หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการขอรับชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ในระดับบริการทุติยภูมิและตติยภูมิที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2569

ชี้แจงการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2569
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น วันที่ 11 พฤศจิกายน 2568 ผ่านระบบ Zoom online

โดย มณีวรรณ ดวงมาลา นักวิชาการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หัวข้อนำเสนอ

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1 บริการแบบผู้ป่วยใน

1. บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (AKI) ในระยะวิกฤต
2. บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

2 บริการเฉพาะ

1. ค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ
2. บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-Elevated Myocardial Infarction fast track หรือ STEMI fast track)
3. บริการอุปกรณ์ Extracorporeal Membrane Oxygenator (ECMO) ในการรักษาภาวะหัวใจ และ/หรือปอดล้มเหลวเฉียบพลัน
4. บริการโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (CPAP)
5. บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (Robotic Surgery)
6. บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผลซ้ำซ้อนและการตัดเท้า
7. บริการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
8. บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม
9. บริการจัดการหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา/ DSEAK

3 บริการโรคเรื้อรัง โรคเฉพาะ และโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

1. บริการควบคุม ป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรค DM & HT
2. บริการควบคุมความรุนแรงโรค Asthma & COPD
3. บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยวิธีผ่าตัด (Open heart) การรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (PCI) การสวนหัวใจทางหลอดเลือดแดง (CAG) และการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ
4. บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
5. บริการรักษาโรคมะเร็งและ CA anywhere
6. กรณีการรักษาภาวะมีบุตรยาก
7. กรณีบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)
8. การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน (Palliative care)

หลักเกณฑ์วิธีการเงื่อนไขการขอรับชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ในระดับบริการทุติยภูมิและตติยภูมิที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2569 บริการ IP และบริการเฉพาะ

ชี้แจงการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2569
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น วันที่ 11 พฤศจิกายน 2568 ผ่านระบบ Zoom online

โดย มณีวรรณ ดวงมาลา นักวิชาการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (AKI) ในภาวะวิกฤต

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤต ที่มีข้อบ่งชี้การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง ตามคำแนะนำของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1. ภาวะสมองบวมหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองบวม เช่น ภาวะตับวายเฉียบพลัน เส้นเลือดในสมองอุดตันเฉียบพลัน สมองขาดออกซิเจน เนื่องจากหัวใจหยุดเต้น 2. ความผิดปกติทางเมตาบอลิกที่ยังเกิดต่อเนื่อง ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการฟอกเลือดชนิดชั่วคราว ได้แก่ ภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรง ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง 3. ปริมาณสารน้ำในร่างกายเกิน ที่ไม่สามารถขจัดออกด้วยการใช้ยาหรือวิธีการฟอกเลือดชนิดชั่วคราว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีน้ำส่วนเกินมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม 4. มีความจำเป็นที่จะต้องควบคุมปริมาณน้ำและสมดุลกรดด่าง รวมถึงเกลือแร่ในเลือดอย่างต่อเนื่อง 5. ผู้ที่ยังมีความดันโลหิตต่ำ แม้จะได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตในขนาดสูง และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต	คงเดิม

กรณีบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (AKI) ในภาวะวิกฤต

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ผู้มีสิทธิ	สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะวิกฤต สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีข้อบ่งชี้การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง	
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤตได้ 2. บันทึกศักยภาพใน CPP (มีอายุรแพทย์โรคไต และมีศักยภาพเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤติ) 3. ตรวจสอบในโปรแกรมค้นหาข้อมูลสถานพยาบาล (ฝ่ายบริหารงานทะเบียนกำลังดำเนินการ) https://reghosp.nhso.go.th/hospital_search/index.xhtml 4. ศักยภาพการบริการ >> H50 : บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury : AKI) ในระยะวิกฤต (อยู่ระหว่างงานทะเบียนดำเนินการ)	

กรณีบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (AKI) ในภาวะวิกฤต

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย	1. จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) บริการใน - นอก เขต จ่าย เหมือน IP โดย ตรวจสอบจากรหัส 3 องค์ประกอบ (ไม่นับหัวหมวด) กลุ่มที่ 1) รหัส ICD 10 รหัสโรค (PDX,SDX) มีรหัสใดรหัสหนึ่ง : (8 รหัส) N17*, P96.0, N14*, D59.3, K76.7, O08.4, O90.4, N99.0 กลุ่มที่ 2) รหัส ICD 10 รหัสโรค (PDX,SDX) มีรหัสใดรหัสหนึ่ง : (53 รหัส) K70.4, K72*, K71.1, O26.6, B15.0, B16.0, G93.1, G92 ,G93.4, I46.0, G93.6, I63*, I61*, I62*, I60*, G08, O08.8, O22.5, O29.1, O29.2, O74.3, O87.3, O89.2, O89.1, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S06.8, P91.6, P91.5, P91.0, P21.0 , E87.5, E87.2 , E87.7, I50 *, J81, R57*, O75.1, O08.3 , T78.0 , T80.5, T78.2 , T75.4, T75.0, T81.1, T79.4, A48.3, I95* หมายเหตุ : ต้องมีรหัสโรค กลุ่มที่ 1 คู่กับกลุ่มที่ 2 อย่างน้อย 1 รายการ กลุ่มที่ 3) รหัส ICD 9 รหัสหัตถการ 3995	

กรณีบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (AKI) ในภาวะวิกฤต

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

<table>
<tr><th></th><th>เดิม_ปี 2568</th><th>ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569</th></tr>
<tr><td>อัตราจ่าย (ต่อ)</td><td>2. การจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม (ADD ON) ในหมวดบริการอื่นๆ ที่ไม่ได้จัดหมวด จำนวน 2 รายการ ดังนี้
<table>
<tr><th>รหัส</th><th>บริการ</th><th>อัตราจ่าย</th></tr>
<tr><td>CRRT1</td><td>การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องวันแรก</td><td>15,000 บาท</td></tr>
<tr><td>CRRT2</td><td>การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องในวันต่อไป ไม่จำกัดจำนวนครั้ง</td><td>10,000 บาท</td></tr>
</table></td><td>คงเดิม</td></tr>
<tr><td>โปรแกรม</td><td>ระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)</td><td>คงเดิม</td></tr>
</table>

บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลาไส้ใหญ่ที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ(D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยผ่านประเมินศักยภาพให้บริการ Home Chemo (กรมการแพทย์จะแจ้งรายชื่อมายัง สปสช.)	
อัตราจ่าย	จ่ายแบบ ODS (จ่ายตามค่า RW) โดยไม่ Deduct DRGs และไม่ Add on ยาเคมีบำบัด - หน่วยบริการ สป.สธ. ไม่ต้องใช้ค่า K ในการคำนวณ - บริการในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/RW - บริการข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/RW (ไม่ปรับลดค่าแรง)	
โปรแกรม	e-Claim	

ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. การส่งต่อผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดหรือกรณีเป็นผู้ป่วยนอก (สิทธิว่าง) 2. ผู้ป่วยมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร ในการส่งต่อหรือรับกลับผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการ โดยครอบคลุมถึงการจัดระบบรับส่งผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาต่อเนื่องในหน่วยบริการ 3. การรับส่งต่อหรือรับกลับเพื่อมารับการรักษาต่อเนื่อง ในบริการประเภทผู้ป่วยใน ไม่นับรวมการส่งไปตรวจวินิจฉัยหรือทำหัตถการระหว่างการนอนรักษา เป็นผู้ป่วยใน 4. ผู้รับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พ้นภาวะวิกฤติหรือเกินศักยภาพของ สถานบริการอื่น ใช้พาหนะจาก สถานบริการอื่น มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในต่อเนื่องในหน่วยบริการ 5. การใช้เฮลิคอปเตอร์ หน่วยบริการ ต้องประสานงานเพื่อขออนุมัติจาก สพฉ. โดยเป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติเร่งด่วนหรือเกินศักยภาพจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น ไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพ ไม่รวมกรณีที่เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติในขณะที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าอาการของผู้ป่วย ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ	คงเดิม  ค่าพาหนะส่งต่อ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
อัตราจ่าย	1. รถตามระยะทางกรมทางหลวงเริ่มต้น 50 กม.แรก 500 บาท + ระยะทางไปกลับ กิโลเมตรละ 4 บาท 2. เรือตามชนิดของเรือ, เฮลิคอปเตอร์ตามขนาดเครื่องยนต์ 3. หากเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิข้ามจังหวัดที่ไม่มีแพทย์ประจำ: ให้จ่ายชดเชยในอัตรา 70 บาท/ครั้ง	
โปรแกรม	e-Claim	

บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevated (STEMI)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	เดิม_ ปี 2568	ใหม่_ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และ rt-PA ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST	
อัตราจ่าย	1. ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยาเหมาจ่าย10,000 บาท/ครั้ง 2. ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยาเหมาจ่าย 49,000 บาท/ครั้ง 3. ค่ายา Tenecteplase (TNK-TPA) 22,660 บาท/vial	1. ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยา ในอัตราตามจริงไม่เกิน 10,000 บาท/ครั้ง 2.ยกเลิก ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยา 3. ค่ายา Tenecteplase (TNK-TPA) 22,660 บาท/vial
โปรแกรม	E claim	

บริการอุปกรณ์ Extracorporeal Membrane Oxygenator (ECMO) ในการรักษาภาวะหัวใจ และ/หรือปอดล้มเหลวเฉียบพลัน

ประกาศ Instrument 2568

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๔ และข้อ ๓๔.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๖

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๖

ลำดับ	รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตราจ่าย (บาท)
113	4425	4.4.25 ชุดเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal Membrane Oxygenator : ECMO) **ลักษณะ** เป็นชุดอุปกรณ์พยุงการทำงานของปอดและหัวใจชนิดใช้ภายนอก ประกอบด้วย 1) ปอดเทียมชนิดใช้ระยะยาว (long-term) 2) ท่อนำหลอดเลือด (cannula) จำนวน 2 เส้น ได้แก่ inflow cannula และ outflow cannula 3) ชุดแทงหลอดเลือด (Insertion kit) 4) สายยางหลอดเลือดระบบไหลเวียนเลือด (Circuit) 5) หัวปั๊มชนิดหมุนเหวี่ยง (Centrifugal pump) 6) อุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็น **ข้อบ่งชี้** สำหรับการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจและ/หรือปอดล้มเหลวทั้งในกรณีปกติและเฉียบพลัน หรือโรคอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบหายใจ โดยให้เป็นไปตามแนวทางการใช้อุปกรณ์ชุดเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal Membrane Oxygenator : ECMO) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ชุดละ	60,000

บริการอุปกรณ์ Extracorporeal Membrane Oxygenator (ECMO) ในการรักษาภาวะหัวใจ และ/หรือปอดล้มเหลวเฉียบพลัน

	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการและการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ข้อบ่งชี้ สำหรับการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจและ/หรือปอดล้มเหลวทั้งในกรณีปกติและเฉียบพลันหรือโรคอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบหายใจโดยให้เป็นไปตามแนวทางการใช้อุปกรณ์ ECMO ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเอกสารหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศ	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการรับส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพให้บริการ ECMO	
อัตราจ่าย	- จ่ายเพิ่มเติม ให้กับหน่วยบริการตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารเงินแบบมีเพดาน (point system within global budget) - อัตราจ่าย ชุดละ 60,000 บาท ตามเอกสารหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศ	
โปรแกรม	E claim	

บริการโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการปี 2568 และ ปี 2569 (มีผลกับบริการตั้งแต่ 20 มี.ค. 2567)	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยนอก ประกาศ Sleep test CPAP 2. ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก กลุ่มเป้าหมาย ข้อบ่งชี้ในการตรวจวินิจฉัยและรักษา ตามแนบท้ายประกาศ (อายุ 50 ปีขึ้นไป)
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการผ่านการรับรองการเป็นศูนย์ตรวจการนอนหลับจากสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย หรือคณะกรรมการที่สำนักงานกำหนด
อัตราจ่าย	1. จ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา แบบเหมาจ่ายรวมการส่งตรวจ ค่าห้อง ค่าอาหาร และการวินิจฉัย ได้แก่ - แบบวินิจฉัยตลอดคืน(Full-night PSG) type 1 อัตรา 7,000 บาท/ครั้ง - แบบวินิจฉัยตลอดคืน(Full-night PSG) type 2 อัตรา 6,000 บาท/ครั้ง - แบบแยกตรวจครึ่งคืน(Split-night PSG) อัตรา 7,000 บาท/ครั้ง - แบบปรับแรงดันอากาศบวก(Positive Airway Pressure Titration) อัตรา 7,000 บาท/ครั้ง

บริการโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (ต่อ)

บริการปี 2568และ 2569 (มีผลกับบริการตั้งแต่ 20 มี.ค. 2567)	
อัตราจ่าย	2. จ่าย Add on ค่าอุปกรณ์ในการรักษาตามประกาศฯ จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนดตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) - เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (Positive Airway Pressure ; PAP) รหัสอุปกรณ์ 3012 อัตราจ่าย 20,000 บาท/ชุด (1 เครื่อง/ 5 ปี) - หน้ากากที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก รหัสอุปกรณ์ 3013 อัตราจ่าย 3,000 บาท/ชิ้น (1 ชิ้น/ปี) - ท่อนำอากาศที่ใช้กับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก รหัสอุปกรณ์ 3019 อัตราจ่าย 1,500 บาท/ชิ้น (1 ชิ้น/ 5 ปี)
โปรแกรม	E-claim

บริการ Robotic Surgery

	บริการปี 2568 และ 2569 (มีผลกับบริการตั้งแต่ 11 มิถุนายน 2568)
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มโรค ดังนี้ มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก เนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน (อายุ 18- 85 ปี)
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ผ่านการประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่ให้บริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ตามเกณฑ์ประเมินแนบท้ายประกาศ (ปัจจุบันมี 9 แห่ง)
อัตราจ่าย ประกาศ Robotic 2568	1.จ่ายค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs (TDRGs Version 6.3) อัตราเหมือนกรณีผู้ป่วยในทั่วไป 2. จ่าย Add on ชุดอุปกรณ์สาหรับบริการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในการรักษาฯ ตามประกาศ - ชุดอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ในมะเร็งต่อมลูกหมาก ประกอบด้วยอุปกรณ์รหัส 9106 อัตราเหมาจ่ายไม่เกิน 100,000 บาทต่อครั้ง - ชุดอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ในมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก ประกอบด้วยอุปกรณ์รหัส 9106, 9107 และ 5501 อัตราเหมาจ่ายไม่เกิน 140,000 บาทต่อครั้ง - ชุดอุปกรณ์สาหรับผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์สำหรับเนื้องอกหรือการอักเสบของตับอ่อน ประกอบด้วย อุปกรณ์อุปกรณ์รหัส 9106 และ 9107 อัตราเหมาจ่ายไม่เกิน 130,000 บาทต่อครั้ง 3. จ่ายค่าพาหนะรับส่งผู้รับบริการระหว่างที่พักอาศัยกับหน่วยบริการ โดยจ่ายตามโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข ภายใต้ข้อตกลงระหว่างสำนักงานกับหน่วยบริการ หมายเหตุ อุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ร่วมในการผ่าตัด เบิกได้ตามประกาศอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
โปรแกรม	E claim

บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผลซ้ำซ้อนและการตัดเท้า

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ.2568

ประกาศ Instrument 2568

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๔ และข้อ ๓๔.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. ๒๕๖๘”

เอกสารหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศ
รายการและอัตราจ่าย อุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค
หมวด 8 วัสดุอุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู หน้า 52-53

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

254	8813	**8.8.13 รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง และยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้** **ลักษณะ** 1) รองเท้าทำจากหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่มีความยืดหยุ่น ระบายอากาศ บุ/หรือซับในด้วยหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่อ่อนนุ่ม (วัสดุสังเคราะห์ที่ใช้ห้ามเป็นยางพารา /ไวนิล /พลาสติก) 2) ส่วนหัวรองเท้าเป็นชนิดปิดปลายนิ้วเท้าและต้องกว้างพอเพื่อไม่ให้บีบหรือกดนิ้วเท้า ไม่มีตะเข็บแข็ง เพื่อป้องกันการเกิดแผล และต้องมีสายรัดส้นหรือหุ้มส้นเท้า (Back strap /Heel counter) ส่วนหัวรองเท้าชนิดเปิดปลายนิ้วเท้า ใช้ได้เฉพาะกรณีที่มีแผลและอยู่ระหว่างการทำแผล เท่านั้น 3) รองเท้าต้องปรับขนาดได้ด้วยเชือก หรือ Velcro เป็นต้น เพื่อสามารถกระชับเท้าให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่เกิดการเสียดสี 4) เป็นรองเท้าที่มีความลึกมากกว่าปกติอย่างน้อย 5 มิลลิเมตร (Deep Inlay) สามารถถอดพื้นรองเท้าด้านใน เพื่อใส่แผ่นเสริมได้ 5) พื้นรองเท้าด้านใน รวมแผ่นรองสำเร็จรูปที่ได้รับการปรับแต่งทำจากวัสดุที่มีความยืดหยุ่น นุ่ม มีความหนาอย่างน้อย 5 มิลลิเมตร 6) พื้นรองเท้าด้านนอก (Outsole) ทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ไม่ลื่น สามารถปรับแต่งพื้นได้ และมีความโค้ง ลักษณะ Toe Only Rocker Bottom Shoes	คู่ละ	1,800
		ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน โดยเกณฑ์แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน และดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าแล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง		

255	8814	**8.8.14 รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้** **ลักษณะ** เหมือนรหัส 8813 แต่เป็นรองเท้าตัด ไม่ใช่รองเท้าสำเร็จรูป **ข้อบ่งชี้** เหมือนรหัส 8813 แต่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปชนิด Depth-Inlay Shoes ให้สวมใส่ได้ **หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ทั้ง 3 รายการ** ให้มีสิทธิเบิกได้คนละไม่เกิน 1 คู่ต่อรายภายในระยะเวลา 1 ปี นับจากวันที่ได้รับอุปกรณ์ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้าตามที่สำนักงานประกาศกำหนด	คู่ละ	2,800
256	8815	**8.8.15 ค่าซ่อมรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง และยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้** **ข้อบ่งชี้** ให้เบิกได้ตามที่แพทย์ของสถานพยาบาลที่ตรวจรักษาเป็นผู้สั่งซ่อมโดยประหยัด	ครั้งละ	900
257	8816	**8.8.16 ค่าซ่อมรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้** **ข้อบ่งชี้** ให้เบิกได้ตามที่แพทย์ของสถานพยาบาลที่ตรวจรักษาเป็นผู้สั่งซ่อมโดยประหยัด	ครั้งละ	1,400

บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

	เดิม_ปี 2568	ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามข้อบ่งชี้ ประกาศข้อเข่า 2559 ประกาศ Instrument 2568 คู่มือลงทะเบียน PA 1. กรณีผ่าตัดรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (Total knee prosthesis) ในอายุน้อยกว่า 55 ปี ต้องขออนุมัติ (PA) ก่อนการผ่าตัด 2. กรณีผ่าตัดข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อในการผ่าตัดแก้ไข (Hinge total knee prosthesis) ต้องขออนุมัติ (PA) ก่อนการผ่าตัดทุกราย	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สานักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการที่ Url: http://cpp.nhso.go.th/CPP/	
อัตราจ่าย	- จ่ายตาม DRG กรณีผู้ป่วยในทั่วไปและ **On top ค่าอุปกรณ์ตามประกาศ** - ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/adjRW (ปรับลดค่าแรงของหน่วยฯรัฐ) - ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/adjRW (ไม่ปรับลดค่าแรง) แนวทางการขออนุมัติก่อนให้บริการ (Pre-Authorization : PA)	
โปรแกรม	E claim	

บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

	เดิม_ปี 2568	ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม โดยมีข้อบ่งชี้ตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย	คงเดิม ประกาศกองทุนระบุกำหนดเป็นเป้าหมายระดับเขตพื้นที่เบื้องต้นตั้งแต่ต้นปีและให้สปสช.เขต จัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดร่วมกันวางแผนการให้บริการเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ(D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่สามารถให้บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจก และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สานักงานกาหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ ที่ Url: http://cpp.nhso.go.th/CPP/	
อัตราจ่าย	1. กรณีผ่าตัดปกติ ในผู้รับบริการที่มีระดับสายตาแย่กว่า 20/200 จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 7,000 บาท/การผ่าตัด 1 ข้าง 2. กรณีมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและมีการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนนั้น จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 9,000 บาท/การผ่าตัด 1 ข้าง 3. กรณีผ่าตัดผู้รับบริการที่มีระดับสายตา 20/200 ถึง 20/100 ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ต้องรับการผ่าตัด หรือมีความจาเป็น จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 5,000 บาท/การผ่าตัด 1 ข้าง 4. จ่ายเพิ่มค่าอุปกรณ์ ดังนี้ 4.1 ค่าบริการเลนส์แก้วตาเทียม ในอัตราดังนี้ (1) เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพับได้ เหมาจ่ายในอัตราอันละ 2,800 บาท (2) เลนส์แก้วตาเทียมชนิดแข็งพับไม่ได้ เหมาจ่ายในอัตราอันละ 700 บาท 4.2 ค่าอุปกรณ์อื่นๆ เป็นไปตามประกาศกรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค	
โปรแกรม	E claim	

การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการโรคกระจกตา ที่ได้รับการบริจาคดวงตาเพื่อใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)	
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตาร่วมกับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย	(ก) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา (ข) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน สาหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) (ค) หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา
อัตราจ่าย	1. ค่าจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ในอัตราดวงตาละ 15,000 บาท 2. ค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน สำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) สำหรับผู้ป่วยโรคกระจกตาพิการ ในอัตราดวงตาละ 13,000 บาท 3. ค่าบริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป	1) ค่าจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จ่ายให้แก่หน่วยบริการตาม (ก) ในอัตราดวงตาละ 15,000 บาท 2) ค่าจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน สำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) สำหรับผู้ป่วยโรคกระจกตาพิการ จ่ายให้แก่หน่วยบริการตาม (ข) ในอัตราดวงตาละ 13,000 บาท 3) ค่าบริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามข้อ (ค) จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป
โปรแกรม	e-Claim	

