ ตรวจสอบจากรหัสเหตุการณ์ที่กำหนด

อัตราการจ่ายชดเชย


1. กรณี IP จ่ายตาม DRGs

ในเขต จ่ายอัตราเบื้องต้น 8,350 บาท/AdjRW มีการหักเงินเดือนของหน่วยงานภาครัฐ

ข้ามเขต จ่ายAdj.RW 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่หักเงินเดือน

2. กรณีค่าอุปกรณ์ (Instrument)

จ่ายตามเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคาเพดาน



อัตราจ่ายพิเศษเขต 11
8,600 /adj.RW

เงื่อนไขการจ่ายชดเชยกรณีการผ่าตัดข้อเข่า

1. เบิกได้เฉพาะ หน่วยบริการที่กำหนดตามประกาศฯ
กรณีไม่ใช้หน่วยที่กำหนด **ติด Deny : D39**

2. การเบิกอุปกรณ์ข้อเข่า (รหัส 7004,7005)

2.1 จ่ายชดเชยเป็นเงินค่าข้อเข่า

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

กรณี ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน (Medial Unicompartmental Knee Arthroplasty, UKA) บันทึกรหัส 7004B และ 7005B ไม่ต้องขออนุมัติ PA

D39 ไม่ใช้หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการผ่าตัดข้อเข่า กรณีต้องการอุทธรณ์ติดต่อที่ สปสช.เขต เพื่อพิจารณาศักยภาพหน่วยบริการ และการเบิกจ่ายในกรณีนี้

3. ผู้รับบริการ

3.1 อายุ > 55 ปี จ่ายทุกกรณี

3.2 อายุ <= 55 ปี

1) Primary OA (M170,171,179) ต้องมีการ **Pre-authorize** หากไม่มี ผล PA ข้อมูลจะติด **Deny D38**

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

อัตราการจ่ายชดเชยกรณีผ่าตัดข้อเข่า











- 1. กรณี IP** จ่ายตาม DRGs
ในเขต จ่ายอัตราเบื้องต้น 8,350 บาท/AdjRW มีการหักเงินเดือนของหน่วยงานภาครัฐ
ข้ามเขต จ่ายAdj.RW 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่หักเงินเดือน
- 2. ค่าอุปกรณ์ข้อเข่า** (รหัส 7004,7005)
 - เบิกเป็นเงิน เท่านั้น
 - จ่ายชดเชยเป็นค่าข้อเข่าในโปรแกรม e-Claim จ่าย Add on ตามเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคาพีดาน
- 3. กรณีข้อมูลที่ต้องผ่านการ Pre-authorize** จะถูกปฏิเสธการจ่าย (DENY D38) ทั้งค่าผ่าตัดและอุปกรณ์ หลังได้รับรายชื่อผู้ป่วยที่ผ่านระบบ Pre-authorize จาก สปสช.เขต จึงจะนำมาข้อมูลมาจ่ายชดเชยตามรอบ STM

ข้อมูล ใน e-Claim

- เพิ่มการบันทึก ข้างที่ผ่าตัด
- ระบุชื่อบริษัท และรุ่นที่ใช้ข้อเข่าเทียม

ประเด็นที่มีการปรับปรุงประสิทธิภาพ

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		
กำหนดรายชื่อหน่วยบริการที่มีสิทธิเบิกชดเชยค่ายา Opioid		

*เมื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ 7x7 และคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนแล้ว จะแจ้งให้ทราบต่อไป

แนวทางการจ่ายค่าบริการ Palliative care for end of life care

1 ค่าบริการตามระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	ค่าบริการ Fix cost (บาท) *	ค่าบริการรายเดือน (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 จ่ายให้หน่วยบริการที่ดูแลจนป.ล.่าสุด

** จ่ายทุกเดือน และหยุดจ่ายเมื่อครบ 6 เดือน

2 ร่าง ค่ายา Opioid

รายการ	เงื่อนไข
อัตราจ่าย	750 บาท/คน/เดือน
ระยะเวลาที่จ่าย	จ่ายให้ทุกเดือนจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต

เมื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ 7x7 และคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน แล้ว จะแจ้งให้ทราบต่อไป

แนวทางการจ่ายค่าบริการตามระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

เงื่อนไขการจ่าย

หน่วยบริการ

จ่ายให้หน่วยบริการที่มีการจัดทำ Advance care plan และมีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เงื่อนไขการ รายงานข้อมูล เพื่อการเบิกจ่าย


- กลุ่มโรคตามที่กรมการแพทย์กำหนด
- มีรหัสการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Z51.5)
- มีรหัสการทำ Advance care plan (Z 71.8)
- มีการรายงานกิจกรรมในการดูแลที่บ้าน
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 3 วันหลังจากวันลงทะเบียน ถือว่าไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการการดูแลแบบประคับประคอง
- กรณีผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องจากปี 63 ให้หน่วยบริการเข้าไปลงทะเบียนและบันทึกการไปดูแลที่บ้าน ทุกครั้งตามจริง ให้แล้วเสร็จภายใน 30 พย.63

อัตราจ่าย

อัตรา 1,000 บาท/คน/เดือน จนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต และหรือไม่เกิน 6 เดือน

ร่าง แนวทางการจ่ายค่ายา Opioid

เงื่อนไขการจ่ายค่ายา

หน่วยบริการ	จ่ายให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดหาและสั่งจ่ายยา Opioid ที่ผ่านการอนุมัติจาก สปสช.	 Document
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (รหัส C00-C69 และ รหัส D37-48) และได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Z51.5)	
รหัสยา	หน่วยบริการต้องบันทึก Drug list ตามรหัส TMT ใน e-Claim ให้ครบถ้วน	
อัตราจ่าย	750 บาท/คน/เดือน (เหมาจ่ายรายเดือน)	

หมายเหตุ *เมื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ 7x7 และคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนแล้ว จะแจ้งให้ทราบต่อไป

3.4 กรณีที่ต้อง
บริหารแบบ
เฉพาะโรค

- 1.การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย
(Thalassemia)
- 2.การดูแลผู้ป่วยวัณโรค
(Tuberculosis)
- 3.การดูแลแบบประคับประคอง
(Palliative care)
- 4.Disorders of small molecules
- 5.วัณโรคระยะแฝงในเด็ก



5.2 ปล่อยให้หน่วยบริการ	
	1.อุปกรณ์สำหรับคนพิการรวมค่าซ่อม
	2.อุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการ
	3.บริการฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ
	4.บริการฟื้นฟูในชุมชน
	5.IIMC

1. กองทุนเอคส์

ยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง
บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
ส่งเสริมการจัดบริการ

2. กองทุนไตวายเรื้อรัง

HD
PD
EPO (HD SelfPay)
ผ่าตัดปลูกถ่ายไต

3. กองทุนควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง

จิตเวชชุมชน
DM / HT




6.PCC	
	ค่าบริการระดับปฐมภูมิ บริการด้านยา และเวชภัณฑ์ จัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน (50 บาท) Telehealth/Telemedicine หน่วยร่วมบริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์/กายภาพบำบัด



7. Coronavirus Disease 2019 (COVID19)	
	ค่าบริการเก็บตัวอย่าง (100 บาท) ค่าบริการตรวจแลป (600 บาท) ค่ายา (FSS ไม่เกิน 7200 บาท) ค่าห้องควบคุมและค่าอาหาร (ห้องควบคุม 2500/ห้องเฉพาะกิจ 1500) ค่าชุด PPE (740 บาท)
	ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย (3,700 บาท)



 dreamstime.com

30 3884 8096 © JARAF79

UC

ODS



โรคและหัตถการ One Day Surgery ที่ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2561-2563

ปี 2561 (เริ่ม 1 ม.ค.2561)	ปี 2562 (เริ่ม 1 ม.ค.2562)	ปี 2563 (เริ่ม 1 ม.ค.2563)
1) Inguinal hernia	13) Foreign body of upper Gastrointestinal Tract	25) Orchidectomy
2) Hydrocele	14) Pterygium Excision	26) Hysteroscopy
3) Hemorrhoid	15) Female sterilization	27) Amputation finger
4) Vaginal bleeding	16) Percutaneous fracture fixation	28) Wide excision breast mass
5) Esophageal varices, Gastric varices	17) Fistula in ano	29) Simple mastectomy
6) Esophageal stricture	18) Perirectal, Perianal abscess	30) Breast conservative surgery
7) Obstructive esophageal cancer/tumor	19) Breast abscess	31) Tongue tie release
8) Colorectal polyp	20) Vesicle stone	
9) Bile duct stone	21) Ureteric stone	
10) Pancreatic duct stone	22) Urethral stone	
11) Bile duct stricture	23) Urethral stricture	
12) Pancreatic duct stricture	24) Anal fissure	

154 แห่ง

1 จังหวัด ที่ยังไม่ผ่านการประเมินเข้าร่วมโครงการฯ : แม่ฮ่องสอน

22,496 ราย

ปี 2561=5,600 ราย, ปี 2562=12,018 ราย, ปี 2563=4,878 ราย

- | | |
|----------------------------|-----------|
| 1) Inguinal hernia | 5,481 ราย |
| 2) Colorectal polyp | 5,295 ราย |
| 3) Esophagogastric varices | 2,973 ราย |

- ผู้ป่วยที่ยกเลิกหัตถการก่อนวันผ่าตัด 262 ราย (1.16%)
- ผู้ป่วยที่ยกเลิกหัตถการในวันผ่าตัด 158 ราย (0.7%)
- ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลนานเกิน 24 ชั่วโมง 1,821 ราย (8.1%)
- ผู้ป่วยที่กลับมาอนโรงพยาบาลก่อนนัดหมาย 137 ราย (0.6%)
- ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน 1,719 ราย (7.6%)

91.8%



รพ.ที่ผ่านการประเมิน



จำนวนผู้ป่วย



โรคที่ทำให้หัตถการมากที่สุด



ผู้ป่วยที่ Drop out, เกิดภาวะแทรกซ้อน, เปลี่ยนแผนการรักษา



ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ

113 แห่ง

5 จังหวัด ที่ยังไม่ผ่านการประเมินเข้าร่วมโครงการฯ : แม่ฮ่องสอน ปทุมธานี เพชรบุรี ระยอง ชัยภูมิ

18,349 ราย

ปี 2562=13,492 ราย , ปี 2563=4,857 ราย (ที่มา : สปสช)

- | | |
|--------------------------------------------|-----------|
| 1) Laparoscopic cholecystectomy | 4,487 ราย |
| 2) Laparoscopic supracervical hysterectomy | 298 ราย |
| 3) Laparoscopic sigmoidectomy | 33 ราย |
- (ที่มา : สปสช)

จำนวนและสาเหตุของการ Convert to Open

- Adhesion 5 ราย (0.53%)
- uncertain anatomy 5 ราย (0.53%)
- Organ injury 2 ราย (0.2%)
- Uncontrolled bleeding 1 ราย (0.1%)
- ความไม่พร้อมในอุปกรณ์ผ่าตัด 1 ราย (0.1%)

93.0%

กรมการแพทย์ขอความร่วมมือราชวิทยาลัยและสมาคมการแพทย์
ที่เกี่ยวข้องพิจารณาเสนอหัตถการเพื่อส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการ
One Day Surgery (ODS) & Minimally Invasive Surgery (MIS)
ในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ดังนี้



หัตถการที่ขอเพิ่ม
One Day Surgery (ODS)
14 หัตถการ



หัตถการที่ขอเพิ่ม
Minimally Invasive Surgery (MIS)
9 หัตถการ



อัตราการจ่าย

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) จำนวนอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) โดยจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต ดังนี้

1. กรณีในเขต อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วย ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget โดยในปีงบประมาณ 2562 จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,050 บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)

หมายเหตุ สำหรับหน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง

2. กรณีนอกเขต หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) โดยไม่ปรับลดค่าแรง

