



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๕.๑ และข้อ ๓๕.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด รวมบริการด้านยาและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง

“การให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT)” หมายความว่า การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจ”

“กรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาในการเข้าถึง” หมายความว่า กลุ่มยาบัญชี จ(๒) กลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู ยา Clopidogrel และโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia และโรคเลือดออกง่ายวอลวิลลิแบรนต์)

“ยาบัญญัติ จ(๒)” หมายความว่า รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ ให้เข้าถึงยาได้อย่างสมเหตุสมผลคุ้มค่าและยั่งยืน ซึ่งมีการจัดกลไกกลางเป็นพิเศษในกำกับกับการใช้ยาภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพ ซึ่งดูแลโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวทางการกำกับการใช้ยาตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ว่าด้วยบัญชียาหลักแห่งชาติ

ข้อ ๔ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๔.๑ การให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT) ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

๔.๒ กรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาในการเข้าถึง ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

หมายเลขใบกำกับ: ca506aa411086c388b671c243a6d7
เวลาต้นฉบับ: 2023-03-31 14:13
เลขามือ: จเด็จ ธรรมธัชอารี
หมายเลขเอกสาร: ๓๕23-2๖๓-5๖7๖

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

การให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT)

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment : MMT) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT)

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาล ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการรับบริการผู้ป่วยนอก ในอัตราครั้งละ ๓๕ บาทต่อวัน

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูล ตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือระบบโปรแกรมอื่น ตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามผลที่ประมวลได้

๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบอบอีกครั้ง

๕.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ หน่วยบริการจะต้องผ่านการขออนุญาตขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

ข้อ ๗ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ ของหน่วยบริการ ดังนี้

๗.๑ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการวินิจฉัยของแพทย์ ในการวินิจฉัยผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น

๗.๒ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีคำสั่งของแพทย์ในการส่งจ่ายสารเมทาโดนที่มีการระบุช่วงเวลาในการส่งจ่ายสารเมทาโดน ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๗.๓ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีการให้บริการ ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๘ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๘.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๘.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๘.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๖

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๙ ให้การบริการและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT) ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ถือเป็นกรณื่อดำเนินการตามประกาศนี้ด้วย

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

กรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาในการเข้าถึง

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาในการเข้าถึง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ดังนี้

๑.๑.๑ ผู้ป่วยที่ได้รับยาบัญชี จ(๒) ตามรายการและข้อบ่งใช้ตามเงื่อนไขบัญชียาหลัก แห่งชาติ เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๑.๒ ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอลลิไลแบรินด์ ตามแนวทางการกำกับการใช้ยา Coagulation factors (factor VIII concentrate, Factor IX concentrate และ Factor IX complex) เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลัก แห่งชาติ

๑.๑.๓ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยก่อนใช้ยา บัญชี จ(๒)

๑.๑.๔ ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู ตามรายการและข้อบ่งใช้ เป็นไป ตามเอกสารหมายเลข ๒.๒ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๑.๕ ผู้ป่วยที่ได้รับยา Clopidogrel เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนา ระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่าย ดังนี้

๑.๒.๑ หน่วยบริการที่มีการสั่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชี จ(๒)

๑.๒.๒ หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามรายการที่กำหนดในข้อ ๒.๒

๑.๒.๓ หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการโรคเลือดออกง่ายและวอลลิไลแบรินด์

๑.๒.๔ หน่วยบริการที่ให้บริการกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่าย ตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ ยาบัญชี จ(๒)

๒.๑.๑ จ่ายเป็นยาหรือเวชภัณฑ์ ตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามเอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๒.๑.๒ จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายกรณีรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early Bleeding Treatment) สำหรับยาแฟคเตอร์ VIII และแฟคเตอร์ IX ในผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอลลิลีแบรนต์ ตามปริมาณแฟคเตอร์ที่ใช้ ตามแนวทางการกำกับการใช้ยา Coagulation factors (Factor VIII concentrate, Factor IX concentrate และ Factor IX complex) เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามรายการบริการและอัตรา ดังนี้

(๑) ค่าแฟคเตอร์ ในอัตรา ๒,๔๖๐ บาทต่อปริมาณแฟคเตอร์ ๒๕๐ IU

(๒) ค่าแฟคเตอร์ ในอัตรา ๔,๙๒๐ บาทต่อปริมาณแฟคเตอร์ ๕๐๐ IU หรือ ๖๐๐ IU

๒.๒ กรณีโรคฮีโมฟีเลียที่มีเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงพิการหรือเสียชีวิต หรือต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน จ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามข้อ ๑.๒.๓ ตามรายการบริการและอัตรา ดังนี้

๒.๒.๑ จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามจริง ในอัตราไม่เกิน ๑๕๐,๐๐๐ บาทต่อครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในปีงบประมาณ

๒.๒.๒ จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามจริง ในอัตราไม่เกิน ๓๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพิ่มเติมจากระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่นอนโรงพยาบาลในปีงบประมาณ

๒.๓ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยเพื่อสั่งใช้ยาบัญชี จ(๒)

๒.๓.๑ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยาเกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็ง ตามรายการบริการและอัตรา ดังนี้

(๑) ค่าตรวจวินิจฉัย FISH (Fluorescence in situ hybridization) หรือ DISH (Dual -Color in situ hybridization) เพื่อประกอบการสั่งใช้ยา Trastuzumab ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น (ICD10 = C50) สำหรับการตรวจยืนยัน In situ hybridization จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาทต่อเต้านม ๑ ซ้ำ

(๒) ค่าตรวจวินิจฉัย Gene mutation เพื่อประกอบการสั่งใช้ยา Imatinib ในผู้ป่วยมะเร็ง Chronic myeloid leukemia (CML) (ICD10 = C92) จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน ๘,๐๐๐ บาทต่อปีต่อราย

(๓) ค่าตรวจวินิจฉัย EGFR mutation เพื่อประกอบการสั่งใช้ยา Erlotinib ในผู้ป่วยมะเร็ง Non-small-cell lung carcinoma (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย (ICD10 = C34) การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับเรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

๒.๓.๒ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยา DDA - Pangenotypic (ยา Sofosbuvir + Velpatasvir และยา Ribavirin) ในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง (ICD10 = B182) รายการบริการและอัตรา เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี

๒.๔ กลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

๒.๔.๑ จ่ายเป็นยาตามแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้แก่หน่วยบริการที่มีการสั่งซื้อยา เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒.๒ แนบท้ายประกาศนี้

๒.๔.๒ จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยบริการ ที่ให้คำปรึกษา วินิจฉัย และกำกับติดตามการใช้ยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู ในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อราย

๒.๕ ยา Clopidogrel 75 mg. จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ตามเงื่อนไขการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในอัตรา ๓ บาทต่อเม็ด ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือยา หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๓.๑ ยาบัญชี จ(๒)

๓.๑.๑ กรณีจ่ายยาตามเงื่อนไขบัญชียาหลัก ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ(๒) ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ หรือจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นเงินเท่ากับมูลค่ายาที่สำนักงานจัดหาได้

๓.๑.๒ กรณีจ่ายยาสำรอง ให้หน่วยบริการแจ้งหนังสือแสดงความประสงค์ขอสำรองยาในครั้งแรก หรือการขอสำรองยาเพิ่มเติม และแนบเอกสารผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ(๒)

๓.๒ กรณีจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอลลิเลียแบรนต์ ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการรักษาการให้บริการแพคเตอร์ ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการโรคเฉพาะ Hemophilia (DMIS)

๓.๓ กลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

๓.๓.๑ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนยา ผ่านโปรแกรมระบบยาในกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

๓.๓.๒ ให้หน่วยบริการผู้ให้คำปรึกษา วินิจฉัย และกำกับติดตามการใช้ยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู บันทึกและส่งข้อมูลผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)

๓.๔ กรณียา Clopidogrel ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานเอกสารการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด ยกเว้น การบริการที่เป็นประเภทผู้ป่วยใน