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในระดับบริการทุติยภูมิและตติยภูมิที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2569

บริการโรคเรื้อรัง โรคเฉพาะ และบริการโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

บริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

DM / HT

บริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วย
โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง

- บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (T1DM)
- บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (GDM)
- บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (PDM)
- บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM)
- บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (HT)
- บริการผู้ป่วยเบาหวานระยะสงบ DM Remission (ตามร่างประกาศ ปีงบฯ 69)



หน้า ๔๐
เล่ม ๑๔๐ ตอนพิเศษ ๑๔๐ ง ราชกิจจานุเบกษา ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

พ.ศ. ๒๕๖๖

ร่างประกาศ DM_HT 69

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๕๙.๑ และข้อ ๕๙.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พ.ศ. ๒๕๖๖”

1. กรณีบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (T1DM)

หัวข้อ	เดิม_ ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. มีการลงทะเบียนผู้ป่วย 2. รหัสโรค Pdx หรือ Sdx รหัสใดรหัสหนึ่ง ดังนี้ 1) E10* เบาหวานชนิดที่ 1 ทุกอายุ หรือ 2) P70.2 Neonatal DM ผู้ป่วยเบาหวานที่วินิจฉัยก่อน อายุ 30 ปี หรือ 3) E89.1 Postprocedural hypo-insulinemia หรือ 4) E14* Unspecified DM การจัดบริการ 1. สอนทักษะการดูแลตนเอง 2. รักษาและตรวจระดับ Ketone ด้วย Keto strip 3. ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว 4. คัดกรองภาวะแทรกซ้อน	อยู่ระหว่างปรับประกาศฯ
ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 สิทธิ UC	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่ผ่านการอนุมัติจากสมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย เขต 7 ขอนแก่น จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ รพ.ขอนแก่น รพ.ร้อยเอ็ด รพ.มหาสารคาม รพ.ชุมแพ รพ.โพนทอง และ รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	คงเดิม

1. กรณีบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (T1DM) (ต่อ)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หัวข้อ	เดิม_ ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย	<u>1. จ่ายแบบเหมาจ่าย ตามเดือนที่เข้ารับบริการตาม</u> ดังนี้ 1) เดือนตุลาคม เหมาจ่าย 13,636 บาทต่อราย 2) เดือนพฤศจิกายน เหมาจ่าย 12,636 บาทต่อราย 3) เดือนธันวาคม เหมาจ่าย 11,636 บาทต่อราย 4) เดือนมกราคม เหมาจ่าย 10,636 บาทต่อราย 5) เดือนกุมภาพันธ์ เหมาจ่าย 9,636 บาทต่อราย 6) เดือนมีนาคม เหมาจ่าย 8,636 บาทต่อราย 7) เดือนเมษายน เหมาจ่าย 7,636 บาทต่อราย 8) เดือนพฤษภาคม เหมาจ่าย 6,636 บาทต่อราย 9) เดือนมิถุนายน เหมาจ่าย 5,636 บาทต่อราย 10) เดือนกรกฎาคม เหมาจ่าย 4,636 บาทต่อราย 11) เดือนสิงหาคม เหมาจ่าย 3,636 บาทต่อราย 12) เดือนกันยายน เหมาจ่าย 2,636 บาทต่อราย <u>2. จ่ายค่าตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง (CGM)</u> สำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับ CGM ต่อเนื่องตลอดทั้งปี และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ CGM เป็นครั้งคราว โดย จ่ายค่า Sensor รวม transmitter และระบบที่เกี่ยวข้อง อัตรา 1,000 บาท/ครั้ง/สัปดาห์ เบิกได้ครั้งละไม่เกิน 3 เดือน หรือ 13 สัปดาห์	อยู่ระหว่างปรับประกาศฯ
โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

2. กรณีบริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (GDM)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. มีการลงทะเบียนผู้ป่วย 2. รหัสโรค Pdx หรือ Sdx รหัสใดรหัสหนึ่ง ดังนี้ 1) O24.4 Diabetes mellitus arising in pregnancy หรือ 2) O24.9 Diabetes mellitus in pregnancy, unspecified การจัดบริการ 1. สอนทักษะการดูแลตนเอง 2. ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว 3. ตรวจ OGTT หลังคลอด	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน สิทธิ UC	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่ผ่านการประเมินตนเอง	คงเดิม
อัตราจ่าย	เหมาจ่ายครั้งเดียว จำนวน 2,620 บาท /ราย	คงเดิม
โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

3. กรณีบริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (PDM)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. มีการลงทะเบียนผู้ป่วย 2. รหัสโรค Pdx หรือ Sdx รหัสใดรหัสหนึ่ง ดังนี้ 1) O24.0 Pre-existing diabetes mellitus, insulin-dependent หรือ 2) O24.1 Pre-existing diabetes mellitus, non-insulin-dependent หรือ 3) O24.3 Pre-existing diabetes mellitus, unspecified การจัดบริการ 1. สอนทักษะการดูแลตนเอง 2. ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว 3. ตรวจ HbA1C 4 ครั้ง	อยู่ระหว่างปรับประกาศ
ผู้มีสิทธิ	หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ สิทธิ UC	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ที่ผ่านการประเมินตนเอง	คงเดิม

3. กรณีบริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (PDM) ต่อ

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย	จ่ายแบบเหมาจ่ายครั้งเดียว ตามอายุครรภ์ที่เข้ารับบริการครั้งแรก (1) อายุครรภ์ 1 เดือน (0-4 สัปดาห์) เหมาจ่าย 8,660 บาท (2) อายุครรภ์ 2 เดือน (5-9 สัปดาห์) เหมาจ่าย 7,820 บาท (3) อายุครรภ์ 3 เดือน (10-13 สัปดาห์) เหมาจ่าย 6,980 บาท (4) อายุครรภ์ 4 เดือน (14-17 สัปดาห์) เหมาจ่าย 6,140 บาท (5) อายุครรภ์ 5 เดือน (18-21 สัปดาห์) เหมาจ่าย 5,300 บาท (6) อายุครรภ์ 6 เดือน (22-26 สัปดาห์) เหมาจ่าย 4,460 บาท (7) อายุครรภ์ 7 เดือน (27-31 สัปดาห์) เหมาจ่าย 3,620 บาท (8) อายุครรภ์ 8 เดือน (32-36 สัปดาห์) เหมาจ่าย 2,780 บาท (9) อายุครรภ์ตั้งแต่ 9 เดือนขึ้นไป (>36 สัปดาห์) เหมาจ่าย 1,940 บาท	คงเดิม
โปรแกรม	e-Claim	คงเดิม

4. กรณีบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 / ความดันโลหิตสูง

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

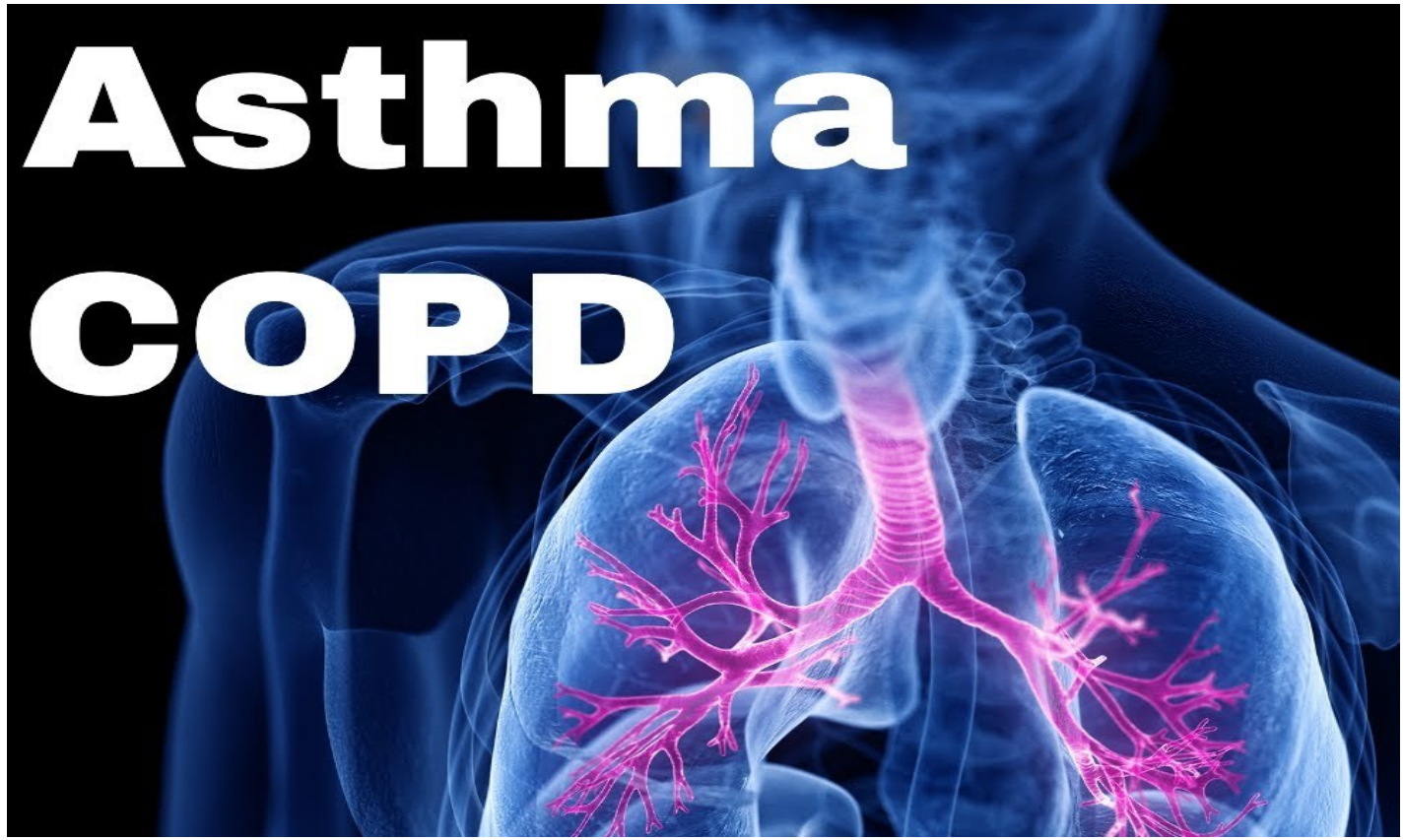
หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	จ่ายตามรายการและอัตรา Fee Schedule ที่กำหนด 1) บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บริการตรวจ HbA1c 2 ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน 2) บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ การให้บริการตรวจ serum creatinine และ serum potassium รายการละ 1 ครั้งต่อปี	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สิทธิ UC ทุกราย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ สิทธิ UC	คงเดิม
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC	คงเดิม
อัตราจ่าย	ผู้ป่วย DM ชนิดที่ 2 : จ่ายค่าตรวจ HbA1c 2 ครั้งต่อปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน ในอัตรา 150 บาทต่อครั้ง ผู้ป่วย HT รายใหม่ : การให้บริการตรวจ serum creatinine อัตรา 45 บาทต่อครั้ง และ serum potassium อัตรา 40 บาท/ครั้ง รายการละ 1 ครั้ง/ปี	คงเดิม
โปรแกรม	โปรแกรมหมอพร้อม	คงเดิม