ปัจจุบันมีรายการโรคที่กำหนดเป็นบริการผ่าตัด One Day Surgery (ODS) รวม 24 กลุ่มโรค ดังนี้

1. โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia)
2. โรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele)
3. โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid)
4. ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (Vaginal bleeding)
5. หลอดเลือดดำของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารขอด (Esophageal varices, Gastric varices)
6. ภาวะหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture)
7. โรคมะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามที่อุดตัน (Obstructive esophageal cancer/tumor)
8. ตึงเนื้ออกลำไส้ใหญ่ (Colorectal polyp)
9. นิ่วในท่อน้ำดี (Bile duct stone)
10. นิ่วในท่อตับอ่อน (Pancreatic duct stone)
11. ภาวะท่อน้ำดีตีบ (Bile duct stricture)
12. ภาวะท่อตับอ่อนตีบ (Pancreatic duct stricture)

13. สิ่งแปลกปลอมในทางเดินอาหารส่วนต้น (Foreign body of upper Gastrointestinal Tract)
14. การผ่าตัดตัดเนื้อ (Pterygium Excision)
15. การทำหมันแห้งในผู้หญิง (Female sterilization)
16. การจัดกระดูกหักให้เข้าที่ โดยการผ่าตัดผ่านผิวหนังด้วยแผลขนาดเล็ก (Percutaneous fracture fixation)
17. ฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano)
18. ฝีรอบไส้ตรง ทวารหนัก (Perirectal, Perianal abscess)
19. ฝีเต้านม (Breast abscess)
20. นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesicle stone)
21. นิ่วในท่อไต (Ureteric stone)
22. นิ่วในท่อปัสสาวะ (Urethral stone)
23. ท่อปัสสาวะตีบ (Urethral stricture)
24. แผลฉีก หรือแผลปริที่ขอบทวาร (Anal fissure)

2. การบันทึกรหัสการวินิจฉัยโรค (F2)

บันทึกรหัสการวินิจฉัยโรคในหน้า F2 ให้ถูกต้องครบถ้วนตามที่กำหนด โดยสอดคล้องกับหลักฐาน
ในเวชระเบียน

3. การบันทึกรหัสการผ่าตัดหัตถการ (F3)

บันทึกรหัสการผ่าตัดหัตถการในหน้า F3 ให้ถูกต้องครบถ้วนตามที่กำหนด โดยสอดคล้องกับหลักฐาน
ในเวชระเบียน

5. การบันทึกเบิกรายการอุปกรณ์

กรณีต้องการเบิกรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ตามประกาศสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ โดยบันทึกในหมวดอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา ในหน้าค่ารักษาพยาบาล (F5)

รายละเอียดกลุ่มโรค รหัสโรค (ICD-10 2010) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM2010)

กรณีบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
1. Inguinal hernia	<p>ICD10 –</p> <p>ICD9 :</p> <p>53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified</p> <p>53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia</p> <p>53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia</p> <p>53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified</p> <p>53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified</p> <p>53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia</p> <p>53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia</p>

2.Hydrocele

ICD10 –

ICD9 :

61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)

3. Hemorrhoid

ICD10 –

ICD9 :

49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy

49.45 Ligation of hemorrhoids

49.46 Excision of hemorrhoids

49.49 Other procedures on hemorrhoids

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
4. Vaginal bleeding	<p>ICD10 –</p> <p>ICD9 :</p> <p>68.16 Closed biopsy of uterus</p> <p>68.21 Division of endometrial synechiae</p> <p>68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus</p> <p>68.23 Endometrial ablation</p> <p>68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus</p>
5. Esophagogastric varices (Esophageal varices, Gastric varices)	<p>ICD10 :</p> <p>I85.0 Oesophageal varices with bleeding</p> <p>I85.9 Oesophageal varices without bleeding</p> <p>I86.4 Gastric varices</p> <p>I98.2* Oesophageal varices without bleeding in diseases classified elsewhere</p> <p>I98.3* Oesophageal varices with bleeding in diseases classified elsewhere</p> <p>ICD9 :</p> <p>42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus</p>

กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
9. Common bile duct Stone (Bile duct stone)	ICD10 : K80.0 Calculus of gallbdr w ac cholecystitis K80.1 Calculus of gallbdr w oth cholecystitis K80.2 Calculus of gallbdr w/o cholecystitis K80.3 Calculus of bile duct w cholangitis K80.4 Calculus of bile duct w cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystitis ICD9 : 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct 51.88 Endoscopic removal of stone(s) from biliary tract

16. Percutaneous fracture
fixation

ICD10 :

- S42.1 Fracture of scapula
- S42.2 Fracture of upper end of humerus
- S42.3 Fracture of shaft of humerus
- S42.4 Fracture of lower end of humerus
- S42.7 Multiple fractures of clavicle, scapula and humerus
- S42.8 Fracture of other parts of shoulder and upper arm
- S42.9 Fracture of shoulder girdle, part unspecified
- S52.0 Fracture of upper end of ulna
- S52.1 Fracture of upper end of radius
- S52.2 Fracture of shaft of ulna
- S52.3 Fracture of shaft of radius
- S52.4 Fracture of shafts of both ulna and radius

S82.4 Fracture of fibula alone

S82.5 Fracture of medial malleolus

S82.6 Fracture of lateral malleolus

S82.7 Multiple fractures of lower leg

S82.8 Fractures of other parts of lower leg

S82.9 Fracture of lower leg, part unspecified

S92.0 Fracture of calcaneus

S92.1 Fracture of talus Astragalus

S92.2 Fracture of other tarsal bone(s)

S92.7 Multiple fractures of foot

ICD9 :

78.1 Application of external fixator device

Minimally Invasive Surgery (MIS)

โรค	หัตถการ
1) Acute appendicitis	1) Laparoscopic appendectomy
2) CA. rt.side colon	2) Laparoscopic / hand assist Rt. Hemicolectomy
3) CA. prostate	3) Laparoscopic radical prostatectomy
4) Adrenal gland tumor	4) Laparoscopic adrenalectomy
5) Chronic sinusitis, nasal polyp, benign tumor of nasal cavity/sinuses, malignant tumor of nasal cavity/sinuses	5) Endoscopic sinus surgery
6) Benign neoplasm of corpus uteri/other part of uterus	6) Laparoscopic myomectomy
7) Benign neoplasm of ovary, torsion of ovary , endometriosis of ovary	7) Laparoscopic unilateral salpingo-oophorectomy/ oophorectomy
8) ACL & Meniscal injury	8) Arthroscopic repair
9) Epiphora Stenosis and insufficiency of lacrimal passage	9) Endoscopic Dacryocystorhinostomy



สิทธิข้าราชการ และ อปท.

Acute renal failure

อัตราจ่าย :: ตามเงื่อนไขการจ่าย
ประเภทผู้ป่วยใน (DRGs)

เงื่อนไข ::

- ❖ กรณีที่รับผู้ป่วยที่นอนนานเกิน 35 วัน ให้เบิกค่าฟอกเลือดแยกจาก DRGs โดยให้แยกเบิกผ่านโปรแกรม DMIS_HD (สิทธิ อปท.)

Chronic disease

อัตราจ่าย ::

- ค่าฟอกเลือด ครั้งละ 2,000 บาท
- ค่าตรวจ Lab ตามรหัสและอัตราที่กำหนด
- ค่ายา สถานพยาบาลของรัฐตาม Prize list ของ รพ. / สถานพยาบาลเอกชนตามรายการและอัตราที่กำหนด

เงื่อนไข ::

- ❖ กรณีที่ผู้มีสิทธิเป็นสิทธิประกันสังคมตนเองและอาศัยสิทธิจากสิทธิข้าราชการ/สิทธิ อปท. ให้สามารถเบิกส่วนต่างค่าฟอกเลือดได้ 500 บาท
- ❖ กรณีที่เครื่องฟอกไตของสถานพยาบาลรัฐไม่เพียงพอให้ ส่งตัวไปเข้ารับบริการ ในรพ.เอกชน โดยบันทึกการส่งต่อผ่านระบบโปรแกรม DMIS_HD
- ❖ สถานพยาบาลเอกชนที่รับการส่งต่อ สามารถให้บริการฟอกเลือด ตรวจ LAB และเบิกยาผ่านระบบโปรแกรม DMIS_HD ได้ ตามรายการและอัตราที่ประกาศกำหนด

กรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กรณีผู้ป่วยนอก

1. สถานพยาบาลของรัฐ

- 1.1 ค่าฟอกเลือด
- 1.2 ค่ายาและสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือด ได้แก่ Erythropoietin , Parenteral , Albumin , IV iron
- 1.3 ค่าเลือดและอุปกรณ์การให้เลือด
- 1.4 ค่าสายและการสวนสาย Double lumen
- 1.5 ค่า Lab & X-ray ที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือด

- ข้อ 1.1 จ่ายครั้งละ 2,000 บาท
- ข้อ 1.2 จ่ายตามเรียกเก็บ
- ข้อ 1.3-1.5 จ่ายตามที่กระทรวงการคลังกำหนด
- สิทธิ อปท. บันทึกโปรแกรม DMIS (HD)
- สิทธิข้าราชการ ส่งตามระบบเดิม

2. สถานพยาบาลเอกชน

- 1.1 ค่าฟอกเลือด
- 1.2 ค่ายาและสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือด ได้แก่ Erythropoietin , Parenteral , Albumin , IV iron
- 1.3 ค่า Lab & X-ray ที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือด

- ข้อ 1.1 จ่ายครั้งละ 2,000 บาท
- ข้อ 1.2 และ 1.3 จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด
- สิทธิ อปท.
- บันทึกโปรแกรม DMIS (HD)
- สิทธิข้าราชการ ส่งตามระบบเดิม

การส่งข้อมูลสิทธิข้าราชการ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2564

การส่งข้อมูล Lab catalog (หมวด 7) อยู่ระหว่างดำเนินการ โดยจะขึ้นระบบให้สถานพยาบาลทดสอบในเดือนพฤศจิกายน 2563 และเริ่มระบบจริง เดือน มกราคม 2564 โดยกำหนดรูปแบบการส่งข้อมูล ดังนี้

- ❖ การส่งรายการ Lab catalog ตามโครงสร้างที่กำหนดผ่านหน้าเว็บ
 - ❖ บันทึกข้อมูลเบิกในระบบโปรแกรม e-Claim
- ** รูปแบบคล้าย Drug catalog

โดยจะมีการประกาศผ่านหน้าเว็บ e-Claim ให้ทราบอีกครั้ง



สิทธิประกันสังคม

สิทธิประกันสังคม

ปรับปรุงเงื่อนไขการเบิกจ่าย กรณีการรักษาโรคมะเร็งที่กำหนดโปรโตคอล

เดิม

จ่ายชดเชยตามโปรโตคอลที่กำหนด 10 กลุ่มโรค กรณีรักษาตามโปรโตคอล



ปรับปรุงใหม่

จ่ายชดเชยตามโปรโตคอลที่กำหนด 20 กลุ่มโรค กรณีรักษาตามโปรโตคอล

1.โรคมะเร็งเต้านม 2.โรคมะเร็งปากมดลูก 3.โรคมะเร็งรังไข่ 4.โรคมะเร็งมดลูก 5.โรคมะเร็งโพรงหลังจมูก 6.โรคมะเร็งปอด 7.โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ใหญ่ตรง 8.โรคมะเร็งหลอดอาหาร 9.โรคมะเร็งตับ และท่อน้ำดี 10.โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ 11.โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก 12.โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร 13.โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมโฟยด์ในผู้ใหญ่ 14.โรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ในผู้ใหญ่ 15.โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ 16.โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่แบบ Acute Promyelocytic leukemia (APL) 17.โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่ 18.โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมาในผู้ใหญ่ 19.โรคมะเร็งกระดูกชนิด Osteosarcoma ในผู้ใหญ่ 20.โรคมะเร็งเด็ก