ข้อ ๕ ยาบัญชี จ(๒) และกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

๕.๑ หน่วยบริการส่งข้อมูลเพื่อขอรับการสนับสนุนยาภายในระยะเวลา ๙๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ให้บริการ กรณีหน่วยบริการส่งข้อมูลล่าช้ากว่าวันที่กำหนด ให้หน่วยบริการทำหนังสือแจ้งสำนักงานเพื่อพิจารณาจ่ายยาตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

๕.๒ การสนับสนุนยา รายการยา ตามเอกสารหมายเลข ๒.๑ และ ๒.๒ แนบท้ายประกาศนี้ ประมวลผลจ่ายตามข้อมูลที่บันทึกผ่านโปรแกรมระบบบัญชียาทุกวัน โดยประมวลผลเฉพาะรายการที่ผ่านเงื่อนไขในโปรแกรม แล้วส่งข้อมูลไปยังระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม

ข้อ ๖ ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอลวิลลิแบรนด์ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นเงิน หรือจะจ่ายเป็นยาการบริการทางการแพทย์เมื่อหน่วยบริการรับส่งต่อบันทึกข้อมูลการรักษาการให้บริการแพคเตอร์ (แพทย์ผู้ทำการรักษาจะต้องจ่ายแพคเตอร์ให้ผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) ในทุกกลุ่มอายุและทุกระดับอาการตามที่ระบุไว้ในแผนการรักษา) และการตรวจติดตามผู้ป่วยในโปรแกรม DMIS โดยหน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วย และสำนักงานมีสิทธิขอตรวจประวัติการรักษาเพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลหลังการรักษา ในกรณีมีข้อขัดแย้งหรือข้อบ่งชี้ว่าการรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ โดย

๖.๑ กรณีจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นเงิน สำนักงานจะดำเนินการตัดข้อมูลการให้บริการเพื่อประมวลผลข้อมูลทุกสิ้นเดือนและจ่ายค่าใช้จ่ายภายในเดือนถัดไป

๖.๒ กรณีจ่ายเป็นยาแพคเตอร์ VIII สำนักงานจะดำเนินการตัดข้อมูลการให้บริการเพื่อประมวลผลข้อมูลทุกสิ้นเดือนและจ่ายเป็นยาให้หน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการจะต้องไม่บันทึกมูลค่ายาแพคเตอร์ VIII ในโปรแกรมจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นเงินในระบบ DMIS)

ข้อ ๗ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๗.๑ กรณีรายการที่บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)

๗.๑.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

๗.๑.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C: cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบของสำนักงานอีกครั้ง

๗.๑.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

๗.๒ กรณีรายการที่บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม DMIS และ โปรแกรมอื่นที่สำนักงานกำหนด

๗.๒.๑ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด (ข้อมูล Y) สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

๗.๒.๒ ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด : ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล N) หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางที่กำหนด

ข้อ ๘ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ ดังนี้

๘.๑ กรณียาบัญชี จ(๒)

๘.๑.๑ พบหลักฐานเวชระเบียนการวินิจฉัยโรค และการรักษา ที่มีเงื่อนไขตามแนวทางการกำกับการใช้ยาบัญชี จ(๒) แห่งประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามรายการยาที่หน่วยบริการขอสนับสนุน

๘.๑.๒ พบหลักฐานการสั่งยาของแพทย์ผู้ทำการรักษา ที่ระบุชื่อยาและขนาดยารวมทั้งหลักฐานการบริหารยาบัญชี จ(๒) ตามรายการยาที่หน่วยบริการขอสนับสนุน

๘.๑.๓ พบเอกสารกำกับการใช้ยา บัญชี จ(๒) ที่ได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจในการอนุมัติการใช้ยา

๘.๑.๔ พบรายงานผลที่เป็น Official report การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยเพื่อสั่งใช้ยาบัญชี จ(๒) ตามรายการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ซึ่งมีข้อบ่งชี้การส่งตรวจตามเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๘.๒ กลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

๘.๒.๑ พบหลักฐานเวชระเบียนการวินิจฉัยโรคและการรักษา ที่มีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการยาของหน่วยบริการ ตามรายการยาที่หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่ายหรือขอสนับสนุนยา

๘.๒.๒ พบหลักฐานการสั่งยาของแพทย์ผู้ทำการรักษา ที่ระบุชื่อยาและขนาดยารวมทั้งหลักฐานการบริหารยา ตามรายการยาที่หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่ายหรือขอสนับสนุนยา

๘.๓ กรณีผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) และผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอลลิไลแบรินด์

๘.๓.๑ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่พบการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย (Hemophilia) ที่ระบุความรุนแรงของโรค หรือผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายวอลลิไลแบรินด์ รวมทั้งมีหลักฐานทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุนการวินิจฉัย

๘.๓.๒ พบเอกสารหลักฐานการสั่งจ่ายแฟคเตอร์เข้มข้น และการบริหารยาในการรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early bleeding treatment) ตามจำนวนแฟคเตอร์เข้มข้นที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๘.๓.๓ ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรง ต้องพบเอกสารหลักฐานที่สนับสนุนภาวะเลือดออกรุนแรง หรือความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉิน

๘.๓.๔ ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรงแบบผู้ป่วยใน จะต้องพบหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยในในการรักษาและการส่งจ่ายแพคเตอร์เข้มข้น และการบริหารยาแพคเตอร์เข้มข้น ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๘.๓.๕ ในกรณีที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรงแบบผู้ป่วยนอก จะต้องพบหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในการรักษาและการส่งจ่ายแพคเตอร์เข้มข้น และการบริหารยาแพคเตอร์เข้มข้น ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๘.๔ กรณียา Clopidogrel

๘.๔.๑ พบหลักฐานเวชระเบียนการวินิจฉัยโรค และการรักษา ที่มีข้อบ่งชี้ตามแนวทางการกำกับการใช้ยา ในประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามรายการยาที่หน่วยบริการขอสนับสนุน

๘.๔.๒ พบหลักฐานการสั่งยา Clopidogrel ของแพทย์ผู้ทำการรักษา ที่ระบุจำนวนที่ส่งจ่ายยา

ข้อ ๙ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๙.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

๙.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๙.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๘

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๐ ให้การบริการและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาในการเข้าถึง ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ถือเป็นกรดำเนินการตามประกาศนี้ด้วย

เอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

กรณียาจำเป็นและยาที่มีปัญหาในการเข้าถึง กรณียาบัญชี จ (๒)

รายการยาบัญชี จ(๒) และเงื่อนไขการใช้ยา จำนวน ๓๒ รายการ

ลำดับ	รายการยา	เงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ
1.	Botulinum toxin type A	1. โรคคอบิด (Cervical dystonia) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic)
		2. โรคใบหน้ากระตุกครึ่งซีก (Hemifacial spasm) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic)
		3. โรค Spasmodic Dysphonia
2.	Leuprorelin acetate 11.25 mg	1. ภาวะภาวะที่เป็นหนุ่มสาวก่อนวัย
		Central (Gonadotrophin dependent) precocious puberty
3.	Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)	1. โรคควาซากิระยะเฉียบพลัน (Acute phase of Kawasaki disease)
		2. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (Primary immunodeficiency diseases)
		3. โรค Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) ชนิดรุนแรง
		4. โรค Autoimmune hemolytic anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอนของมาตรฐานการรักษา และมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต
		5. กลุ่มอาการ Guillain-Barre' syndrome ที่มีอาการรุนแรง
		6. โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต (Myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis)
		7. โรค Pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน
		8. โรค Hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH)
		9. โรค Dermatomyositis (กรณี Secondary treatment)
		10. Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy (CIDP)
4.	Docetaxel บัญชี ๙	1. โรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นหรือระยะลุกลาม เฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจ
		2. โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ระยะแพร่กระจาย

ลำดับ	รายการยา	เงื่อนไขข้อชี้ขาดหลักแห่งชาติ
		3. ใช้เป็น Second line drug ในโรคมะเร็งปอด ชนิด non-small cell ระยะลุกลาม
		4. ใช้ร่วมกับ cyclophosphamide ในการรักษาเสริมสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่มีปัญหาโรคหัวใจ หรือ เคยได้รับยา doxorubicin แล้ว
5.	Letrozole 2.5 mg tablet บัญชี ๙	โรคมะเร็งเต้านมที่มี HER2 receptor เป็นบวก
6.	Liposomal amphotericin B	โรค Invasive fungal infections ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยา Amphotericin B
7.	Bevacizumab	1. โรคจุดภาพชัดจอตาเสื่อมเหตุสูงวัยแบบเปียกที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ได้ รอยบวมจอตา (Wet form of subfoveal, juxtafoveal choroidal neovascularization (CNV) due-to aged related macular degeneration) (AMD) 2. โรคศูนย์กลางจอตาบวมจากเบาหวาน (Diabetic Macular Edema: DME) 3. โรคหลอดเลือดดำที่จอตาอุดตันที่มีศูนย์กลางจอตาบวม (Retinal Vein Occlusion with Macular Edema: RVO) 4. โรคจอตาผิดปกติในเด็กเกิดก่อนกำหนด (Retinopathy of Prematurity: ROP)
8.	Voriconazole	1. โรค Invasive aspergillosis 2. โรค Invasive fungal infection จากเชื้อ Fusarium spp., Scedosporium spp. (Pseudallescheria) 3. โรค Invasive fungal infection จากเชื้อ Trichosporon spp.
9.	Thyrotropin alfa	โรค Well differentiated thyroid cancer (Papillary and/or Follicular thyroid carcinoma)
10.	Ribavirin	โรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทุกสายพันธุ์ ทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย
11.	Antithymocyte globulin ชนิด rabbit (ATG)	ภาวะเลือดจางเหตุไขกระดูกฝ่อ ชนิดรุนแรง (severe aplastic anaemia)
12.	Linezolid	1. โรคติดเชื้อยากลุ่ม Methicillin resistant S. aureus (MRSA)2 2. โรคติดเชื้อ Vancomycin Resistant Enterococci (VRE)
13.	Imiglucerase	โรค Gaucher's disease type 1
14.	Trastuzumab 150 mg ต่อ vial, 440 mg ต่อ vial	โรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่มี HER 2 receptor เป็นบวก

ลำดับ	รายการยา	เงื่อนไขข้อบ่งชี้ยาหลักแห่งชาติ
15.	Imatinib mesylate 100 mg tablet	1. โรค Chronic myelogenous leukemia (CML) ระยะ Chronic stable phase
		2. โรค Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) ระยะลุกลามหรือมีการกระจายของโรค
		3. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดลิมโฟยด์ acute lymphoblastic leukemia (ALL) ที่มี Ph+
16.	Nilotinib 200 mg tablet	ใช้เป็น Second line drug ในผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia (CML) ที่ไม่สามารถใช้ยา Imatinib ได้
17.	Dasatinib 50 mg, 70 mg tablet	1. ใช้เป็น Third line drug ในผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia (CML) ที่ไม่สามารถใช้ยา Nilotinib ได้
		2. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดลิมโฟยด์ Acute lymphoblastic leukemia (ALL) ที่มี Ph+
18.	Factor VIII	โรคเลือดออกง่าย (Hemophilia ชนิด A) และวอลวิลลิแบรนต์
19.	Factor IX	โรคเลือดออกง่าย (Hemophilia ชนิด B)
20.	Micafungin sodium sterile pwdr 50 mg	โรคติดเชื้อ Candida ที่ต้องยา Fluconazole หรือไม่สามารถใช้ยา Amphotericin B ได้
21.	Rituximab 100 mg ต่อ vial, 500 mg ต่อ vial	1. โรค Non-Hodgkin lymphoma ชนิด diffuse large B-cell (DLBCL) ในเด็กและผู้ใหญ่ 2. โรค Neuromyelitis optica spectrum disorder (NMOSD)
22.	Triptorelin pamoate 11.25 mg	รักษาภาวะ Central (Gonadotrophin dependent) precocious puberty
23.	Erlotinib 150 mg tablet	โรคมะเร็งปอด ชนิด Non-small-cell lung carcinoma (NSLCL) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจายที่มีผลตรวจการกลายพันธุ์ของยีน epidermal growth factor receptor (EGFR) เป็นบวก
24.	Octreotide acetate LAR Injection 20, 30 mg	1. Acromegaly ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเนื้ออกหรือฉายแสงแล้ว ระดับ GH และ IGF สูง แพทย์ผู้สั่งใช้ยา สาขาอายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อ และเมตะบอลิซึม 2. ใช้ในผู้ป่วย Thyrotropin secreting pituitary adenoma
25.	Sofosbuvir + Velpatasvir	โรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทุกสายพันธุ์ ทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย
26.	Tocilizumab	รักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ ชนิด Systemic (Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis: SJIA) ในเด็กอายุตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐาน

ลำดับ	รายการยา	เงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ
27.	Ceftazidime หรือ Avibactam	รักษาการติดเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae ที่ไวต่อยา Ceftazidime หรือ Avibactam
28.	Posaconazole	รักษาผู้ป่วยติดเชื้อราไมโครไมโคซิส (Invasive mucormycosis) ที่ไม่ตอบสนอง หรือไม่ทนต่อยา amphotericin B
29.	Cysteamine bitartrate	รักษาโรค Nephropathic Cystinosis
30.	Sapropterin (BH4) (oral form)	1. รักษากลุ่มโรค Tetrahydrobiopterin (BH4) 2. รักษาโรค Phenylketonuria (PKU)
31.	Infliximab (สำหรับ IBD, AS) Sterile powder (100 mg ต่อ vial)	1. โรคลำไส้แปรปรวน (inflammatory bowel disease) 2. โรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึด (Ankylosing spondylitis)
32.	Adalimumab (สำหรับ PsA, RA) prefill syringe (40 mg ต่อ 0.8ml)	1. โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (Psoriatic arthritis) 2. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis)

หมายเหตุ :

- ๑) รายการยา Docetaxel และ Letrozole ชดเชยยาครอบคลุมปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
- ๒) ข้อบ่งใช้ยา เงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ อาจมีการเปลี่ยนแปลง หากมีการประกาศเพิ่มเติมระหว่างปีให้อ้างอิงเงื่อนไข/ข้อบ่งใช้ ฉบับล่าสุด

เอกสารหมายเลข ๒.๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ยาในกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู

รายการยาในกลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู การสนับสนุนยาประกอบด้วย ๑๖ รายการ

ลำดับ	รายการยา ขดเขยเป็นยา	ข้อบ่งใช้
1	Dimercaprol inj.	ใช้รักษาพิษจากโลหะหนัก ได้แก่ Arsenic, Gold, Mercury, Lead, Copper
2	Sodium nitrite inj.	Cyanide Poisoning, Hydrogen Sulfide
3	Sodium thiosulfate inj.	Cyanide Poisoning
4	Methylene blue inj.	Methemoglobinemia, Toxic Encephalopathy
5	Diphtheria antitoxin inj.	ใช้รักษาโรคคอตีบจาก Diphtheria Toxin
6	Calcium disodium edentate inj.	ใช้รักษาพิษจากโลหะหนัก
7	Succimer Cap.	ใช้รักษาภาวะพิษจากตะกั่ว
8	Diphenhydramine inj.	ใช้บำบัดภาวะ Dystonia จากยา
9	Botulinum Antitoxin inj.	ใช้รักษาพิษจาก Botulinum Toxin
10	เซรุ่มต้านพิษงูเห่า	แก้พิษงูเห่า
11	เซรุ่มต้านพิษงูเขียวหางไหม้	แก้พิษงูเขียวหางไหม้
12	เซรุ่มต้านพิษงูแมวเซา	แก้พิษงูแมวเซา
13	เซรุ่มต้านพิษงูกะปะ	แก้พิษงูกะปะ
14	เซรุ่มต้านพิษงูทับสมิงคลา	แก้พิษงูทับสมิงคลา
15	เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบเลือด	แก้พิษงูที่มีพิษต่อระบบเลือด
16	เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบประสาท	แก้พิษงูที่มีพิษต่อระบบประสาท