5. กรณีบริการเบาหวานระยะสงบ (DM remission)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ไม่มี ร่าง	บริการใหม่ เริ่มปีงบฯ 69 (ร่างประกาศ) 1) มีการลงทะเบียนผู้ป่วย 2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) ผู้ป่วยที่เข้าสู่เบาหวานระยะสงบได้สำเร็จ คือ ผู้ป่วยที่มีค่าระดับ HbA1c < 6.5% ติดต่อกัน 2 ครั้ง ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน หลังหยุดยาลดระดับน้ำตาลในเลือดหรือปรับพฤติกรรมดาเนินชีวิตอย่างเข้มงวด 4) ผู้ป่วยที่ยังคงเบาหวานระยะสงบ มีค่าระดับ HbA1c < 6.5% จำนวน 1 ครั้ง ห่างจากการตรวจครั้งที่ 2 อย่างน้อย 3 – 6 เดือน
ผู้มีสิทธิ		ผู้ป่วยที่เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ DM ได้สาเร็จ สิทธิ UC
หน่วยบริการ	ร่าง	1) หน่วยบริการได้รับการอบรมการจัดบริการดูแลเบาหวานระยะสงบจากสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยหรือสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยหรือกรมควบคุมโรคหรือสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย 2) หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม ที่ได้รับประกาศนียบัตรการอบรมการจัดบริการดูแลเบาหวานระยะสงบ จากสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยหรือสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยหรือกรมควบคุมโรค 3) หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาล ที่ได้รับประกาศนียบัตรการอบรมการจัดบริการดูแลเบาหวานระยะสงบ และรับรองจากสภาการพยาบาล แห่งประเทศไทย
โปรแกรม		E-claim

บริการควบคุมความรุนแรงโรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

COPD&Asthma
ปีงบ 69

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุมความรุนแรงโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการควบคุมความรุนแรงโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขให้บุคคลได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๖๓ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุมความรุนแรงโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

บริการควบคุมความรุนแรงโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	- เป็นเงินจ่ายเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว ตามผลลัพธ์การให้บริการสาธารณสุข - การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง	คงเดิม
ผู้มีสิทธิ	ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
หน่วยบริการ	1) หน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 -12 2) หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์และประชากรรับผิดชอบ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13	
อัตราจ่าย	1) โรคหืด จ่ายแบบเหมาจ่ายตามผลลัพธ์บริการภายใต้การบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดาน (Global Budget) จำนวน 85,257,500 บาทต่อปี การคำนวณจ่ายเป็นไปตามเอกสารหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศ 2) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จ่ายแบบเหมาจ่ายตามผลลัพธ์บริการภายใต้การบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดาน (Global Budget) จำนวน 127,886,200 บาทต่อปี การคำนวณจ่ายเป็นไปตามเอกสารหมายเลข 2 แนบท้ายประกาศ	
โปรแกรม	คำนวณจ่ายตามผลลัพธ์บริการ เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศ หมายเลข 1 และ 2	

COPD&Asthma
ปีงบ 69

เอกสารหมายเลข ๑

วิธีการคำนวณการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการโรคหืด เป็นไปตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

(๑) วิเคราะห์จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคหืดต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (IPD) และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีภาวะกำเริบ (Acute exacerbation) ที่ได้รับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (ทั้งในรูปแบบของ nebulizer หรือ รูปแบบของ Solution) ที่ห้องฉุกเฉินหรือผู้ป่วยนอก เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคหืดทั้งหมดที่เป็นประชากรของหน่วยบริการ โดยใช้ข้อมูลประชากรที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการ ณ วันที่ ๑ กรกฎาคมของปีงบประมาณที่ล่วงมา

อัตรา (admission IPD + Acute exacerbation) ต่อ ๑๐๐ ผู้ป่วย = {จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคหืดเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (IPD) รวมกับจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีภาวะกำเริบ (Acute exacerbation) ที่ได้รับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (ทั้งในรูปแบบของ nebulizer หรือ รูปแบบของ Solution) ที่ห้องฉุกเฉินหรือผู้ป่วยนอก หารด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคหืดทั้งหมดที่เป็นประชากรของหน่วยบริการ (Asthma cases)} คูณด้วย ๑๐๐

(๒) พิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่าย ดังนี้

(ก) อัตรา (IPD + Acute exacerbation) ต่อ ๑๐๐ <= ๓๕.๖๗ ได้อัตราชดเชย ๑ คะแนน

(ข) อัตรา ((IPD + Acute exacerbation) ต่อ ๑๐๐ <= ๑๗.๗๐ ได้อัตราชดเชย ๒ คะแนน

อัตราการจ่าย (บาท) ต่อ ๑ คะแนน = งบประมาณทั้งหมดหารผลรวมแบบถ่วงน้ำหนักของจำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการดูแลจากหน่วยบริการอย่างน้อย ๑ ครั้ง ในช่วงเวลาที่กำหนด

(๓) การวิเคราะห์ข้อมูลตาม (๑) และการจัดสรรค่าใช้จ่ายตาม (๒) จะใช้ข้อมูลในระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ถึง ๓๐ กันยายนของปีงบประมาณที่ล่วงมา และข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ถึง ๓๐ มิถุนายนของปีงบประมาณปัจจุบัน

(๔) การจัดสรรตามผลงาน โดยใช้อัตราการจ่าย (บาท) ต่อ ๑ คะแนน คูณอัตราชดเชยที่ได้คูณด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการดูแลอย่างน้อย ๑ ครั้ง

เอกสารหมายเลข ๒

วิธีการคำนวณการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นไปตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

(๑) วิเคราะห์จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่ต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบริการแบบผู้ป่วยใน (IPD) และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีภาวะกำเริบ (Acute exacerbation) ที่ได้รับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (ทั้งในรูปแบบของ nebulizer หรือ รูปแบบของ Solution) ที่ห้องฉุกเฉินหรือผู้ป่วยนอก เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่เป็นประชากรของหน่วยบริการโดยใช้ข้อมูลประชากรที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการ ณ วันที่ ๑ กรกฎาคมของปีงบประมาณที่ล่วงมา

อัตรา (IPD + Acute exacerbate)ต่อ ๑๐๐ ผู้ป่วย = {จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (IPD) รวมกับ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีภาวะกำเริบ (Acute exacerbation) ที่ได้รับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (ทั้งในรูปแบบของ nebulizer หรือ รูปแบบของ Solution) ที่ห้องฉุกเฉินหรือผู้ป่วยนอก หารด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดที่เป็นประชากรของหน่วยบริการ (COPD cases)} คูณด้วย ๑๐๐

(๒) พิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่าย ดังนี้

(ก) อัตรา (IPD + Acute exacerbation) ต่อ ๑๐๐ <= ๖๒.๗๗ ได้อัตราชดเชย ๑ คะแนน

(ข) อัตรา (IPD + Acute exacerbation) ต่อ ๑๐๐ <= ๒๘.๘๔ ได้อัตราชดเชย ๒ คะแนน

อัตราการจ่าย (บาท) ต่อ ๑ คะแนน = งบประมาณทั้งหมด หารผลรวมแบบถ่วงน้ำหนักของจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลจากหน่วยบริการอย่างน้อย ๑ ครั้ง ในช่วงเวลาที่กำหนด

(๓) การวิเคราะห์ข้อมูลตาม (๑) และการจัดสรรค่าใช้จ่ายตาม (๒) จะใช้ข้อมูลในระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ถึง ๓๐ กันยายนของปีงบประมาณที่ล่วงมา และข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ถึง ๓๐ มิถุนายนของปีงบประมาณปัจจุบัน

(๔) การจัดสรรตามผลงาน โดยใช้อัตราจ่าย (บาท) ต่อ ๑ คะแนน คูณด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลอย่างน้อย ๑ ครั้ง

บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยวิธีผ่าตัด (Open heart)
การรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (PCI) และการสวนหัวใจทางหลอดเลือดแดง (CAG)

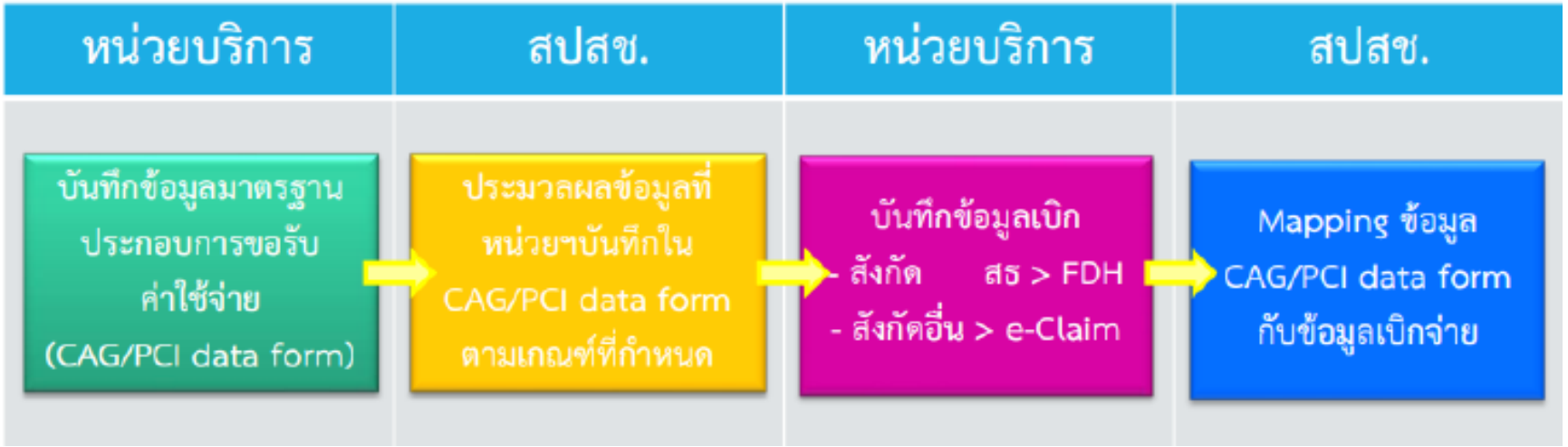
สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ตามที่กำหนดในแนวทางการวินิจฉัยและการรักษา 2) หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการทำหัตถการวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี (CAG/PCI data form)	คงเดิม (จนกว่าจะมีประกาศฯ เปลี่ยนแปลง)
ผู้มีสิทธิ	ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ หรือ สิทธิ UC	
หน่วยบริการ	■ หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด ■ กรณีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอัตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้านให้บริการผู้ป่วยได้ โดยขอทำความตกลงกับสำนักงาน เป็นรายกรณี ■ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน PCI ระดับ 1 เขต 7 ขอนแก่น จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ รพ.ขอนแก่น รพ.ร้อยเอ็ด รพ.ศรีนครินทร์ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ รพ.กรุงเทพขอนแก่น	
อัตราจ่าย	■ จ่ายตาม DRGs กรณีผู้ป่วยในทั่วไป ■ On top ค่าอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานฯ กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบาบัดโรค	
โปรแกรม	E claim	

บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (PCI)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการเบิกจ่าย



1. บันทึกข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายฯ (CAG/PCI data form) ให้ครบถ้วน

2. บันทึกข้อมูลเบิกตามช่องทางที่กำหนด กรณีไม่พบข้อมูลบันทึก CAG/PCI data form ➡ DENY

บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (PCI)

สถานะข้อมูลหลังการส่งเบิกชดเชย

รหัส	ความหมาย	การตรวจสอบ	แนวทางแก้ไข
G47	กรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG) ไม่พบข้อมูล CAG Data Form	กรณี G47 อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ดังนี้ 1. บันทึก data form กด save ร่าง แต่ไม่ได้กดส่งมาที่ สปสช. 2. บันทึก data form และกดส่งมาที่ สปสช. หลังการส่งข้อมูลเคลม (การประมวลผล e-claim เป็นแบบ daily process) 3. บันทึก data form และกดส่งมาที่ สปสช. เรียบร้อย แต่ข้อมูล admission date ไม่ตรงกับวันที่เข้ารับบริการ ใน e-claim(date admit) 4. บันทึกเบิกใน e-claim มีรหัส PCI แต่บันทึก data form ไม่พบการบันทึก Part II PCI	1. กรณีที่ 1, 2 ให้หน่วยบริการส่งข้อมูล data formให้เรียบร้อย แล้วส่งข้อมูลเคลมเข้ามาใหม่ 2. กรณีที่ 3, 4 ให้หน่วยบริการส่งเอกสารอุทธรณ์เข้ามาที่ สปสช. เพื่อยืนยันการให้บริการ โดยเอกสารที่ต้องส่งให้ดูจากแนบท้ายประกาศ
V993	กรณีการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography-CAG) ข้อมูล CAG Data Form ไม่ผ่านการตรวจสอบตามเงื่อนไข	การบันทึก CAG Data Form แต่ข้อมูลที่ไม่ผ่านเงื่อนไขการตรวจสอบ (Verify data) และถูกชะลอการจ่ายเพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ	แนบเอกสารเพื่อยืนยันการให้บริการผ่านระบบ PPFS >> URL https://ppfs.nhso.go.th/ppaudit/ ตามแนวทาง

บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ รับยากดภูมิปลูกถ่ายหัวใจ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายหัวใจโดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย H2001 : ปลูกถ่ายหัวใจ H2005 : จ่ายยากดภูมิ 2. บันทึกศักยภาพใน CPP ปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ 68	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ
กลุ่มเป้าหมาย	1. การจัดสรรอวัยวะ คุณสมบัติของผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามประกาศศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ ส่วนผู้บริจาค (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้ 2. การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 3. ได้รับการลงทะเบียนจากหน่วยบริการในโปรแกรมDisease Management Information System (DMIS)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ สำหรับผู้รับบริการกรณีหัวใจวายอย่างรุนแรงและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น มีสุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด และได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ รับยากดภูมิปลูกถ่ายหัวใจ (ต่อ1)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย	1. การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ 2. ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังการผ่าตัด ตามแผนการรักษาตามชุดบริการ(Protocol)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
1.1 สำหรับผู้รับบริจาค (Recipient)	30,000
1.2 สำหรับผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)	40,000

ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	อัตราเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
2.1 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	
Protocol-HTX-I	310,000
Protocol-HTX-II	320,000
Protocol-HTX-III	375,000
Protocol-HTX-IV	380,000
Protocol- HTX-V	455,000
Protocol- HTX-VI	465,000

บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ รับยากดภูมิปลูกถ่ายหัวใจ (ต่อ2)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวระหว่างผ่าตัด (ต่อ)

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
2.2 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน (Rejection)	
• Protocol-ACR ภาวะ Acute Cellular Rejection	30,000
• Protocol-AMR ภาวะ Antibody Mediated Rejection	320,000

ค่าใช้จ่ายเตรียมตัวหลังผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
• Protocol -Myocardium biopsy หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อหัวใจ (Myocardium biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อน ระหว่างผ่าตัด หรือ หลังการผ่าตัด	30,000

บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ รับยากดภูมิปลูกถ่ายหัวใจ (ต่อ3)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
อัตราจ่าย (ต่อ)	2. ค่าใช้จ่ายการตรวจประเมิน Cardiac Catheterization ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และกรณีที่ให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection ตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป 3. ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์ในการตรวจประเมิน Cardiac Catheterization ตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค 4. ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัด ตามระยะเวลาหลังผ่าตัด	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

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

หมายเหตุ การจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล

บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ รับยากดภูมิปลูกถ่ายหัวใจ (ต่อ4)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
โปรแกรม	• ระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : Disease Management Information System (DMIS) (ลงทะเบียนผู้ป่วย / ค่าผ่าตัด / ค่ายากดภูมิ) • (กรณีมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในประกาศ) : ระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) • ตรวจสอบการประมวลผลจ่าย : ระบบบูรณาการธุรกรรมการเบิกจ่ายงบกองทุน (Seamless for DMIS)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

ที่มา

ประกาศไต ปี2568

- ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. 2568

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต
พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้รับบริการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไตที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๕๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑๒(๕)/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า "ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๖๘"

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๘ การให้บริการสาธารณสุขกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไตที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๘ จนถึงวันที่ ๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ที่ได้ให้บริการตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๗ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ข้อ ๙ ภายในหกเดือนนับแต่วันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องดำเนินการตรวจรับรองมาตรฐานตามหลักเกณฑ์และแนวทางการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามที่แพทยสภากำหนด

ข้อ ๑๐ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกอบด้วย 4 บริการ ดังนี้

1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD/APD)
2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)
3. บริการปลูกถ่ายไต (KT)
4. บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC)

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

รายการที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2569

บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการบริการ	ใหม่_ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
1. บริการการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD-APD)	เพิ่ม 1.ค่าฟอกเลือด Temporary HD 1500 บาท (ผู้ป่วย HIV 4,000 บาท) (รอประกาศไตปี 69) a) จ่ายไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) กรณีหน่วยบริการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่าจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (CK026 - รับบริการเกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์) b) ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อครั้งฟอกเลือด ถ้าไม่ใส่สาเหตุ ไม่สามารถบันทึกได้ หรือปฏิเสธการจ่าย
2. บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (HD)	เพิ่ม 1. ตรวจสอบศักยภาพของหน่วย HD การรับรอง ตรต. (CK017 หมดอายุรับรอง ตรต.) (รอประกาศ ขึ้นทะเบียนหน่วย HD)
3. บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศปี 2569
4. บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศปี 2569

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

ประเด็นที่เปลี่ยนแปลงตามประกาศ ฯ ปี 2568-2569

รายการ	เดิม_ปี 2568		ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	ผู้ป่วยรายใหม่	ผู้ป่วยรายเก่า	
1. รายการบริการ 1.1 การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD/APD) 1.2 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) 1.3 การปลูกถ่ายไต (KT)	1. รายการบริการ 1.1 การล้างไตผ่านทางช่องท้อง 1.2 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1.3 การปลูกถ่ายไต 1.4 การดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 1.5 สมัครใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดให้ได้รับสิทธิเฉพาะบริการที่จำเป็น เช่น รับยา EPO	1. รายการบริการ 1.1 ดำเนินการตามวิธีบำบัดทดแทนไตเหมือนเดิม 1.2 การดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	1.1 เพิ่ม 1.ค่าฟอกเลือด Temporary HD 1500 บาท (ผู้ป่วย HIV 4,000 บาท) (รอประกาศไตปี 69) a) จ่ายไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) กรณีหน่วยบริการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่าจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (CK026 - รับบริการเกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์) b) ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อครั้งฟอกเลือด ถ้าไม่ใส่สาเหตุ ไม่สามารถบันทึกได้ หรือปฏิเสธการจ่าย 1.2 เพิ่ม ตรวจสอบศักยภาพของหน่วย HD การรับรอง ตรต. (CK017 หมดอายุรับรอง ตรต.) (รอประกาศ ขึ้นทะเบียนหน่วย HD)

ประเด็นที่เปลี่ยนแปลงตามประกาศ ฯ ปี 2568-2569 (ต่อ)

รายการ	เดิม_ปี 2568		ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	ผู้ป่วยรายใหม่	ผู้ป่วยรายเก่า	
2. การลงทะเบียนผู้ป่วยในโปรแกรม DMIS_HD	- หน่วยบริการนำร่อง 18 แห่งขออนุมัติก่อนการให้บริการบำบัดทดแทนไต (PAK) และผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต (Shift Mode) ก่อนการลงทะเบียนผู้ป่วย ผ่านโปรแกรม PAK - หน่วยบริการไม่นำร่อง ขออนุมัติก่อนการให้บริการบำบัดทดแทนไต (PAK) ผ่านโปรแกรม SMD และผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต (Shift Mode) ก่อนการลงทะเบียนผู้ป่วย ผ่านโปรแกรม DMIS	ดำเนินการตามวิธีบำบัดทดแทนไตเหมือนเดิมไม่ต้องลงทะเบียน	ผู้ป่วยรายใหม่ ขออนุมัติก่อนการให้บริการผ่านโปรแกรม PAK ทั่วประเทศ เริ่ม 1 ม.ค.69
3. อัตราจ่าย	อัตราจ่าย จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด	อัตราจ่าย จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ
4.บันทึกข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ ผ่านโปรแกรม DMIS_CKD	บันทึกข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ ผ่านโปรแกรม DMIS_CKD	บันทึกข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ ผ่านโปรแกรม DMIS_CKD	คงเดิม

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายฯ

1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง ประกอบด้วย การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศ
2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข 2 แนบท้ายประกาศ
3. การปลูกถ่ายไต ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข 3 แนบท้ายประกาศ
4. การดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข 4 แนบท้ายประกาศ

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายฯ

หัวข้อ	เงื่อนไขบริการ
กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้รับบริการสิทธิ UC ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพบริการล้างไตผ่านช่องท้อง หรือเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง 2. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3. หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไต โดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย 4. หน่วยบริการที่มีศักยภาพดูแลแบบประคับประคอง

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

เงื่อนไขกรณีการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	1. เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพบริการล้างไตผ่านช่องท้อง (PD) หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง 2. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งผ่านการตรวจรับรองมาตรฐานโดยแพทยสภา 3. จัดให้มีกระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตาม <u>เอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ</u> 4. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมที่สปสช.กำหนด เพื่อขออนุมัติก่อนการให้บริการ	คงเดิม

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

เงื่อนไขกรณีการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) ต่อ1

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยใหม่ และผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต (Shift Mode) และทำการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ในผู้ป่วย Stage 5 กรณีที่ต้องการเตรียมเส้นเลือดถาวรไว้ล่วงหน้า หรือมีการทำเส้นเลือดถาวรใหม่มากกว่า 3 ครั้ง ที่ได้ผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) จากคณะกรรมการไตระดับเขต ตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2. ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่า 6 ml/min/1. 73sq.m และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว หรือ เป็นผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ที่มีระดับ eGFR มากกว่า 6 มล/นาทีต่อ 1.73 ตรม.ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตวายเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ 2) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง 3) ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูรีเมีย 4) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย 5) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูรีเมีย	คงเดิม

