

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยง
ด้านการเงินของหน่วยบริการ

พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖
เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๔.๒ ข้อ ๓๔.๓ และข้อ ๓๔.๔ แห่งประกาศ
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘
พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึง
สำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยง
ด้านการเงินของหน่วยบริการ ต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูงตามหมวด ๑

(๒) บริการจัดหากระจกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาตามหมวด ๒

(๓) บริการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะตามหมวด ๓

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

บริการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness)

ข้อ ๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูงตามข้อ ๗ จ่ายตามจริงไม่เกินชั่วโมงละ ๑๒,๐๐๐ บาท

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๑๑ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๒ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๔ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์และหลักฐานสนับสนุนในการวินิจฉัยโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness)

(๒) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการให้บริการการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูงที่มีระยะเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการรักษาในการให้บริการแต่ละครั้ง ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๑๕ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๑๔

ข้อ ๑๖ ในกรณีที่มิเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๒

บริการจัดหากระดูกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกตา

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๗ การให้บริการจัดหากระดูกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกตา ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพอย่างน้อยอย่างใด ดังต่อไปนี้

(ก) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา

(ข) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดเตรียมกระดูกตาชั้นใน สำหรับการปลูกถ่ายกระดูกตาชั้นใน (DSAEK)

(ค) หน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกตา

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการโรคกระดูกตา

ข้อ ๑๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการจัดหากระดูกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกตา ตามข้อ ๑๗ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกตา จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ตามข้อ ๑๗ (๑) (ก) ในอัตราดวงตาละ ๑๕,๐๐๐ บาท

(๒) ค่าจัดเตรียมกระดูกตาชั้นในสำหรับการปลูกถ่ายกระดูกตาชั้นใน (DSAEK) สำหรับผู้ป่วยโรคกระดูกตาพิการ จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามข้อ ๑๗ (๑) (ข) ในอัตราดวงตาละ ๑๓,๐๐๐ บาท

(๓) ค่าบริการผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกตา จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามข้อ ๑๗ (๑) (ค) ด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๙ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกตาเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ โดยบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน รวมถึงข้อมูลของหน่วยบริการที่จัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา และหน่วยบริการที่จัดเตรียมกระดูกตาชั้นใน สำหรับการปลูกถ่ายกระดูกตาชั้นใน (DSAEK) ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการ

ทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการ ที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๑ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการ ตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการ สามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๒ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๒๑ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบ ก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๓ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๒ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณี ที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๒๔ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุข ตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

(๒) ตรวจพบหลักฐานแบบบันทึกการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

(๓) ตรวจสอบหลักฐานการจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตาของหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา

(๔) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการจัดเตรียมกระจกตาชั้นในสำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK) ของหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการจัดเตรียมกระจกตาชั้นใน สำหรับการปลูกถ่ายกระจกตาชั้นใน (DSAEK)

(๕) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนกรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

(๖) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs)

ข้อ ๒๕ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๒๔

ข้อ ๒๖ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๓

บริการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๗ การให้บริการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

(๒) บริการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีตันแต่กำเนิด หรือตีบวายจากสาเหตุอื่น ๆ

(๓) บริการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย

(๔) บริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

ข้อ ๒๘ การให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจตามข้อ ๒๗ (๑) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการกรณีหัวใจวายอย่างรุนแรงและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นซึ่งมีสุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด และได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ภายใต้หลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(ก) การจัดสรรอวัยวะและคุณสมบัติของผู้รับบริการ ให้เป็นไปตามประกาศศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

(ข) การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

ข้อ ๒๙ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจตามข้อ ๒๘ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายกรณีการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัดตามแผนการรักษา (Protocol) ทั้งนี้ หากเสียชีวิตระหว่างการรักษากรณีเสียชีวิตในระหว่างเตรียมตัวก่อนผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดตามอัตราที่กำหนดในแผนการรักษาสำหรับกรณีเสียชีวิตในระหว่างการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดจะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาเหมาจ่ายที่กำหนดในแผนการรักษา ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
๑) สำหรับผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ตรวจเนื้อเยื่อ HLA - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่รวมการตรวจ Cardiac Catheterization	๓๐,๐๐๐
๒) สำหรับผู้บริจาคสมองตาย ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor) (ศูนย์รับบริจาค	- บริการดูแล Donor - ผ่าตัด - น้ยาถนอมอวัยวะ - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	๔๐,๐๐๐

