



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยง
ด้านการเงินของหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๔.๒ ข้อ ๓๔.๓ และข้อ ๓๔.๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

๓.๑ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็ก และเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและการปลูกถ่ายตับในเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๓ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

๓.๒ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

ข้อ ๕ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๕.๑ การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๒ การจัดหากระจกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๓ การผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖
หมายเลขใบรับรอง: ca506ea4410f8cb38ce671c243e1df7
เวลาดำเนินการ: 2023-03-31 14:07
ลงนามโดย: จเด็จ ธรรมธัชอารี
หมายเลขเอกสาร: 65f2-88cd-7ca7



(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนวทำนองประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงิน
ของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness)

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินชั่วโมงละ ๑๒,๐๐๐ บาท

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๕.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือบันทึกหลักฐานการให้บริการของหน่วยบริการในเวชระเบียน และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ ของหน่วยบริการ ดังนี้

๖.๑ พบเอกสารหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์ในการวินิจฉัยโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) รวมทั้งหลักฐานในการสนับสนุนการวินิจฉัย

๖.๒ พบเอกสารหลักฐานการให้บริการการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy) ที่มีระยะเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการรักษาในการให้บริการแต่ละครั้งตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๗.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๗.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๖

เอกสารหมายเลข ๒ แนวทำนองประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงิน
ของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

การ จัดหา กระจกตา สำหรับ ผู้ป่วย ผ่าตัด เปลี่ยน กระจกตา

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจัดหากระจกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการโรคกระจกตา ที่ได้รับการวินิจฉัยดวงตาเพื่อใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตา ร่วมกับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ ค่าจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ในอัตราดวงตาดละ ๑๕,๐๐๐ บาท

๒.๒ ค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นในสำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) สำหรับผู้ป่วยโรคกระจกตาดำ ในอัตราดวงตาดละ ๑๓,๐๐๐ บาท

๒.๓ ค่าบริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้สำนักงาน

๔.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๔.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือบันทึกหลักฐานการให้บริการของหน่วยบริการในเวชระเบียน และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๕.๑ พบเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

๕.๒ พบแบบบันทึกการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

๕.๓ พบหลักฐานการจัดหาและบริการดวงตาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้การบริหารจัดการของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

๕.๔ เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยในตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

๕.๕ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs)

ข้อ ๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๖.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๖.๒ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๕

เอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงิน
ของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

การผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ดังนี้

๑.๑.๑ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ สำหรับผู้รับบริการกรณีหัวใจวายอย่างรุนแรง และไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น มีสุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด และได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ โดย

(๑) การจัดสรรอวัยวะและคุณสมบัติของผู้รับบริการ เป็นไปตามประกาศศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

(๒) การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๑.๑.๒ การปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ สำหรับผู้รับบริการที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปีบริบูรณ์ในวันที่รับการผ่าตัด มีสุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด และได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ โดย

(๑) การจัดสรรอวัยวะและคุณสมบัติของผู้รับบริการ เป็นไปตามประกาศศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

(๒) การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๑.๑.๓ การปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย สำหรับผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย อายุมากกว่า ๑๘ ปี ถึง ๖๐ ปี ณ วันที่ลงทะเบียนรอปลูกถ่ายตับ และมีอายุไม่เกิน ๖๕ ปี ในวันผ่าตัดปลูกถ่ายตับ โดย

(๑) ข้อบ่งชี้และคุณสมบัติของผู้รับการปลูกถ่ายตับ ตามเอกสารหมายเลข ๓.๓ แนบประกาศฉบับนี้

(๒) การจัดสรรอวัยวะและคุณสมบัติของผู้รับบริการ เป็นไปตามประกาศศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

(๓) การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๑.๑.๔ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic Stem Cell Transplantation: HSCT) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต โดยมีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขบริการที่กำหนด ตามเอกสารหมายเลข ๓.๔ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่าย ดังนี้

๑.๒.๑ เป็นหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการตาม ๑.๑.๑ - ๑.๑.๓

๑.๒.๒ เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการตาม ๑.๑.๔

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่าย ตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