เงื่อนไขกรณีการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) ต่อ2

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย (ต่อ)	3. กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี ต้องได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวม ชนิดประคับประคอง โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วย ที่ตรวจพบข้อบ่งชี้ว่า ผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ” เมื่อตั้งคำถามและตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะแปลกใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในปีหน้า” เพื่อคาดคะเนโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง 6-12 เดือนข้างหน้า 2) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน 3) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า 40 4) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัม น้อยกว่า 2.5 กรัมต่อเดซิลิตร ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้น	คงเดิม

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

1. เงื่อนไขบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD-APD)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	1. เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพบริการล้างไตผ่านช่องท้อง (PD) หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง 2. เป็นหน่วยบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ 3. จัดให้มีกระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ	คงเดิม
กลุ่มเป้าหมาย	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยใหม่ ที่ผ่านเงื่อนไข การเริ่มบำบัดทดแทนไต และ 2. ผู้ป่วย ผ่านกระบวนการตัดสินใจร่วมการเลือกการบำบัดทดแทนไตและเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตผ่านทางช่องท้อง หรือ 3. ผ่านกระบวนการพิจารณาอนุมัติก่อนการให้บริการ (PAK) เลือกวิธีบำบัดทดแทนไตจากคณะกรรมการไตระดับเขต ตามเกณฑ์ข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 4. ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่า 6 ml/min/1. 73sq.m และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว	คงเดิม

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

1. เงื่อนไขบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD-APD) ต่อ1

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
กลุ่มเป้าหมาย (ต่อ)	5. ผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ที่มีระดับ eGFR > 6 ml/min/1. 73sq.m ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไต เรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ 2) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง 3) ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูรีเมีย 4) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย 5) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูรีเมีย 6. กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี (≥ 75) ต้องได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ต่อไปนี้ 1) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่ประหลาดใจ” 2) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน 3) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า 40 4) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัม น้อยกว่า 2.5 กรัมต่อเดซิลิตร) ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้	คงเดิม

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

1. เงื่อนไขบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD-APD) ต่อ2

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย	1. การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ 2. ค่าบริการ 2,500 บาท/เดือน 3. น้ำยาล้างไตทางช่องท้อง และอุปกรณ์ ผ่าน VMI 4. ยา Erythropoietin ขนาด 4,000 unit จ่ายเป็นเงิน 180 บาทต่อ vial ○ เริ่มให้ยา EPO เมื่อ Hb <10 g/dL ○ จ่ายตามระดับ Hb ต่ำสุด ทุก 12 สัปดาห์ ➢ Hb < 10 g/dL จ่ายจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ➢ Hb ≥ 10 ถึง < 12 g/dL จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ➢ Hb ≥ 12 g/dL หยุดจ่ายยา 5. มีเกณฑ์ผลงานการล้างไตฯ ที่ใช้จัดอันดับคะแนนหน่วยบริการ 100 ลำดับแรก จ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง จำนวน 5 ข้อ 1) ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้รับการลงทะเบียน KT 2) ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin ≥ 3.2 กรัมต่อเดซิลิตร 3) อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย PD ในระยะเวลา 12 เดือน 4) อัตราการเสียชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis Related Dead rate) 5)อัตราการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis rate)	เพิ่ม 1.ค่าฟอกเลือด Temporary HD 1500 บาท (ผู้ป่วย HIV 4,000 บาท) (รอประกาศไตปี 69) a) จ่ายไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) กรณีหน่วยบริการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่าจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (CK026 - รับบริการเกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์) b) ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อครั้งฟอกเลือด ถ้าไม่ใส่สาเหตุ ไม่สามารถบันทึกได้ หรือปฏิเสธการจ่าย

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

1. เงื่อนไขบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD-APD) ต่อ3

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
โปรแกรม	• ระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : Disease Management Information System (DMIS) • ตรวจสอบการประมวลผลจ่าย : ระบบบูรณาการธุรกรรมการเบิกจ่ายงบกองทุน (Seamless for DMIS)	คงเดิม

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

2. เงื่อนไขบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (HD)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย สำหรับกรณีทำ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อทั่วไป หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีศักยภาพให้บริการสำหรับทำการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ยกเว้นสถานพยาบาลที่มีลักษณะไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยแจ้งศักยภาพบริการและระบุแพทย์ศัลยกรรมหรือแพทย์ศัลยกรรมหลอดเลือด ในโปรแกรมระบบพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (CPP) 2. จัดให้มีกระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ	คงเดิม
กลุ่มเป้าหมาย	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยใหม่ ที่ผ่านเงื่อนไข การเริ่มบำบัดทดแทนไต และ 2. ผู้ป่วยผ่านกระบวนการตัดสินใจร่วมการเลือกการบำบัดทดแทนไตและเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3. มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ที่เป็นข้อห้ามการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือ 4. มีเหตุสมควร ด้านสังคมหรือครอบครัว ที่เป็นข้อจำกัดในการล้างไตทางช่องท้อง และผ่านกระบวนการพิจารณาอนุมัติก่อนการให้บริการ (PAK) เลือกวิธีบำบัดทดแทนไต คณะกรรมการไตระดับเขต ตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย	คงเดิม

2.เงื่อนไขบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (HD) ต่อ1

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข/อัตราจ่าย	1. การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ 2. ค่าฟอก HD จ่าย 1,500 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ค่าฟอก HD ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จ่าย 4,000 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 3. ยา Erythropoietin ขนาด 4,000 unit จ่ายเป็นเงิน 180 บาทต่อ vial ○ เริ่มให้ยา EPO เมื่อ Hb <10 g/dL ○ จ่ายตามระดับ Hb ต่ำสุด ทุก 12 สัปดาห์ ➢ Hb < 10 g/dL จ่ายจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ➢ Hb ≥ 10 ถึง < 12 g/dL จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ➢ Hb ≥ 12 g/dL หยุดจ่ายยา 4. เกณฑ์ผลงานคุณภาพในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1) ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่ได้รับการลงทะเบียน KT 2) ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่มีระดับของ Serum Albumin ≥3.5 กรัมต่อเดซิลิตร 3) ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่มีระดับ Hemoglobin เฉลี่ยต่อปี > 12 กรัมต่อเดซิลิตร 4) ร้อยละของความเพียงพอในการฟอกเลือด (Kt/V) 5) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ผ่าน AVF/AVG/Perm cath	เพิ่ม ตรวจสอบศักยภาพของหน่วย HD การรับรอง ตรต. (CK017 หมดอายุรับรอง ตรต.) รอประกาศ ขึ้นทะเบียนหน่วย HD)

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

2.เงื่อนไขบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (HD) ต่อ2

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข / อัตราจ่าย (ต่อ)	5. ค่าบริการสำหรับทำการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) 1) Tunnel cuffed catheter (TCC) รวมค่าอุปกรณ์รหัส 4905 เหมาจ่าย 11,000 บาทต่อครั้ง 2) Arteriovenous Fistula (AVF) จ่ายจริงไม่เกิน 13,500 บาทต่อครั้ง 3) Arteriovenous Graft (AVG) จ่ายจริงไม่เกิน 13,500 บาทต่อครั้ง และ ค่าอุปกรณ์รหัส 4015 หรือ 4016 4) Temporary double lumen catheter (TDC) จ่ายจริงไม่เกิน 5,000 บาทต่อครั้ง 5) กรณีที่มีการซ่อมเส้นเลือด AVF และ AVG สามารถเบิกค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมตามจ่ายจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท ภายในระยะเวลา 1 ปีงบประมาณ *กรณีที่ต้องการเตรียมเส้นเลือดถาวรไว้ล่วงหน้า หรือมีการทำเส้นเลือดถาวรใหม่มากกว่า 3 ครั้ง ต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) จากคณะกรรมการไต โดยจ่ายตามข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทย กำหนดไว้ ในกรณีที่หน่วยบริการเข้าร่วมการให้บริการในรูปแบบ ODS (One Day Surgery) ให้หน่วยบริการเบิกจ่ายในอัตราตามประกาศฯ กรณีบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก	คงเดิม

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

2.เงื่อนไขบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (HD) ต่อ3

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย (ต่อ)	6. ตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย ข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ (CPP) ศักยภาพของหน่วยฟอกเลือด ได้แก่ จำนวนเครื่อง จำนวนรอบ วันเวลา เปิดปิดทำการ จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวนบุคลากร เป็นต้น โดยหน่วยบริการสามารถปรับปรุงแก้ไข	คงเดิม
โปรแกรม	• ระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : Disease Management Information System (DMIS) • (กรณีเบิกค่า Vascular Access) : ระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) • ตรวจสอบการประมวลผลจ่าย : ระบบบูรณาการธุรกรรมการเบิกจ่ายงบกองทุน (Seamless for DMIS)	คงเดิม

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

3. เงื่อนไขบริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant)

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไตโดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ
กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยใหม่ ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือเจตนารมในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ 2. ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) ต้องขออนุมัติก่อนการให้บริการ (PAK) จากคณะกรรมการไตระดับเขต	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

3. เงื่อนไขบริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant) ต่อ1

หัวข้อ	ปีงบประมาณ 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย	1. การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ (เฉพาะกรณี OP) 2. ค่าใช้จ่ายก่อนผ่าตัด ค่าเตรียมผู้รับบริจาค ค่าเตรียมผู้บริจาคมีชีวิต และผู้บริจาคสมองตาย	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

ประเภทการจ่าย		เงื่อนไข	อัตราจ่าย (บาท)
ผู้บริจาค	สมองตาย	ผ่าตัดนำอวัยวะออก	40,000 ต่อไต 1 ข้าง
	มีชีวิต	เตรียมผู้บริจาค	40,000
		ผ่าตัดนำอวัยวะออก	32,800
ผู้รับบริจาค		ก่อนรับผ่าตัด	31,300
	กรณีผู้บริจาค มีชีวิต	- ค่าตรวจ PRA - ตรวจ screening 1 ครั้งต่อปี - ตรวจ SAB class I เพื่อ confirm กรณี screening class I ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี - ตรวจ SAB class II เพื่อ confirm กรณี screening class II ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี	2,000 13,000 12,500
	กรณีผู้บริจาคสมองตาย	- ค่าตรวจ PRA จ่ายตามจริง ไม่เกิน 8,700 บาทต่อรายต่อปี	8,700

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

3. เงื่อนไขบริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant) ต่อ2

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย (ต่อ)	3. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัด ตาม Protocol กรณีไม่มี หรือมี ภาวะแทรกซ้อน	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