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
อวัยวะสภากาชาดไทย โดยผ่านหน่วยบริการที่ผ่าตัด)	- บริการดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	

(ข) ค่าใช้จ่ายระหว่างการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
๑) สำหรับผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-HTX-I - ใซ้ยากดภูมิคุ้มกัน Cyclosporine + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่าง รับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๑๐,๐๐๐
Protocol-HTX-II - ใซ้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่าง รับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๒๐,๐๐๐

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
Protocol-HTX-III - ใ้ซ้ยากดภูมิคุ้มกัน Anti-thymocyte globulin + Cyclosporine + mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Anti-thymocyte globulin - ยา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษา - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๗๕,๐๐๐
Protocol-HTX-IV - ใ้ซ้ยากดภูมิคุ้มกัน Anti-thymocyte globulin + Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Anti-thymocyte globulin - ยา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๘๐,๐๐๐
Protocol- HTX-V - ใ้ซ้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximap + Cyclosporine + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ	๔๕๕,๐๐๐

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
	<ul style="list-style-type: none"> - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Basiliximab - ยา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	
Protocol- HTX-VI <ul style="list-style-type: none"> - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab + Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Basiliximab - ยา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	๔๖๕,๐๐๐
๒) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน (Rejection)		
Protocol-ACR <ul style="list-style-type: none"> - ภาวะ Acute Cellular Rejection 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำ Echocardiography - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - ยา Methylprednisolone - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	๓๐,๐๐๐
Protocol-AMR <ul style="list-style-type: none"> - ภาวะ Antibody Mediated Rejection 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำ Echocardiography - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - ยา Methylprednisolone - ยา Intravenous Immunoglobulin - Plasmapheresis และตัวกรอง Plasma - สาย Double lumen catheter 	๓๒๐,๐๐๐

(ค) ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
Protocol -Myocardium biopsy หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อหัวใจ (Myocardium biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัดก็ได้	- ทำ Echocardiogram - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - บริการห้องและอาหาร - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๐,๐๐๐

(๒) ค่าใช้จ่ายการตรวจประเมิน Cardiac Catheterization ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และกรณีที่ทำให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

(๓) ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์ในการตรวจประเมิน Cardiac Catheterization จ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

(๔) ค่ายากดภูมิคุ้มกัน ให้เป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน หลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ซึ่งจะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล โดยเป็นไปตามเงื่อนไขการรับยาและอัตราจ่ายต่อเดือน ดังต่อไปนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราจ่ายต่อเดือน (บาท)
หลังผ่าตัด ๑-๖ เดือน	๓๐,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๗-๑๒ เดือน	๒๕,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๑๓-๒๔ เดือน	๒๐,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๒๔ เดือนขึ้นไป	๑๕,๐๐๐

ข้อ ๓๐ การให้บริการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ ตามข้อ ๒๗ (๒) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการอายุไม่เกิน ๑๘ ปีบริบูรณ์ในวันที่รับการผ่าตัด ซึ่งมีสุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด และได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ภายใต้หลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(ก) การจัดสรรอวัยวะและคุณสมบัติของผู้รับบริการ ให้เป็นไปตามประกาศศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

(ข) การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

ข้อ ๓๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิดหรือตบวายจากสาเหตุอื่น ๆ ตามข้อ ๓๐ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายกรณีการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัดตามแผนการรักษา (Protocol) ทั้งนี้ หากเสียชีวิตระหว่างการรักษากรณีเสียชีวิตในระหว่างเตรียมตัวก่อนผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดตามอัตราที่กำหนดในแผนการรักษา สำหรับกรณีเสียชีวิตในระหว่างการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดจะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาเหมาจ่ายที่กำหนดในแผนการรักษา ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
๑) สำหรับผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ตรวจเนื้อเยื่อ HLA - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่รวมการตรวจ Cardiac Catheterization	๓๐,๐๐๐
๒) สำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ตรวจเนื้อเยื่อ HLA - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง จ่ายไม่เกิน ๒ ครั้งต่อผู้บริจาค ๑ ราย	๔๐,๐๐๐

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
๓) สำหรับผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor) (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทยโดยผ่าน หน่วยบริการที่ผ่าตัด)	- บริการดูแล Donor - ผ่าตัด - น้้ายาถอนมอวิยะ - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	๔๐,๐๐๐

(ข) ค่าใช้จ่ายระหว่างการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
๑) สำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต เมื่อเข้ารับการผ่าตัด	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๑๐๐,๐๐๐
๒) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-OLT-I - ใ้ยาากลุ่ม Cyclosporine + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๔๑๐,๐๐๐

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
Protocol-OLT-II - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๔๒๐,๐๐๐
Protocol-OLT-III - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab + Cyclosporine + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา Basiliximab - ยา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๕๕๕,๐๐๐

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
Protocol-OLT-IV - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximap + Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา Basiliximab - ยา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๕๖๕,๐๐๐
๓) สำหรับผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะ เมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีมีภาวะ rejection		
Protocol-ACR - ภาวะ Acute Cellular Rejection	- ทำ Ultrasound - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - ยา Methylprednisolone - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๐,๐๐๐

(ค) ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
กรณีที่มีการตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อน ระหว่างผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัด	- ทำ Ultrasound - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - บริการห้องและอาหาร - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๑๐,๐๐๐

(๒) ค่าใช้จ่ายกรณีที่ทำให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

(๓) ค่ายากดภูมิคุ้มกัน ให้เป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน หลังการปลูกถ่ายตับ ซึ่งจะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล โดยเป็นไปตามเงื่อนไขการรับยาและอัตราจ่ายต่อเดือน ดังต่อไปนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราจ่ายต่อเดือน (บาท)
หลังปลูกถ่ายตับ ๑-๖ เดือน	๓๐,๐๐๐
หลังปลูกถ่ายตับ ๗-๑๒ เดือน	๒๕,๐๐๐
หลังปลูกถ่ายตับ ๑๓-๒๔ เดือน	๒๐,๐๐๐
หลังปลูกถ่ายตับ ๒๔ เดือนขึ้นไป	๑๕,๐๐๐

ข้อ ๓๒ การให้บริการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้ายตามข้อ ๒๗ (๓) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้ายที่มีอายุมากกว่า ๑๘ ปี แต่ไม่เกิน ๖๐ ปี ณ วันที่ลงทะเบียนรอปลูกถ่ายตับ และมีอายุไม่เกิน ๖๕ ปี ในวันผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(ก) ข้อบ่งชี้และคุณสมบัติของผู้รับการปลูกถ่ายตับ มีดังต่อไปนี้

๑) ตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้ายที่มีค่าประสิทธิภาพการทำงานของตับ (Child-Pugh score) ตั้งแต่ ๗ ขึ้นไป หรืออาการแสดงถึงภาวะแทรกซ้อนของตับแข็ง และต้องหยุดสุราติดต่อกันไม่น้อยกว่า ๖ เดือน

๒) ไม่มีการติดเชื้อที่ควบคุมไม่ได้ ยกเว้นการติดเชื้อในตับและทางเดินน้ำดี

๓) ไม่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์

๔) ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด

๕) ไม่มีความผิดปกติทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาด้วยการปลูกถ่ายตับในระยะยาว

๖) ไม่เป็นโรคมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาหายขาดนานกว่า ๓ ปีขึ้นไป (ยกเว้นมะเร็งตับ)

๗) ไม่มีโรคร่วม (ยกเว้นโรคตับ) ที่มีความรุนแรงหรือเป็นระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถ

รักษาให้ดีขึ้น

(ข) การจัดสรรอวัยวะและคุณสมบัติของผู้รับบริการ เป็นไปตามประกาศศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

(ค) การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

ข้อ ๓๓ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้ายตามข้อ ๓๒ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายกรณีการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัดตามแผนการรักษา (Protocol) ทั้งนี้ หากเสียชีวิตระหว่างการรักษากรณีเสียชีวิตในระหว่างเตรียมตัวก่อนผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดตามอัตราที่กำหนดในแผนการรักษา สำหรับกรณีเสียชีวิตระหว่างการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดจะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาเหมาจ่ายที่กำหนดในแผนการรักษา ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าใช้จ่ายก่อนการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย (บาท)
๑) การประเมินผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะ (Recipient evaluation)	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ไม่รวมการตรวจ cardiac catheterization	๖๐,๐๐๐
๒) การประเมินผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor evaluation)	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - จ่ายไม่เกิน ๒ ครั้งต่อผู้บริจาค ๑ ราย	๔๐,๐๐๐
๓) การผ่าตัดผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor operation) (หน่วยบริการเบิกจ่ายให้แก่สภากาชาดไทย)	- บริการดูแล Donor - ผ่าตัด - น้ายาถอนอวัยวะ - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	๔๐,๐๐๐

(ข) ค่าใช้จ่ายระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท/ราย)
สำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต และผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะ	ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ทั้งกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน rejection	๖๐๐,๐๐๐
๑) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-OLT-I - ใช้ยากกลุ่ม cyclosporine + mycophenolate - ไม่รวม complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษา ในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	
Protocol- OLT-II - ใช้ยากกลุ่ม tacrolimus + mycophenolate - ไม่รวม complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษา ในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	
Protocol- OLT-III - ใช้ยากกลุ่ม Basiliximab + cyclosporine + mycophenolate - ไม่รวม complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด	

	<ul style="list-style-type: none"> - ยา Basiliximab - ยา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
Protocol-OLT-IV <ul style="list-style-type: none"> - ใช้ยากลุ่ม Basiliximab + Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา Basiliximab - ยา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ระหว่างรับการรักษา - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
๒) กรณีมีภาวะแทรกซ้อน rejection	
Protocol-ACR <ul style="list-style-type: none"> - ภาวะ Acute Cellular Rejection 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำ Ultrasound - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - ยา Methylprednisolone - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
Protocol-AMR <ul style="list-style-type: none"> - ภาวะ Antibody Mediated Rejection 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำ Ultrasound - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - ยา Methylprednisolone - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัด และรวมอยู่ในรายการเหมาจ่าย	

(๒) ค่าใช้จ่ายกรณีให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์

ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

(๓) ค่ายากดภูมิคุ้มกัน ให้เป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน หลังการปลูกถ่ายตับ ซึ่งจะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล โดยเป็นไปตามเงื่อนไขการรับยาและอัตราจ่ายต่อเดือน ดังต่อไปนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราจ่ายต่อเดือน (บาท)
หลังปลูกถ่ายตับ ๑-๖ เดือน	๓๐,๐๐๐
หลังปลูกถ่ายตับ ๗-๑๒ เดือน	๒๕,๐๐๐
หลังปลูกถ่ายตับ ๑๓-๒๔ เดือน	๒๐,๐๐๐
หลังปลูกถ่ายตับ ๒๔ เดือนขึ้นไป	๑๕,๐๐๐

ข้อ ๓๔ การให้บริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตตามข้อ ๒๗ (๔) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวหรือมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต และได้รับการพิจารณารับรองจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษามะเร็งด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตสำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ โดยมีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขบริการสำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ที่กำหนด ดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
<p>มีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>๑. Acute myeloid leukemia in remission</p> <p>๒. Acute lymphoblastic leukemia (ALL) ในระยะ</p> <p>(๑) First Complete remission (CR): Philadelphia chromosome, T cell ที่มีเม็ดเลือดขาวแรกรับมากกว่า 100,000/ไมโครลิตร, Hypodiploidy chromosome, Induction failure, Infant ALL with age less than 6 months or</p>	<p>มีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>๑. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute leukemia) ในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission)</p> <p>๒. มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเรื้อรัง (Chronic myeloid leukemia: CML)</p> <p>(๑) ระยะ Chronic phase ที่ไม่สามารถเข้าถึงยาหรือไม่ตอบสนองต่อยา tyrosine kinase inhibitor หรือ</p> <p>(๒) ระยะ Accelerated phase</p>

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
<p>initial white count more than 300,000/cumm to Intermediate and High Risk Infant ALL</p> <p>(๒) Second Complete remission</p> <p>๓. Lymphoma</p> <p>(๑) First Complete remission (CR) Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL) ชนิด high risk ที่เป็น Stage 3 หรือ 4 NHL Burkitt lymphoma, Stage 3 หรือ 4 DLBCL, Stage 3 หรือ 4 T cell ALCL (ALK -), Advanced stage PTCL (NOS)</p> <p>(๒) Hodgkin's disease (HD) ชนิด high risk; bulky disease และ stage 4</p> <p>(๓) Relapse / Refractory ทั้ง NHL และ HD ที่เป็น chemosensitive disease</p> <p>(๔) Relapsed or Refractory or familial histiocytosis</p> <p>๔. Chronic myeloid leukemia ในทุกระยะ</p> <p>๕. Myelodysplastic syndrome ไชกระดูกผิดปกติระยะก่อนเป็นมะเร็ง</p> <p>๖. Non malignant diseases</p> <p>(๑) Inborn error of metabolisms ได้แก่</p> <p>(ก) Lysosomal storage diseases ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gaucher disease - Mucopolysaccharidosis ได้แก่ Type I (Hurler), Type II (Hunter), Type VII (Sly) - Niemann-Pick disease - Krabbe's leukodystrophy 	<p>หรือ Blast crisis ที่เข้าสู่ระยะ Chronic phase หรือได้ Complete remission</p> <p>๓. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma)</p> <p>(๑) ในรายที่กลับเป็นอีก (relapse) หรือไม่ตอบสนอง (Refractory) ต่อการให้ยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานขั้นต้น (First line chemotherapy) **</p> <p>(๒) ในรายที่มีความเสี่ยงสูง (ผู้ป่วย B-cell aggressive lymphoma ที่ High risk, High-intermediate risk international prognostic index (IPI), T-cell lymphoma หรือ mantle cell lymphoma) **</p> <p>**หมายเหตุ : ข้อ (๑) และ (๒) ควรทำในระยะเวลาที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission) หรือระยะที่โรคเข้าสู่ระยะสงบ (Partial remission)</p> <p>๔. มะเร็ง Multiple myeloma</p> <p>๕. ไชกระดูกผิดปกติชนิด Myelodysplastic syndrome ในระยะที่มี blasts เซลล์มาก หรือ Chronic myelomonocytic leukemia</p> <p>๖. ไชกระดูกผิดปกติชนิดเป็นพังผืด (Myelofibrosis)</p> <p>๗. ไชกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (Severe aplastic anemia) หรือไชกระดูกฝ่อชนิดที่เป็นร่วมกับภาวะ Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (Hypoplastic PNH)</p>

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
<p>(ข) X-linked adrenoleukodystrophy</p> <p>(ค) Osteopetrosis</p> <p>(๒) Primary immune deficiencies ได้แก่ Severe combined immunodeficiency (SCID), Hyper IgM syndrome, Wiskott-Aldrich syndrome, Chronic granulomatous disease</p> <p>(๓) Severe aplastic anemia</p> <p>๗. Thalassemia อายุไม่เกิน 10 ปี ซึ่งมีอาการต่อไปนี้</p> <p>(๑) มีอาการแสดงของโรคตั้งแต่อายุน้อยกว่า ๒ ปี เช่น ซีด ตับ ม้ามโต หน้าตาเปลี่ยนแปลง และเจริญเติบโตช้า</p> <p>(๒) ได้เลือดครั้งแรกตั้งแต่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๔ ปี</p> <p>(๓) จำเป็นต้องได้รับเลือดสม่ำเสมอทุก ๑-๒ เดือนต่อครั้ง</p> <p>(๔) กรณีผู้ป่วยมี HBsAg Positive หรือ anti-HCV positive ต้องได้รับการรักษาจน viral load negative</p> <p>(๕) กรณีผู้ป่วยมีค่า serum ferritin มากกว่าหรือเท่ากับ 3,000 ng/ml ควรได้รับการประเมินภาวะธาตุเหล็กเกินโดย MRI และมีค่า liver iron concentration < 15 mgFe/gm dry weight รวมทั้ง cardiac T2* อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>	

ข้อ ๓๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตตามข้อ ๓๔ จ่ายแบบเหมาจ่ายโดยครอบคลุมระยะ Pre-transplant และ Post-transplant ดังต่อไปนี้

(๑) กรณี Autologous

(ก) กลุ่มโรค Multiple myeloma จ่ายในอัตรา ๕๐๐,๐๐๐ บาทต่อราย

(ข) กลุ่มโรคอื่น ๆ จ่ายในอัตรา ๗๕๐,๐๐๐ บาทต่อราย

(๒) กรณี Allogeneic related และ Allogeneic unrelated จ่ายในอัตรา ๑,๕๐๐,๐๐๐ บาทต่อราย ค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่งประกอบไปด้วยค่า HLA matching ค่าทำการปลูกถ่ายไขกระดูก ค่ายากดภูมิคุ้มกัน เคมีบำบัด รังสีรักษา ค่ายารักษาโรคติดเชื้อ หรืออาการแทรกซ้อน ในระหว่างการดูแลผู้ป่วย รวมถึงค่าติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา ๑ ปี นับตั้งแต่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการ

ข้อ ๓๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตตามข้อ ๓๕ ให้เป็นไปตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

(๑) งวดที่ ๑ จ่ายร้อยละ ๘๐ ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการแต่ละกรณี โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) ผู้ป่วยต้องได้รับการพิจารณารับรองจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตสำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่

(ข) รายงานผลการดำเนินงานครั้งแรกในโปรแกรมการลงทะเบียนผู้ป่วย ตามขั้นตอนการดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

(๒) งวดที่ ๒ จ่ายร้อยละ ๒๐ ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการแต่ละกรณี โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) หน่วยบริการทำการรักษาผู้ป่วยจนครบตามแผนการรักษา

(ข) หน่วยบริการบันทึกข้อมูลเริ่มการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต และรายงานผลการติดตามหลังให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ๓๐ วัน ให้สำนักงานทราบ ทั้งนี้ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างได้รับการรักษาให้ส่งข้อมูลรายงานผลการรักษาภายใน ๓๐ วัน ให้สำนักงานทราบ

ข้อ ๓๗ การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตตามข้อ ๓๔ หน่วยบริการต้องดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ให้การรักษาผู้ป่วยภายในระยะเวลา ๓ เดือน นับแต่ผู้ป่วยได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

(๒) กรณีผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษาภายในระยะเวลา ๓ เดือน ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเพื่อเข้ารับการพิจารณาจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตสำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่อีกครั้งหนึ่ง

(๓) กรณีผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาได้ไม่ว่ากรณีใดก็ตาม ให้หน่วยบริการแจ้งให้สำนักงานทราบภายในระยะเวลา ๓๐ วัน หลังจากทราบเหตุดังกล่าวเพื่อทำการยกเลิกการเข้าร่วมบริการ

(๔) กรณีผู้ป่วยมีการเปลี่ยนสิทธิหรือเสียชีวิตในระหว่างการให้บริการในงวดที่ ๒ ยังไม่สิ้นสุดตามเงื่อนไขของข้อ ๓๖ (๒) ให้หน่วยบริการแจ้งให้สำนักงานทราบภายใน ๓๐ วัน โดยจะไม่ได้ค่าใช้จ่ายในงวดที่ ๒

(๕) หน่วยบริการต้องติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาเป็นระยะเวลา ๑ ปี หลังจากมีการจำหน่ายผู้ป่วยออก และบันทึกข้อมูลรายงานผลการติดตามผู้ป่วยให้สำนักงานทราบ

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๘ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีตันแต่กำเนิด หรือตีบวายจากสาเหตุอื่น ๆ และการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย ในกรณีที่ให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection ให้หน่วยบริการเบิกผ่านระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS_CKD) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๙ การให้บริการตามหมวดนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด เม็ดโลหิต บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานตามที่สำนักงานกำหนด ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๘ และข้อ ๓๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้ เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๑ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการ เพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔๒ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการตามรอบที่สำนักงานกำหนด ดังนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔๓ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๔๒ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๔ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๔๓ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบและพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๔๕ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมต่าง ๆ ที่มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ และหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยที่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะตามที่สำนักงานกำหนด

(๒) ตรวจพบรายงานผลการดำเนินงานครั้งแรกในโปรแกรมการลงทะเบียนผู้ป่วยตามขั้นตอนการดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

(๓) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการบันทึกข้อมูลเริ่มการรักษาปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต และรายงานผลการติดตามหลังให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ๓๐ วัน ทั้งนี้ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างได้รับการรักษาให้ส่งข้อมูลรายงานผลการรักษาภายใน ๓๐ วัน ให้สำนักงานทราบ

(๔) ตรวจพบเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีบริการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ หรือการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ

(๕) ตรวจพบแบบบันทึกการผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ

(๖) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามแผนการรักษาที่มีรายละเอียดของการให้บริการตามที่กำหนดในแต่ละแผนการรักษาที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๗) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการติดตามการรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด และหลักฐานการส่งจ่ายยากดภูมิคุ้มกันตามจำนวนเดือนที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๘) ตรวจพบเอกสารหลักฐานตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนกรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

(๙) ตรวจพบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs)

ข้อ ๔๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ ประเภทผู้ป่วยนอก

(๓) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ ตามข้อ ๔๕

ข้อ ๔๗ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริง มาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับ วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