๒.๑.๑ จ่ายค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ตามแผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol) ตามเอกสารหมายเลข ๓.๑ แนบท้ายประกาศนี้ ทั้งนี้ กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อการผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนดในแผนการรักษาตามชุดบริการ ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดในแผนการรักษาตามชุดบริการ

๒.๑.๒ จ่ายค่าใช้จ่ายการตรวจประเมิน Cardiac Catheterization ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และกรณีที่ให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection ตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

๒.๑.๓ จ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์ในการตรวจประเมิน Cardiac Catheterization ตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

๒.๑.๔ จ่ายค่ายากดภูมิคุ้มกัน ตามเอกสารหมายเลข ๓.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๒.๒ การปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีที่น้ำดีตีตันแต่กำเนิด หรือตบวายจากสาเหตุอื่น ๆ

๒.๒.๑ จ่ายค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ตามแผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol) ตามเอกสารหมายเลข ๓.๒ แนบท้ายประกาศนี้ ทั้งนี้ กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อการผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนดในแผนการรักษาตามชุดบริการ ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดในแผนการรักษาตามชุดบริการ

๒.๒.๒ จ่ายค่าใช้จ่ายกรณีที่ให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection ตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

๒.๒.๓ จ่ายค่ายากดภูมิคุ้มกัน ตามเอกสารหมายเลข ๓.๒ แนบท้ายประกาศนี้

๒.๓ การปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย

๒.๓.๑ จ่ายค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ตามแผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol) ตามเอกสารหมายเลข ๓.๓ แนบท้ายประกาศนี้ ทั้งนี้ กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อการผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนดในแผนการรักษาตามชุดบริการ ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดในแผนการรักษาตามชุดบริการ

๒.๓.๒ จ่ายค่าใช้จ่ายกรณีที่ให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection ตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

๒.๓.๓ จ่ายค่ายากดภูมิคุ้มกัน ตามเอกสารหมายเลข ๓.๓ แนบท้ายประกาศนี้

๒.๔ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic Stem Cell Transplantation : HSCT) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

๒.๔.๑ จ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่าย (ครอบคลุมระยะ Pre-transplant Transplant และ Post-transplant) ดังนี้

(๑) กรณี Autologous

(ก) กลุ่มโรค Multiple myeloma จ่ายในอัตรา ๕๐๐,๐๐๐ บาทต่อราย

(ข) กลุ่มโรคอื่น ๆ จ่ายในอัตรา ๗๕๐,๐๐๐ บาทต่อราย

(๒) กรณี Allogeneic related และ Allogeneic unrelated จ่ายในอัตรา ๑,๕๐๐,๐๐๐ บาทต่อราย

ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายดังกล่าวประกอบไปด้วยค่า HLA matching ค่าทำการปลูกถ่ายไขกระดูก ค่ายากดภูมิคุ้มกัน เคมีบำบัด รังสีรักษา ค่ายารักษาโรคติดเชื้อ หรืออาการแทรกซ้อน ในระหว่างการดูแลผู้ป่วย รวมถึงค่าติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา ๑ ปี นับตั้งแต่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการ

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ดังนี้

๓.๑ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีตันแต่กำเนิด หรือ ตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ และการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย ในกรณี ที่ให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection ให้หน่วยบริการเบิกผ่าน ระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS_CKD)มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อ ข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

๓.๒ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic Stem Cell Transplantation: HSCT) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ให้หน่วยบริการเบิกผ่านระบบบันทึกข้อมูล และประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการ กับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ ประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีตันแต่กำเนิด หรือตับวาย จากสาเหตุอื่น ๆ และการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย ในกรณีที่ให้บริการแล้ว เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามเอกสารหมายเลข ๓.๑ ถึง ๓.๓ แนบท้ายประกาศนี้ การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไป ตามรอบที่กำหนด

ข้อ ๖ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic Stem Cell Transplantation: HSCT) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต การจ่ายค่าใช้จ่ายแบ่งจ่ายเป็น ๒ งวด ตามเอกสารหมายเลข ๓.๔ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๗ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๗.๑ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด (ข้อมูล Y) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่าย ให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๗.๒ ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด : ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล N) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๘ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือบันทึกหลักฐานการให้บริการของหน่วยบริการในเวชระเบียน และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๘.๑ พบเอกสารหลักฐาน การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมต่าง ๆ ที่มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ และหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัย ที่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะตามที่สำนักงานกำหนด

๘.๒ พบเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีบริการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ หรือการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ

๘.๓ พบแบบบันทึกการผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ

๘.๔ พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามแผนการรักษาชุดบริการ ที่มีรายละเอียดของการให้บริการตามที่กำหนดในแต่ละแผนการรักษา ที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๘.๕ พบเอกสารหลักฐานการติดตามการรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด และหลักฐานการส่งจ่ายยาตามจำนวนเดือนที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๘.๖ เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยในตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

๘.๗ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs)

ข้อ ๙ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๙.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๙.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่เป็นการบริการผู้ป่วยนอก

๙.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๘

เอกสารหมายเลข ๓.๑ แนวท่ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงิน พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

ก. อัตราการจ่ายการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

ข. อัตราการจ่ายค่ายาภูมิคุ้มกัน แบ่งตามระยะเวลาหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

ก. อัตราการจ่ายการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (เตรียมตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด)

๑. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
1.1 สำหรับผู้รับบริจาค (Recipient)	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่รวมการตรวจ Cardiac Catheterization	30,000
1.2 สำหรับผู้บริจาคสมองตาย ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor) (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทยโดยผ่านหน่วยบริการที่ผ่าตัด)	- ค่าดูแล Donor - ค่าผ่าตัด - ค่าน้ำยาถอนมอวัยวะ - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	40,000

๒. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
2.1 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-HTX-I - ใ้ยาภูมิคุ้มกัน Cyclosporine + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่าง รับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	310,000
Protocol-HTX-II	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	320,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
- ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ใน ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	
Protocol-HTX-III - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Anti-thymocyte globulin+ Cyclosporine + mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Anti-thymocyte globulin - ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษา - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	375,000
Protocol-HTX-IV - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Anti-thymocyte globulin+ Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Anti-thymocyte globulin - ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ใน ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	380,000
Protocol- HTX-V - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximap + Cyclosporine + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Basiliximab	455,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
	- ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	
Protocol- HTX-VI - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab+ Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Basiliximab - ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	465,000
2.2 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน (Rejection)		
Protocol-ACR - ภาวะ Acute Cellular Rejection	- ค่าทำ Echocardiography - ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่ายา Methylprednisolone - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	30,000
Protocol-AMR - ภาวะ Antibody Mediated Rejection	- ค่าทำ Echocardiography - ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่ายา Methylprednisolone - ค่ายา Intravenous Immunoglobulin - ค่า Plasmapheresis และตัวกรอง Plasma - ค่าสาย Double lumen catheter	320,000

๓. ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
Protocol -Myocardium biopsy หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อหัวใจ (Myocardium biopsy) สามารถเบิกจ่าย ก่อน ระหว่างผ่าตัด หรือ หลังการผ่าตัด	- ค่าทำ Echocardiogram - ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่าห้อง, ค่าอาหาร - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	30,000

ข. อัตราการจ่ายค่ายากดุมมิคัมกัน ตามระยะเวลาหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

เกณฑ์การให้ยาคดุมมิคัมกันภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษา ตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นและการตรวจระดับยาคดุมมิคัมกันหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ซึ่งจะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

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

เอกสารหมายเลข ๓.๒ แบบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงิน พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

การปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ

- ก. อัตราจ่ายการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ
- ข. อัตราการจ่ายค่ายาเคมีคุ้มกัน แบ่งตามระยะเวลาหลังการปลูกถ่ายตับ
- ก. อัตราจ่ายการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ
๑. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
1.1 สำหรับผู้รับบริจาค (Recipient)	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่รวมการตรวจ Cardiac Catheterization	30,000
1.2 สำหรับผู้บริจาค มีชีวิต (living donor)	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้รับบริจาค 1 ราย	40,000
1.3 สำหรับผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor) (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทยโดยผ่านหน่วยบริการที่ ผ่าตัด)	- ค่าดูแล Donor - ค่าผ่าตัด - ค่าน้ำยาถอนอวัยวะ - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	40,000

๒. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
2.1 สำหรับผู้บริจาคมีชีวิตเมื่อเข้ารับการ ผ่าตัด (living donor)	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	100,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
2.2 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-OLT-I - ใช้ยากลุ่ม Cyclosporine + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	410,000
Protocol-OLT-II - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	420,000
Protocol-OLT-III - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab + Cyclosporine + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Basiliximab - ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	555,000
Protocol-OLT-IV - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab+ Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ	565,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
	- ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Basiliximab - ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate	
	ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	
2.3 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีมีภาวะ rejection		
Protocol-ACR - ภาวะ Acute Cellular Rejection	- ค่าทำ Ultrasound - ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่ายา Methylprednisolone - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	30,000

๓. ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
กรณีที่มีการตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อน ระหว่าง ผ่าตัด หรือ หลังการผ่าตัด	- ค่าทำ Ultrasound - ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่าห้อง, ค่าอาหาร - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	10,000

ข. อัตราการจ่ายค่ายากดภูมิคุ้มกัน แบ่งตามระยะเวลาหลังการปลูกถ่ายตับ

เกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษา ตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นและการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ซึ่งจะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

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

เอกสารหมายเลข ๓.๓ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงิน พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

การปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย

ก. ข้อบ่งชี้และคุณสมบัติของผู้รับการปลูกถ่ายตับ

ข. อัตราจ่ายการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย

ค. อัตราการจ่ายค่ายาควบคุมภูมิคุ้มกัน แบ่งตามระยะเวลาหลังการปลูกถ่ายตับ

ก. ข้อบ่งชี้และคุณสมบัติของผู้รับการปลูกถ่ายตับ

๑. ตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้ายที่มีค่าประสิทธิภาพการทำงานของตับ (Child-Pugh score) ตั้งแต่ ๗ ขึ้นไป หรืออาการแสดงถึงภาวะแทรกซ้อนของตับแข็ง และต้องหยุดสุราติดต่อกันไม่น้อยกว่า ๖ เดือน
๒. ไม่มีการติดเชื้อที่ควบคุมไม่ได้ ยกเว้นการติดเชื้อในตับและทางเดินน้ำดี
๓. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์
๔. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
๕. ไม่มีความผิดปกติทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาด้วยการปลูกถ่ายตับในระยะยาว
๖. ไม่เป็นโรคมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาหายขาดนานกว่า ๓ ปีขึ้นไป (ยกเว้นมะเร็งตับ)
๗. ไม่มีโรคร่วม (ยกเว้นโรคตับ) ที่มีความรุนแรงหรือเป็นระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้น

ข. อัตราจ่ายการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย

๑. ค่าใช้จ่ายก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาทต่อราย)
1.1 การประเมินผู้รับบริจาคอวัยวะ (Recipient evaluation)	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ไม่รวมการตรวจ cardiac catheterization	60,000
1.2 การประเมินผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor evaluation)	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้บริจาค 1 ราย	40,000
1.3 การผ่าตัดผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor operation) (หน่วยบริการเบิกจ่ายให้แก่ สภาากาชาดไทย)	- ค่าดูแล Donor - ค่าผ่าตัด - ค่าน้ำยาถอนอวัยวะ - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	40,000

๒. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท/ราย)
สำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor operation) และผู้รับบริจาคอวัยวะ (Recipient operation)	ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด รวมถึงค่าใช้จ่ายกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ เป็นการเหมาจ่ายต่อราย	600,000

Protocol สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด		
กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	
Protocol-OLT-I - ใช้ยาในกลุ่ม cyclosporine + mycophenolate - ไม่รวม complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้อง, ค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	
Protocol- OLT-II - ใช้ยาในกลุ่ม tacrolimus + mycophenolate - ไม่รวม complicationต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้อง, ค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	
Protocol- OLT-III - ใช้ยาในกลุ่ม Basiliximab + cyclosporine + mycophenolate - ไม่รวม complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้อง, ค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Basiliximab - ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	
Protocol-OLT-IV	- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	

Protocol สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด	
กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	
แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ
- ใช้ยากลุ่ม Basiliximap +Tacrolimus +Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ค่าตรวจเอกซเรย์ - ค่าผ่าตัด - ค่าห้องและค่าอาหาร - ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ค่ายา Basiliximab - ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล - ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ระหว่างการรักษา - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
กรณีมีภาวะแทรกซ้อน rejection	
Protocol-ACR - ภาวะ Acute Cellular Rejection	- ค่าทำ Ultrasound - ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่ายา Methylprednisolone - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
Protocol-AMR - ภาวะ Antibody Mediated Rejection	- ค่าทำ Ultrasound - ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ - ค่ายา Methylprednisolone - ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อน ระหว่างผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดและรวมอยู่ในรายการเหมาจ่าย	

ค. อัตราการจ่ายค่ายาภูมิคุ้มกัน แบ่งตามระยะเวลาหลังการปลูกถ่ายตับ

เกณฑ์การให้ยาภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษา ตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นและการตรวจระดับยาภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ซึ่งจะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

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

เอกสารหมายเลข ๓.๔ แนวท่ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงิน พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic Stem Cell Transplantation : HSCT)
สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่น ๆ
ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

ก. ขอบข่ายและเงื่อนไขบริการที่กำหนด

ข. การจ่ายค่าใช้จ่าย แบ่งเป็น ๒ งวด

ก. ขอบข่ายและเงื่อนไขบริการที่กำหนด ดังนี้

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
1) Acute myeloid leukemia in remission 2) Acute lymphoblastic leukemia (ALL) ในระยะ 2.1) First Complete remission (CR): Philadelphia chromosome, T cell ที่มีเม็ดเลือดขาวแรกรับ มากกว่า 100,000/ไมโครลิตร, Hypodiploidy chromosome, Induction failure, Infant ALL with age less than 6 months or initial white count more than 300,000/cumm to Intermediate and High Risk Infant ALL 2.2) Second Complete remission 3) Lymphoma 3.1) First Complete remission (CR) Non- Hodgkin's Lymphoma (NHL) ชนิด high risk ที่เป็น Stage 3 หรือ 4 NHL Burkitt lymphoma, Stage 3 หรือ 4 DLBCL, Stage 3 หรือ 4 T cell ALCL (ALK -), Advanced stage PTCL (NOS) 3.2) Hodgkin's disease (HD) ชนิด high risk; bulky disease และ stage 4 3.3) Relapse ทั้ง NHL และ HD ที่เป็น chemosensitive disease 3.4) Relapsed or Refractory or familial histiocytosis 4) Chronic myeloid leukemia ในทุกระยะ 5) Myelodysplastic syndrome ไชกระดูกผิดปกติ ระยะก่อนเป็นมะเร็ง 6) Non malignant diseases 6.1) Inborn error of metabolisms ได้แก่ 6.1.1) Lysosomal storage diseases ได้แก่	1) มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute leukemia) ในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission) 2) มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเรื้อรัง (Chronic myeloid leukemia: CML) 2.1) ระยะ Chronic phase ที่ไม่สามารถเข้าถึงยาหรือ ไม่ตอบสนองต่อยา tyrosine kinase inhibitor หรือ 2.2) ระยะ Accelerated phase หรือ Blast crisis ที่เข้าสู่ระยะ Chronic phase หรือได้ Complete remission 3) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) 3.1) ในรายที่กลับเป็นอีก (relapse) หรือไม่ตอบสนอง (Refractory) ต่อการให้ยาเคมีบำบัดตามมาตรฐาน ขั้นต้น (First line chemotherapy) ** ในรายที่มี ความเสี่ยงสูง (ผู้ป่วย B-cell aggressive lymphoma ที่ High risk, High-intermediate risk international prognostic index (IPI), T-cell lymphoma หรือ mantle cell lymphoma) ** **หมายเหตุ : ข้อ 3.1) และ 3.2) ควรทำในระยะที่โรคสงบ โดยสมบูรณ์ (Complete remission) หรือระยะที่โรคเข้าสู่ ระยะสงบ (Partial remission) 4) มะเร็ง Multiple myeloma 5) ไชกระดูกผิดปกติชนิด Myelodysplastic syndrome ในระยะที่มีบลาสเซลล์มาก หรือ Chronic myelomonocytic leukemia 6) ไชกระดูกผิดปกติชนิดเป็นพังผืด (Myelofibrosis) 7) ไชกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (Severe aplastic anemia) หรือไชกระดูกฝ่อชนิดที่เป็นร่วมกับภาวะ Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (Hypoplastic PNH)

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
- Gaucher disease - Mucopolysaccharidosis ได้แก่ Type I (Hurler), Type II (Hunter), Type VII (Sly) - Niemann-Pick disease - Krabbe's leukodystrophy 6.1.2) X-linked adrenoleukodystrophy 6.1.3) Osteopetrosis 6.2) Primary immune deficiencies ได้แก่ Severe combined immunodeficiency (SCID), Hyper IgM syndrome, Wiskott-Aldrich syndrome, Chronic granulomatous disease 6.3) Severe aplastic anemia 7) Thalassemia อายุไม่เกิน 10 ปี ซึ่งมีอาการต่อไปนี้ 7.1) มีอาการแสดงของโรคตั้งแต่อายุต่ำกว่า 2 ปี เช่น ซีด ตับ ม้ามโต หน้าตาเปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโตช้า 7.2) ได้เลือดครั้งแรกตั้งแต่อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 4 ปี 7.3) จำเป็นต้องได้รับเลือดสม่ำเสมอทุก 1-2 เดือนต่อครั้ง 7.4) กรณีผู้ป่วยมี HBsAg Positive หรือ anti-HCV positive ต้องได้รับการรักษาจน viral load negative 7.5) กรณีผู้ป่วยมีค่า serum ferritin มากกว่าหรือเท่ากับ 3,000 ng/ml ควรได้รับการประเมินภาวะธาตุเหล็กเกินโดย MRI และมีค่า liver iron concentration < 15 mgFe/gm dry weight รวมทั้ง cardiac T2* อยู่ในเกณฑ์ปกติ	

ข. การจ่ายค่าใช้จ่าย แบ่งเป็น ๒ หมวด ดังนี้

หมวดที่ ๑ จ่ายร้อยละ ๘๐ ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของการให้บริการแต่ละกรณี โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายชดเชย คือ

๑) ผู้ป่วยต้องได้รับการพิจารณารับรองจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตสำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่

๒) รายงานผลการดำเนินงานครั้งแรกในโปรแกรมการลงทะเบียนผู้ป่วย ตามขั้นตอนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

งวดที่ ๒ จ่ายร้อยละ ๒๐ ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของการให้บริการแต่ละกรณี โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายชดเชย คือ

- ๑) หน่วยบริการทำการรักษาผู้ป่วยจนครบตามแผนการรักษา
- ๒) หน่วยบริการบันทึกข้อมูลเริ่มการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต และรายงานผลการติดตามหลังให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ๓๐ วัน (Day ๐+๓๐) ให้สำนักงานทราบ ทั้งนี้ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างได้รับการรักษาให้ส่งข้อมูลรายงานผลการรักษาภายใน ๓๐ วัน ให้สำนักงานทราบ

หมายเหตุ

- ๑) การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต หน่วยบริการต้องดำเนินการดังนี้
 - ๑.๑) ให้การรักษาผู้ป่วยภายในระยะเวลา ๓ เดือน นับแต่ผู้ป่วยได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษามะเร็งด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต
 - ๑.๒) กรณีผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษาภายในระยะเวลา ๓ เดือน ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเพื่อเข้ารับการพิจารณาจากคณะทำงานฯ อีกครั้งหนึ่ง
 - ๑.๓) กรณีผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาได้ไม่ว่ากรณีใดก็ตาม ให้หน่วยบริการแจ้งให้สำนักงานทราบภายในระยะเวลา ๓๐ วัน หลังจากทราบเหตุดังกล่าวเพื่อทำการยกเลิกการเข้าร่วมบริการ
- ๒) กรณีระหว่างการให้บริการในงวดที่ ๒ ยังไม่สิ้นสุดตามเงื่อนไข แต่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนสิทธิหรือเสียชีวิต หน่วยบริการต้องจำหน่ายผู้ป่วยออก และแจ้งให้สำนักงานทราบภายใน ๓๐ วัน หากหน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายในงวดที่ ๑ ไปแล้ว สำนักงานจะไม่จ่ายค่าใช้จ่ายในงวดที่ ๒
- ๓) หน่วยบริการต้องติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาเป็นระยะเวลา ๑ ปี หลังจากมีการจำหน่ายผู้ป่วยออก และบันทึกข้อมูลรายงานผลการติดตามผู้ป่วย ให้สำนักงานทราบ