ประเภทการจ่าย	Protocol	อัตราจ่าย (บาท)
กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	Protocol-I	143,000
	Protocol-II	148,000
	Protocol-III	287,000
กรณีมีภาวะแทรกซ้อนโดยตรงจากการผ่าตัดปลูกถ่ายไต	Protocol ACR-A (Acute cellular rejection)	23,000
	Protocol ACR-B (Refractory acute cellular rejection)	493,000
	Protocol AMR-A (Antibody mediated rejection)	340,000
	Protocol AMR-B (Refractory antibody mediated rejection)	426,000
	Protocol DGF-A (Delayed graft function)	56,000
	Protocol DGF-B (Delayed graft function with acute cellular rejection)	40,000
	Protocol DGF-C (Delayed graft function with antibody mediated rejection)	35,000

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

3. เงื่อนไขบริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant) ต่อ3

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย (ต่อ)	4. ค่ายากดภูมิหลังผ่าตัด	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

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

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

3. เงื่อนไขบริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant) ต่อ4

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย (ต่อ)	5. กรณีการรักษาการตีบของเส้นเลือดไต สำนักงานเบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) และเบิกค่าอุปกรณ์ (Balloon + Stent) ในระบบของสำนักงาน รายการอุปกรณ์ รหัส 4801 – 4804 6. กรณีที่มีภาวะสลัดไต และมีการลงทะเบียนล้างไตผ่านทางช่องท้องหรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้ว หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายไม่เกิน 6 เดือน 7. กรณีที่มีโรคแทรกซ้อน หรือโรคเดิม ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเรียกเก็บขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย 8. กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด ในช่วงเวลาประมาณ 21 วัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ
โปรแกรม	• ระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : Disease Management Information System (DMIS) • (กรณีมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในประกาศ) : ระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) • ตรวจสอบการประมวลผลจ่าย : ระบบบูรณาการธุรกรรมการเบิกจ่ายงบกองทุน (Seamless for DMIS)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

4. เงื่อนไขบริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

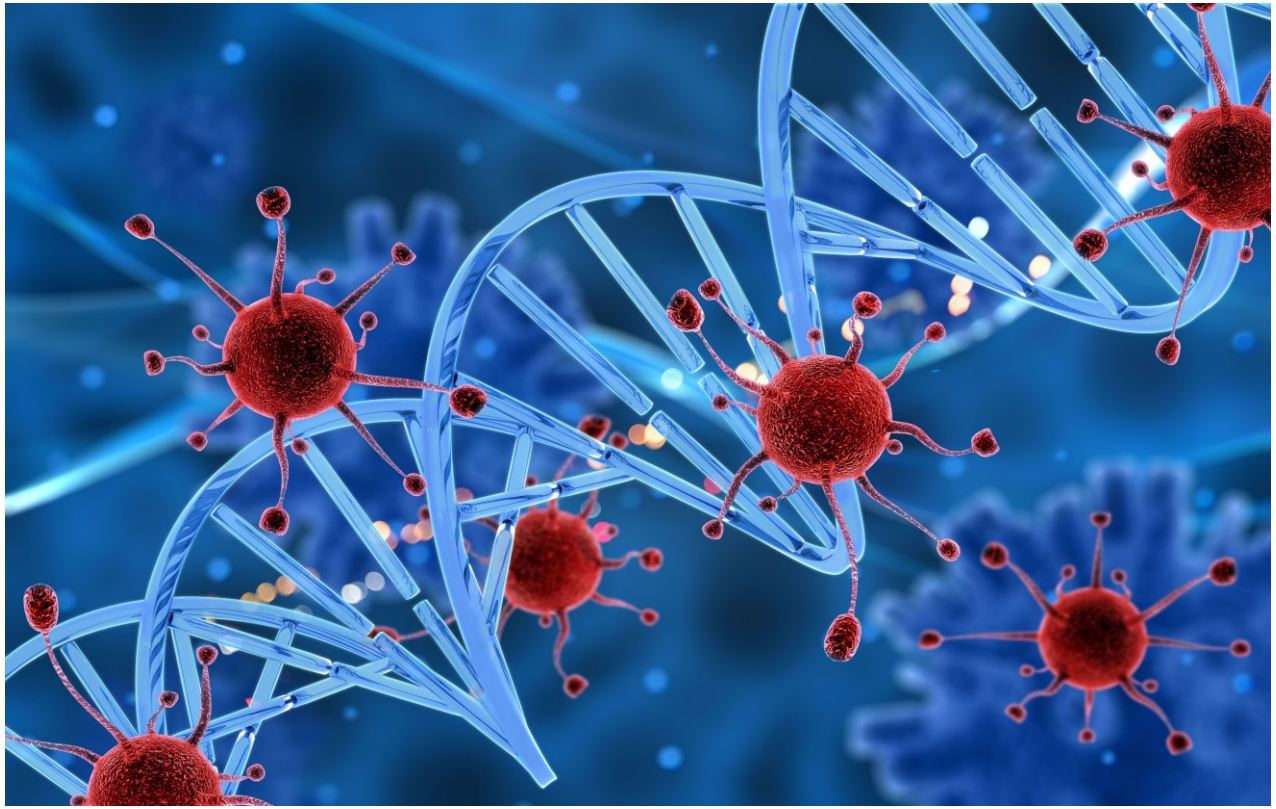
หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หน่วยบริการ	1. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2. จัดให้กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ
กลุ่มเป้าหมาย	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยใหม่ ที่ผ่านเงื่อนไข การเริ่มบำบัดทดแทนไต 2. เป็นผู้ป่วยติดเตียง หรือมีภาวะร่างกายอ่อนแอมาก หรือมีโรคร่วมรุนแรง เช่น หัวใจ ตับ ปอด มะเร็งระยะลุกลาม มีภาวะขาดสารอาหารขั้นรุนแรง และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมรุ่นแรง เช่น โรคอัลไซเมอร์ รวมทั้งผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต 3. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี ที่ได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวม ชนิดประคับประคอง โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง พบข้อบ่งชี้ว่า มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร 4. ผู้ป่วยรายใหม่ที่ประสงค์บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบระคับประคองฯ เพื่อขออนุมัติก่อนการให้บริการ (PAK) จากคณะกรรมการไตระดับเขต ตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

4. เงื่อนไขบริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ต่อ

หัวข้อ	เดิม_ปี 2568	ใหม่_ ที่เปลี่ยนแปลง ปี 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย	1. การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ 2. ยา Erythropoietin ขนาด 4,000 unit จ่ายเป็นเงิน 180 บาทต่อ vial ○ เริ่มให้ยา EPO เมื่อ Hb <10 g/dL ○ จ่ายตามระดับ Hb ต่ำสุด ทุก 12 สัปดาห์ ➢ Hb < 10 g/dL จ่ายจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ➢ Hb ≥ 10 ถึง < 12 g/dL จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ➢ Hb ≥ 12 g/dL หยุดจ่ายยา	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ
โปรแกรม	• ระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : Disease Management Information System (DMIS) • ตรวจสอบการประมวลผลจ่าย : ระบบบูรณาการธุรกรรมการเบิกจ่ายงบกองทุน (Seamless for DMIS)	อยู่ระหว่างรอร่างประกาศ

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้ง OP IP และ OPCA anywhere สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ 2569



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่าย กรณีการรักษาโรคมะเร็ง

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศที่เกี่ยวข้อง

ประกาศ CA 2568
ยกเลิก

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง กรณีที่มีที่มีเหตุสมควร (แก้ไขหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย) พ.ศ. 2568

ข้อ 3 ให้ ยกเลิก ประกาศสานักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. 2567 และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัด ฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2567

ข้อ 4 ให้ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง กรณีที่มีเหตุสมควร พ.ศ. 2566 มีผลใช้บังคับต่อไป มีผลกับข้อมูลให้บริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 เป็นต้นไป

ข้อ 5 การขอรับค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามแนวทางการรักษา ปี 2566

ประกาศ ณ วันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา
สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
รวมบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร
พ.ศ. ๒๕๖๖

Download Here

ประกาศ CA 2566

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณี CA Anywhere ปีงบประมาณ 2569

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หัวข้อ	บริการปี 2569
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง รวมถึง 1. การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยครอบคลุมการตรวจหาระยะของโรคมะเร็ง ไม่รวมการตรวจคัดกรอง หรือการตรวจเพื่อศึกษาวิจัย 2. การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา 3. การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมทั้งโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง 4. การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาภายหลังการรักษาโรคมะเร็งและโรคร่วมที่พบในระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง 5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการสั่งใช้ยารักษามะเร็งยาบัญชี จ (2)
ผู้มีสิทธิ	สิทธิ UC และ D1 (SSS)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบ UC ดังนี้ - หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการรักษาโรคมะเร็งด้านเคมีบำบัด/ฮอร์โมน - หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา
เงื่อนไขการจ่าย	กำหนดให้มีการยืนยันตัวตนเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ ประเภทผู้ป่วยนอก (OP) - มีระบบการตรวจสอบก่อนจ่าย (Pre-audit) - มีระบบการตรวจสอบหลังจ่าย (Post-audit)
โปรแกรม	E claim

แนวทางการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็ง

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หัวข้อ	ปี 2569
แนวทางการรักษา	1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ให้เป็นไปตามแนวทาง ดังต่อไปนี้ (ก) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. 2566 (ISBN 978-616-490-096-7) (ข) แนวทางการขอรับค่าบริการสาธารณสุขกรณีโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. 25666 2) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 35 ปี ให้เป็นไปตามแนวทาง ดังต่อไปนี้ (ก) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. 2566 (ISBN 978-616-490-096-7) (ข) แนวทางการขอรับค่าบริการสาธารณสุขกรณีโรคมะเร็งในเด็ก พ.ศ. 2566 (ISBN 978-616-490-095-0) (ค) แนวทางการขอรับค่าบริการสาธารณสุขกรณีโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2566 (ISBN 978-616-490-097-4) 3) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ให้เป็นไปตานแนวทางการขอรับค่าบริการสาธารณสุขกรณีโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พศ. 2566 (ISBN 978-616-490-095-0)
การบันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายในโปรแกรม (e-Claim)	- บันทึก Project code : CANCER มะเร็งรับบริการได้ทุกที่ที่พร้อม - บันทึกรหัส ICD10 โรคมะเร็ง /กรณีรักษาด้วยยาเคมีบาบัด มีรหัส Z511, รังสีรักษาบันทึกรหัส Z510 และรหัส RTX ตามประกาศกำหนด
การตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย	การตรวจสอบก่อนการจ่ายและ Post Audit Payment

เงื่อนไขและอัตราจ่ายบริการกรณีรักษาโรคมะเร็ง

ประเภท	ชนิดมะเร็ง	การรักษา	การจ่ายชดเชย
ผู้ป่วยนอก (OP)	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด (P: Protocol)	จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรังษา ตามเอกสารแนบท้ายประกาศฯ รวมค่าผสมยาเคมีบำบัด ในอัตราไม่เกิน 160 บาท/วัน และรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด (N: Non-Protocol)	จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ รวมค่าผสมยาเคมี 160 บาท/วัน ตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 2,300 บาท
	มะเร็งทั่วไป ที่ยังไม่กำหนดโปรโตคอล (G: General)		จ่ายค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ รวมค่าผสมยาเคมี 160 บาท/วัน ตามค่าใช้จ่ายจริง ไม่เกิน 4,000 บาท
	การรักษาอื่นๆที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง		จ่ายตามรายการและอัตราที่กาหนด (fee schedule)
ผู้ป่วยใน (IP)	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด (P: Protocol)	Deduct DRGs (CCUF) และจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัดตามจริงไม่เกินเพดานราคาที่ประกาศ กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด (N: Non-Protocol)	จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs
	มะเร็งทั่วไป ที่ยังไม่กำหนดโปรโตคอล (G: General)		จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs

**จ่ายตามศักยภาพหน่วยบริการที่กำหนดในแต่ละระดับ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง

ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อประกอบการสั่งใช้ยาบัญชี จ (2) ตามประกาศกรณีการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ 2568 ลว.16 ส.ค. 2568 https://law.nhso.go.th/files/forms/MzEw/373da7fa-95e6-40a7-a7a6-1a46543b3452-1340204014473674444.pdf



Adobe Acrobat Document

ลำดับ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	เงื่อนไข	อัตราจ่าย
1	Fluorescence In Situ Hybridization (FISH) หรือ (DISH test) หรือ (DISH : Dual – Color in situ hybridization	รักษามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น (ICD10=C50*) กรณีสั่งใช้ยา trastuzumab หรือยา Ribociclib	จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน 10,000 บาท ต่อเต้านม 1 เต้า (ตามประกาศกรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด พ.ศ 2568)
2	การตรวจยีน Gene mutation	รักษามะเร็ง Chronic myeloid leukemia (CML) (ICD10=C92) กรณีสั่งใช้ยา imatinib, Dasatinib, Nilotinib	จ่ายตามจริงในอัตราไม่เกิน 8,000 บาท ต่อปีต่อราย
3	กรณีตรวจวินิจฉัย EGFR mutation	ผู้ป่วยมะเร็งปอด (NSCLC) ระยะลุกลามถึงแพร่กระจาย(ICD10=C34) กรณีการสั่งใช้ยา erlotinib	ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับเรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการจ่ายตามรายการบริการ

รายการเพิ่มใหม่ ปีงบประมาณ 2569 : กรณีการรักษาภาวะมีบุตรยาก

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการเพิ่มใหม่_ปี 2569 (ตามร่างประกาศฯ)	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	-เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก อายุ 30-40 ปีบริบูรณ์ และมีคู่สมรสที่จดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย -หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิ เมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข -การขอรับค่าใช้จ่ายต้องสอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการที่บันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile : CPP)
ผู้มีสิทธิ	ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือมีสูตินรีแพทย์ หรือมีสูตินรีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์
อัตราจ่าย	1) จ่ายค่ายากระตุ้นไข่และยาเหนี่ยวนำการตกไข่ (OS: ovarian stimulation) จ่ายตามจริง ไม่เกิน 3,000 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 12 เดือน หรือ 2) จ่ายค่ายากระตุ้นไข่และยาเหนี่ยวนำการตกไข่ (OS: ovarian stimulation) และการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง (IUI: Intra-Uterine Insemination) จ่ายตามจริงไม่เกิน 4,000 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 12 เดือน 3) จ่ายค่าบริการการทำเด็กหลอดแก้ว (IVF In Vitro Fertilization หรือ ICSI Intra-Cytoplasmic Sperm Injection) เหมาจ่ายในอัตรา 100,000 บาท โดยครอบคลุมการตรวจทางพันธุศาสตร์ และการย้ายตัวอ่อน (ET: Embryo Transfer) ได้ 2 ครั้ง
โปรแกรม	e-Claim

ประกาศมีบุตรยาก 2568

บริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE)

รายการ	เงื่อนไข/หลักเกณฑ์
1. กลุ่มเป้าหมาย	ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีอาการแสดง (symptomatic) หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหายากประเภทกลุ่มโรคมีความผิดปกติของสารโมเลกุลเล็ก (Disorders of small molecules)
2. หน่วยบริการที่มีสิทธิขอรับค่าใช้จ่าย	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหายาก จำนวน 7 แห่ง
3. การบันทึกข้อมูล	ผ่านโปรแกรม E claim

เครือข่ายหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก

1) รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2) รพ.ศิริราช
3) รพ.รามาธิบดี
4) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
5) รพ.พระมงกุฎเกล้า
6) รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
7) รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อ้างอิงตาม ประกาศ สปสช. เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. 2566

Adobe Acrobat Document

อัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชยบริการผู้ป่วยโรคหายาก (RARE DISEASE) ปี 2569

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการ	ประเภทผู้ป่วย RD	ราคา (บาท)	เงื่อนไข
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ • TMS : Comprehensive metabolic test • Plasma Amino acid analysis • GC/MS : Urine organic acid	กลุ่ม A/กลุ่ม B	3,500 /รายการ	
ค่าบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายากในปีแรก	• กลุ่ม A • กลุ่ม B	• 300,000 • 50,000	• งวดที่ 1 ร้อยละ 50 เมื่อมีการลงทะเบียนในโปรแกรมระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ตามที่ สปสช.กำหนด • งวดที่ 2 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด หลังจากวันลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคหายาก 90 วัน
ค่ารักษาพยาบาลหรือการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายเดิม	• กลุ่ม A • กลุ่ม B	• 200,000 • 33,000	• งวดที่ 1 ร้อยละ 50 เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วย • งวดที่ 2 ร้อยละ 50เมื่อมีการรายงานการให้บริการดูแลผู้ป่วย หลังจากเบิกงวดที่ 1 ไม่น้อยกว่า 90 วัน
ค่าพาหนะส่งต่อและส่งกลับ	กลุ่ม A/กลุ่ม B	การส่งต่อไปยังศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายาก และการส่งกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องยังหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น หรือชุมชน ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ทั้งนี้ กรณีการส่งกลับไปยังชุมชน จ่ายค่าใช้จ่ายเฉพาะส่งกลับจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคหายากเท่านั้น โดยมีอัตราจ่ายเช่นเดียวกับอัตราจ่ายในระบบปกติ	

การดูแลแบบประคับประคอง

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การดูแลแบบประคับประคอง

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศเฉพาะโรค
2566

เอกสารหมายเลข ๓.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การดูแลแบบประคับประคอง

รหัสโรคตามระบบ ICD-10 ที่เข้าเกณฑ์การจัดบริการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

๑. โรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 (ไม่มีรหัส ICD-10 เฉพาะบ่งชี้ระยะแพร่กระจาย)

๒. โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) รหัส I60-I69

๓. โรคไตเรื้อรังระยะรุนแรง (Advanced chronic kidney disease) รหัส N18.5

๔. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะรุนแรง Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) รหัส J44 (ไม่มีรหัส ICD-10 เฉพาะบ่งชี้ระดับความรุนแรง)

๕. ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1 (ไม่มีรหัส ICD-10 เฉพาะบ่งชี้ระดับความรุนแรง)

๖. ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ Alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ Hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)

๗. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) รหัส I50

๘. ผู้ป่วยเด็ก (โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคสมองพิการ โรคเมตาโบลิค ภาวะความผิดปกติทางพันธุกรรมที่รุนแรง ภาวะคลอดก่อนกำหนด ฯลฯ) มีรหัส ICD-10 ที่หลากหลาย การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจ่ายค่าตอบแทนผู้ป่วยเด็ก ให้ใช้อายุร่วมกับรหัส Z51.5 เพราะการใช้ Morphine เด็กมีน้อยมาก และการจ่ายค่าดูแลต่อเนื่องที่บ้านจะจ่ายย้อนหลังนับจากวันเสียชีวิต

หมายเหตุ : ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) รหัส F00-F03 และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รหัส R54 ที่ไม่มีโรคร่วมตามรหัสดังกล่าว ถือว่าไม่เข้าเกณฑ์ แนะนำให้ลงทะเบียนเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care (LTC))

การดูแลแบบประคับประคอง

หัวข้อ	บริการปี 2568 และ 2569
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 1. ได้รับการวินิจฉัยและ ICD-10 ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตามเอกสารหมายเลข 3.1 แนบท้ายประกาศ 2. มีการบันทึกข้อมูลการวินิจฉัย Z51.5 ร่วมกับรหัสการวินิจฉัยโรคตามที่กำหนดในประกาศ 3. มีการจัดทำ Advance care plan และกรอกข้อมูลรหัส Z71.8 4. บันทึกข้อมูลการดูแลที่บ้านทุกครั้งและบันทึกข้อมูลกิจกรรมตามจริง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา Opioid 5. การนับวัน เริ่มนับวันที่หน่วยบริการไปให้บริการผู้ป่วยที่บ้านวันแรก
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ดูแลแบบประคับประคองด้วยการให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (1) เป็นหน่วยบริการที่ได้รับใบอนุญาตครอบครอง และจาหน่ายยาเสพติดประเภทที่ 2 หรือประเภทที่ 5 (2) เป็นหน่วยบริการที่มีรายการยา Palliative care essential drugs list กลุ่ม Opioids ชนิดออกฤทธิ์ยาวที่กำหนดตามแนวทางการบริหารระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ที่กระทรวงสาธารณสุขกาหนด ครบทั้ง 3 กลุ่ม ดังนี้ (ก) มอร์ฟีนรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์ทันทีอย่างน้อย 2 รายการ คือ Morphine syrup และ Morphine tablet immediate release (ข) มอร์ฟีนรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์ยาวอย่างน้อย 1 รายการ คือ Morphine tablet sustained release และหรือ Morphine capsule sustained release (ค) ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นรูปแบบดูดซึมผ่านผิวหนังอย่างน้อย 1 รายการ คือ Fentanyl patch ทั้งนี้ หน่วยบริการต้องมีแพทย์ประจำหรือแพทย์เจ้าของคนไข้ หรือแพทย์นอกเวลา ที่สามารถสั่งจ่ายยาตาม (2) ได้ โดยการสั่งจ่ายควรครอบคลุมอย่างน้อย 1 เดือน
อัตราการจ่าย	1. จ่ายค่าบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย การให้ออกซิเจน การดูแลแผล การให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น การให้คำแนะนำสังเกตอาการผิดปกติและการดูแลที่บ้าน ประเมินอาการและปรับการรักษาตาม Advance care plan ตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านจนถึงเสียชีวิต เป็นระยะเวลา 6 เดือน - อัตรา 1,000 บาท เมื่อมีการรายงานข้อมูลการดูแลที่บ้าน หยุดจ่ายเมื่อครบ 6 เดือน - อัตรา 3,000 บาท จ่ายเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตโดยตรวจสอบกับฐานทะเบียนราษฎร์ ** ไม่สามารถเบิกซ้ำกรณีเบิกครบ 6 เดือนแล้ว ยังไม่เสียชีวิต 2. ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น จ่ายเพิ่มเติมจากค่าบริการดูแลประคับประคองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ICD-10เข้าเกณฑ์ให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น) เหมาจ่าย 750 บาทต่อคนต่อเดือนเป็นรายเดือนทุกเดือนจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต

Thank You



หลอมรวมเครือข่าย...หลากหลายเพื่อหนึ่งเดียว :
รวมพลังสร้างสรรค์หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน