

## ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม  
ในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๓.๓ ข้อ ๓๔.๑ ข้อ ๓๔.๑.๓ ข้อ ๓๔.๑.๔ และข้อ ๓๔.๑.๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขานุการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า "ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖"

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

๓.๑ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๓ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

๓.๒ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๓.๓ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๓

๓.๔ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทรูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๓.๕ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหุเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหุเทียม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๓.๖ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายและแนวทางการให้บริการผ่าตัดต่อกระดูก พ.ศ. ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“สำนักงานเขต” หมายความว่า สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคสำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ

ข้อ ๕ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

๕.๑ บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๒ บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม ตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๓ บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผลแผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๔ การใช้เครื่องพุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal Membrane Oxygenator : ECMO) ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๕ การใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหุเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหุเทียม ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๖ บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๖ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๗ บริการรักษาผ่าตัดต่อกระดูกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๗ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๖ ให้การบริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับการรักษาโรคอื่น ๆ ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ถือเป็นกรดำเนินการตามประกาศนี้ด้วย

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค  
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และบริการการักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ตามเอกสารหมายเลข ๑.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

ทั้งนี้ กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัดให้บริการผู้ป่วยได้ โดยขอทำความตกลงกับสำนักงาน เป็นรายกรณี

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ ค่าทำหัตถการ รวมกรณีทำหัตถการตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

๒.๒ ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม จ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

หมวด ๒

วิธีเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

กรณีการบริการทำหัตถการตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ให้บันทึกข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่าย ตามเอกสารหมายเลข ๑.๑ แนบท้ายประกาศนี้

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ ประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ เป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A : accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C : cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๕.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบ ตามเอกสารหมายเลข ๑.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๖.๑ กรณีการให้บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

๖.๑.๑ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่ชี้บ่งการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ อากาการปวดเค้นอก

๖.๑.๒ พบเอกสารหลักฐานการรักษา หรือการตรวจประเมินอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่สนับสนุนข้อบ่งชี้ในการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

๖.๑.๓ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

๖.๑.๔ พบเอกสารหลักฐานรอยโรคของหลอดเลือดโคโรนารี ที่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดในการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

๖.๑.๕ พบเอกสารหลักฐานที่บ่งชี้ การใช้ชุดลวดค้ำยันเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดโคโรนารี

๖.๑.๖ พบเอกสารหลักฐานการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

๖.๑.๗ พบเอกสารหลักฐานการใช้อุปกรณ์และเกณฑ์ในการตรวจสอบการใช้อุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

๖.๑.๘ เกณฑ์ในการตรวจสอบกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ตรวจสอบตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนกรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

๖.๑.๙ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)

๖.๒ การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

๖.๒.๑ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่บ่งชี้การขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ อาการปวดเค้นอก หรือภาวะอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด

๖.๒.๒ พบเอกสารหลักฐานการรักษา เอกสารหลักฐานรอยโรคของหลอดเลือดโคโรนารี หรือการตรวจประเมินอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๖.๒.๓ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

๖.๒.๔ พบเอกสารหลักฐานการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

๖.๒.๕ พบเอกสารหลักฐานการใช้อุปกรณ์และเกณฑ์ในการตรวจสอบการใช้อุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

๖.๒.๖ เกณฑ์ในการตรวจสอบกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ตรวจสอบตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

๖.๒.๗ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ตามหมวด ๑

๗.๒ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ  
หลักฐานการให้บริการตามข้อ ๖

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค  
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามข้อบ่งชี้ ตามเอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพการบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ <http://cpp.nhso.go.th/ CPP/>

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ ค่าผ่าตัด จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

๒.๒ จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคให้กับหน่วยบริการตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารการเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ เป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A : accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่าย ให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๔.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C : cancel) หน่วยบริการสามารถ แก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๔.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับ ค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๕.๑ พบเวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่มีบันทึกการบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม และแบบบันทึกสรุป การจำหน่าย (Discharge summary) ใช้แบบมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หรือตามที่โรงพยาบาลกำหนด

๕.๒ พบเวชระเบียนผู้ป่วยใน เอกสารหลักฐาน ที่มีบันทึกเวชระเบียน การวินิจฉัยของแพทย์ หลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยและผลการตรวจภาพรังสีข้อเข่า ที่เป็นไปตามข้อบ่งชี้และไม่มีลักษณะต้องห้าม ในการรักษาตามเอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๓ เกณฑ์ในการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ให้เป็นไปตามที่กำหนดในหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

๕.๔ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการ

๕.๕ พบผลการตรวจภาพรังสีข้อเข่าก่อนและหลังการผ่าตัด

๕.๖ พบบันทึกการผ่าตัดที่มีการผ่าตัดรักษาข้อเข่า และมีการบันทึกการใช้อุปกรณ์ และอวัยวะเทียม ตามรายการที่ขอเบิกค่าใช้จ่าย

๕.๗ พบเอกสารหลักฐานการใช้อุปกรณ์และเกณฑ์ในการตรวจสอบการใช้อุปกรณ์ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

๕.๘ พบข้อเข่าเทียมในภาพรังสีข้อเข่าหลังการผ่าตัด

๕.๙ พบหลักฐานการขออนุมัติก่อนการผ่าตัด และได้รับการอนุมัติในกรณีที่ผู้รับบริการ อายุต่ำกว่า ๕๕ ปี ที่วินิจฉัยเป็นข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิหรือข้อเข่าเสื่อมไม่ทราบสาเหตุหรือกรณีที่บริการผ่าตัด ข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ (Hinge total knee prosthesis) ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision total knee arthroplasty)

ข้อ ๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๖.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ตามหมวด ๑

๖.๒ ไม่พบหลักฐานการขออนุมัติก่อนการผ่าตัด และไม่ได้รับการอนุมัติในกรณี  
ที่ผู้รับบริการอายุน้อยกว่า ๕๕ ปี ที่วินิจฉัยเป็นข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิหรือข้อเข่าเสื่อมไม่ทราบสาเหตุ หรือกรณี  
ที่บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ (Hinge total knee prosthesis) ในการผ่าตัดแก้ไข  
(Revision total knee arthroplasty)

๖.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ  
หลักฐานการให้บริการตามข้อ ๕

เอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค  
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยและมีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน ที่สามารถเดินและเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง และได้รับการตรวจเท้าตามแนวทางเวชปฏิบัติ การป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ของกระทรวงสาธารณสุข และมีผลการประเมินระดับความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงสูง

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ <http://cpp.nhso.go.th/ CPP/>

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคให้กับหน่วยบริการ ตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A : accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่าย ให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C : cancel) หน่วยบริการสามารถ แก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๕.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับ ค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ หากหน่วยบริการเห็นว่ากรจ่ายค่าใช้จ่ายไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ ให้ยื่นขอทบทวน ต่อสำนักงานภายในสามสิบวันนับจากวันที่ได้รับการจ่ายค่าใช้จ่าย

ข้อ ๗ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๗.๑ พบเอกสารหลักฐานการวินิจฉัยของแพทย์ และมีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน

๗.๒ พบเอกสารหลักฐานการตรวจเท้าตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษา ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ของกระทรวงสาธารณสุข และมีผลการประเมินระดับความเสี่ยง เป็นความเสี่ยงสูง

๗.๒.๑ พบบันทึกการตรวจพบพยาธิสภาพของเท้าที่มีแผล

๗.๒.๒ พบบันทึกวิธีการตรวจเท้าด้วย Monofilament และการประเมินซีพจร

๗.๓ พบเอกสารหลักฐานบันทึกการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการเดิน และเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง

๗.๔ พบเอกสารหลักฐานบันทึกการส่งจ่ายอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยแพทย์ ที่ให้การรักษา

๗.๕ พบเอกสารหลักฐานบันทึกการได้รับอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยมีหลักฐาน ลายมือชื่อของผู้ป่วย และวันที่ได้รับอุปกรณ์

๗.๖ เกณฑ์ในการตรวจสอบการใช้อุปกรณ์ ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค

ข้อ ๘ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๘.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

๘.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๘.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ หลักฐานการให้บริการตามข้อ ๗

เอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค  
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การใช้เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการใช้เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา ข้อห้ามในการรักษา ข้อพิจารณาญาติการรักษา ตามเอกสารหมายเลข ๔.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ <http://cpp.nhso.go.th/ CPP/>

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ กรณีบริการผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

๒.๒ จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคให้กับหน่วยบริการ ตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A : accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๔.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C : cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๔.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๕.๑ พบเวชระเบียนผู้ป่วยใน เอกสารหลักฐานการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมต่าง ๆ ที่มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ และหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัย ที่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ของการรักษาด้วยเครื่องพุงการทำงานของปอดและหัวใจในแต่ละประเภท รวมทั้งไม่มีลักษณะต้องห้ามในการรักษาและข้อพิจารณายุติการรักษา ตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามเอกสารหมายเลข ๔.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๒ เกณฑ์ในการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ให้เป็นไปตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

๕.๓ พบบันทึกการทำหัตถการ ในการรักษาด้วยเครื่องพุงการทำงานของปอดและหัวใจในแต่ละประเภท หรือใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียม ตามรายการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๕.๔ พบหลักฐานการใช้อุปกรณ์และเกณฑ์ในการตรวจสอบการใช้อุปกรณ์ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

๕.๕ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการ

ข้อ ๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๖.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๖.๒ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๕

เอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค  
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า ๕ ปี และมีข้อบ่งชี้ในการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม ตามเอกสารหมายเลข ๕.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม โดยการรับรองจากราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย หรือกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ ค่าผ่าตัด จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

๒.๒ จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคให้กับหน่วยบริการตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

๒.๓ ค่าบริการฟื้นฟูการได้ยินและการฝึกพูด โดยผู้ป่วยต้องลงทะเบียนคนพิการ จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่มีศักยภาพตามผลงานการให้บริการ จำนวนไม่เกิน ๔ ครั้งต่อเดือน จากงบค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ มีเงื่อนไขและอัตราการจ่าย ดังนี้

๒.๓.๑ ค่าบริการฟื้นฟูการได้ยิน ๑๕๐ บาทต่อครั้ง

๒.๓.๒ ค่าบริการแก้ไขการพูด ๑๕๐ บาทต่อครั้ง

ทั้งนี้ คุณสมบัติและลักษณะของอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๕.๑ แนบท้ายประกาศนี้

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)มายังสำนักงานหรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

๓.๑ หน่วยบริการสามารถเบิกอุปกรณชุดประสาหูเทียมได้จำนวน ๑ ชุดต่อการให้บริการผู้ป่วย ๑ คน

๓.๒ หน่วยบริการต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม ตามแนวทางการขออนุมัติ ตามเอกสารหมายเลข ๕.๑ แนบท้ายประกาศนี้

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A : accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C : cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๕.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวาระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๖.๑ พบเอกสารหลักฐานเวาระเบียน ที่มีการวินิจฉัยตามข้อบ่งชี้การใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม และไม่มีลักษณะต้องห้ามต่อการผ่าตัด

๖.๒ พบเอกสารหลักฐานผู้ป่วยขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการทางการได้ยิน (ท.๗๔) และมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓ ปี ๖ เดือน ในกรณี Prelingual หรืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ปี ในกรณี Postlingual ณ วันที่ผู้รับบริการได้รับการประเมินว่ามีความพร้อมในการผ่าตัดตามข้อบ่งชี้ครบทุกข้อ

๖.๓ พบเอกสารหลักฐานผลประเมินสุขภาพจิตและสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือต่ำกว่าปกติเล็กน้อย (IQ ไม่ต่ำกว่า ๘๐) โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น หรือกุมารแพทย์พัฒนาการเด็ก

๖.๔ พบเอกสารหลักฐานผลการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวินิจฉัย (High resolution CT scan ของ Temporal Bone ที่เป็น Official report) ไม่พบความผิดปกติระบบการได้ยินของสมองส่วนกลาง และพบว่ามีเส้นประสาทรับการได้ยินคู่ที่ ๘

๖.๕ พบเอกสารหลักฐานผล MRI ของ Brain และ Internal Acoustic Canal (IAC) ที่เป็น Official report กรณีที่สงสัยว่ามีความผิดปกติของสมองส่วนกลาง หรือหูหนวกจากโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือไม่มีเส้นประสาทรับการได้ยินคู่ที่ ๘

๖.๖ พบเอกสารหลักฐานวัดการได้ยิน โดยดูการตอบสนองของเสียงผ่านก้านสมอง (Auditory Brainstem Response; ABR และ Auditory Steady State Response; ASSR) มีระดับการได้ยินตั้งแต่ ๙๐ เดซิเบลขึ้นไปในหูทั้งสองข้าง

๖.๗ พบเอกสารหลักฐานการฟื้นฟูสมรรถภาพการฟังและการพูด กรณีผู้รับบริการไม่ได้หูหนวกจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ณ สถานพยาบาลที่ทำการผ่าตัดประสาทหูเทียม ๓ ครั้งในเวลา ๓ เดือน ขณะใช้เครื่องช่วยฟังที่ปรับอย่างเหมาะสมแล้วไม่ได้ผลหรือได้ผลน้อย จากการใช้เครื่องช่วยฟังประเมินโดยแบบประเมินมาตรฐาน ไม่มีพัฒนาการ ความก้าวหน้าทางด้านการได้ยิน ภาษาและการพูด อย่างน้อย ๓ ถึง ๖ เดือน

๖.๘ พบเอกสารหลักฐานผลประเมินศักยภาพ ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองมีศักยภาพที่จะดูแลและบำรุงรักษาเครื่องประสาทหูเทียมได้ โดยผ่านการประเมินผลจากนักสังคมสงเคราะห์ หรือแพทย์ผู้ผ่าตัด หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมาย

๖.๙ พบเอกสารหลักฐานขออนุมัติก่อนให้บริการการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมและได้รับการอนุมัติ ตามเอกสารหมายเลข ๕.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๖.๑๐ พบเอกสารหลักฐานผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม ภายในระยะเวลา ๖ เดือนนับแต่ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากผู้เชี่ยวชาญ ตามที่สำนักงานกำหนด

๖.๑๑ พบเอกสารหลักฐานการให้บริการการฟื้นฟูการได้ยิน ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ไม่เกิน ๔ ครั้งต่อเดือน

๖.๑๒ พบเอกสารหลักฐานการให้บริการการแก้ไขการพูด ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ไม่เกิน ๔ ครั้งต่อเดือน

๖.๑๓ พบหลักฐานชุดประสาทหูเทียมมีคุณสมบัติ และลักษณะของอุปกรณ์เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข  
ตามหมวด ๑

๗.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ  
ประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๗.๓ ไม่พบเอกสารหลักฐานขออนุมัติก่อนให้บริการการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมและไม่ได้  
รับการอนุมัติก่อนการให้บริการ

๗.๔ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ  
หลักฐานการให้บริการตามข้อ ๖

เอกสารหมายเลข ๖ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค  
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่สูญเสียฟันทั้งหมดของขากรรไกรบนและหรือขากรรไกรล่าง ซึ่งทันตแพทย์พิจารณาแล้วพบว่ามีอาการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรเป็นอย่างมากจนไม่สามารถใส่ฟันเทียมตามวิธีการปกติได้ ตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการรักษาทางทันตกรรมรากเทียมของกระทรวงสาธารณสุข

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการรากฟันเทียม

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการบริการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ รายการรากฟันเทียม สนับสนุนเป็นอุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้กับหน่วยบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

๒.๒ ค่าผ่าตัดใส่รากฟันเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๗,๕๐๐ บาทต่อราย

๒.๓ ค่าติดตามการรักษา จ่ายเป็นระยะเวลา ๕ ปี ดังนี้

๒.๓.๑ ปีที่ ๑ (ปีที่ผ่าตัด) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๗๐๐ บาท

๒.๓.๒ ปีที่ ๒ ถึงปีที่ ๕ จ่ายตามจำนวนครั้งบริการอัตรา ๗๐๐ บาทต่อครั้ง จำนวน

ไม่เกิน ๔ ครั้งต่อปี

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงานหรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ ประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ เป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A : accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่าย ให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C : cancel) หน่วยบริการสามารถ แก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๕.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับ ค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๖.๑ เป็นผู้รับบริการที่มีสิทธิได้รับบริการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

๖.๒ พบเวชระเบียนหรือเอกสารหลักฐานที่มีการลงนามของทันตแพทย์ ในการบันทึก การวินิจฉัย การรักษา และการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมต่าง ๆ ซึ่งสนับสนุนว่าเป็นการบริการรักษาด้วยการผ่าตัด ใส่วางฟันเทียมสำหรับผู้สูญเสียฟันทั้งหมดของขากรรไกรบนและหรือขากรรไกรล่าง ซึ่งทันตแพทย์พิจารณาแล้ว พบว่า มีการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรเป็นอย่างมาก จนไม่สามารถใส่ฟันเทียมตามวิธีการปกติได้ และบันทึก การให้บริการติดตามการรักษา

๖.๓ พบเวชระเบียนหรือเอกสารหลักฐานบันทึกที่มีการลงนามของทันตแพทย์ ในการให้บริการติดตามการรักษา ตามจำนวนครั้งในการติดตามการรักษาที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้จำนวนครั้งในการติดตามการรักษาต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

๖.๔ พบบันทึกการทำหัตถการที่มีการลงนามของทันตแพทย์ ในการรักษาด้วยการผ่าตัด ใส่วางฟันเทียม รวมทั้งบันทึกการใช้วางฟันเทียมและจำนวนชิ้นของอุปกรณ์ที่ขอรับการสนับสนุน

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข  
ตามหมวด ๑

๗.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ  
ประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๗.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ  
หลักฐานการให้บริการตามข้อ ๖

เอกสารหมายเลข ๗ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค  
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการรักษาผ่าตัดต่อกระดูกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการรักษาผ่าตัดต่อกระดูกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต่อกระดูกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม โดยมีข้อบ่งชี้ตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้บริการรักษาผ่าตัดต่อกระดูก และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ <http://cpp.nhso.go.th/CPP/>

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่าย กรณีค่าบริการผ่าตัด ดังนี้

๒.๑.๑ กรณีผ่าตัดปกติ ในผู้รับบริการที่มีระดับสายตาแยกว่า ๒๐/๒๐๐ จ่ายในอัตราเหมาจ่าย ๗,๐๐๐ บาท ต่อการผ่าตัด ๑ ข้าง

๒.๑.๒ กรณีมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและมีการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนนั้น จ่ายในอัตราเหมาจ่าย ๙,๐๐๐ บาท ต่อการผ่าตัด ๑ ข้าง

๒.๑.๓ กรณีผ่าตัดผู้รับบริการที่มีระดับสายตา ๒๐/๒๐๐ ถึง ๒๐/๑๐๐ ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ต้องรับการผ่าตัด หรือมีความจำเป็น จ่ายในอัตราเหมาจ่าย ๕,๐๐๐ บาท ต่อการผ่าตัด ๑ ข้าง

๒.๒ หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่าย กรณีค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค ดังนี้

๒.๒.๑ ค่าบริการเลนส์แก้วตาเทียม หน่วยบริการสามารถเลือกใช้โดยพิจารณาตามคุณสมบัติเลนส์แก้วตาเทียม ตามเอกสารหมายเลข ๗.๑ แนบท้ายประกาศนี้ ในอัตราดังนี้

(๑) เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพับได้ เหมาจ่ายในอัตราอันละ ๒,๘๐๐ บาท

(๒) เลนส์แก้วตาเทียมชนิดแข็งพับไม่ได้ เหมาจ่ายในอัตราอันละ ๗๐๐ บาท

๒.๒.๒ ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรคที่เกี่ยวข้อง นอกเหนือจากข้อ ๒.๒.๑ ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน ผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีหรือมีข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A : accept) สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามที่ประมวลผลได้

๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล C : cancel) หน่วยบริการสามารถแก้ไขและส่งมาในระบบอีกครั้ง

๕.๓ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนหรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๖.๑ การตรวจสอบค่าผ่าตัด

๖.๑.๑ พบการวินิจฉัยเป็นโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุและมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย

๖.๑.๒ พบเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีการให้บริการผ่าตัดต่อกระดูกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม หรือพบแบบบันทึกการผ่าตัด บันทึกทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด บันทึกอาการก่อนจำหน่าย กรณีที่การผ่าตัดต่อกระดูกเป็นบริการแบบผู้ป่วยนอก

๖.๑.๓ พบระดับสายตาของผู้รับบริการเป็นไปตามระดับสายตาที่กำหนดในอัตราเหมาจ่าย

๖.๑.๔ พบข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ต้องรับการผ่าตัด หรือเหตุผลความจำเป็นกรณีผ่าตัดผู้รับบริการที่มีระดับสายตา ๒๐/๒๐๐ ถึง ๒๐/๑๐๐

๖.๑.๕ พบบันทึกการผ่าตัดที่มีการผ่าตัดต่อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียมที่ระบุจำนวนข้างที่ได้รับการผ่าตัด การบันทึกภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และมีการบันทึกการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียม ตามรายการที่ขอเบิกค่าใช้จ่าย

๖.๑.๖ พบหลักฐานการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด และการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว กรณีที่เหมาะสมจ่ายค่าใช้จ่าย ๙,๐๐๐ บาท ต่อการผ่าตัด ๑ ข้าง

๖.๑.๗ การตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการ

๖.๒ การตรวจสอบค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

๖.๒.๑ พบคุณสมบัติเลนส์แก้วตาเทียม เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๗.๑ แนบท้ายประกาศนี้

๖.๒.๒ พบหลักฐานการใช้อุปกรณ์และเกณฑ์ในการตรวจสอบการใช้อุปกรณ์ตามแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

ข้อ ๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๗.๒ ตรวจสอบไม่พบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๗.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๖

๗.๔ ในกรณีที่ตรวจสอบพบระดับสายตาไม่เป็นไปตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงที่ตรวจสอบได้

เอกสารหมายเลข ๑.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค  
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน และบริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด  
ด้วยวิธีการผ่าตัด

- ก. เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน  
ข. เกณฑ์การพิจารณาเพื่อประกอบการจ่ายกรณีบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน  
ค. รายการอุปกรณ์ที่หน่วยบริการมีสิทธิเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการ  
รักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI)  
แบ่งตามระดับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน  
ง. ข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายกรณีบริการสวนหลอดเลือดโคโรนารี

ก. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention)

โรคหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary Artery Disease) หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดง  
ที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน ส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้  
เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดหัวใจ  
ได้ตีบตันไปแล้วอย่างน้อยร้อยละ ๕๐ อาการสำคัญที่พบได้บ่อย เช่น อาการปวดเค้นอก (Angina)<sup>๑</sup> ใจสั่น  
เหงื่อออก เหนื่อยขณะออกแรง เป็นลมหมดสติ หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน ลักษณะอาการปวดเค้นอกของโรคหัวใจ  
ขาดเลือดจะมีลักษณะเฉพาะ คือ อาการเจ็บหนัก ๆ เหมือนมีอะไรมาทับหรือรัดบริเวณกลางหน้าอก ใต้กระดูก  
Sternum อาจมีร้าวไปบริเวณคอ กราม ไหล่ และแขนทั้งสองข้าง โดยเฉพาะข้างซ้าย มักเป็นมากขึ้นขณะออกกำลังกาย  
จะมีอาการปวดเค้นอกครั้งละ ๒ ถึง ๓ นาที เมื่อนั่งพักหรืออมยา Nitroglycerin อาการจะทุเลาลง โดยสามารถ  
แบ่งอาการทางคลินิกได้ ๒ กลุ่ม คือ

๑. ภาวะปวดเค้นอกคงที่ (stable angina) หรือ ภาวะปวดเค้นอกเรื้อรัง (chronic stable angina)  
หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (chronic ischemic heart disease) โดยผู้ป่วย  
จะมีอาการเจ็บเค้นอกเป็น ๆ หาย ๆ เป็นระยะเวลานานกว่า ๒ เดือนขึ้นไป

๒. ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome : ACS) หมายถึง กลุ่มอาการ  
โรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการที่สำคัญ คือ ปวดเค้นอกรุนแรงเฉียบพลัน  
หรือเจ็บขณะพัก (Rest angina) นานกว่า ๒๐ นาที หรือ ปวดเค้นอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่ หรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิม  
จำแนกเป็น ๒ ชนิดดังนี้

๒.๑ ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูง วินิจฉัยโดย

๒.๑.๑ EKG มีการยกขึ้นมากกว่า ๐.๑ mv ตั้งแต่ ๒ lead ติดกันขึ้นไป หรือ ๐.๒ mv  
ใน lead v๑-v๓ หรือมีลักษณะ Left Bundle Branch Block (LBBB) ที่เกิดขึ้นใหม่

๒.๑.๒ มีประวัติการปวดเค้นอกนานกว่า ๒๐ นาที ยกเว้น ในบางกรณีผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ เช่น ผู้ป่วยที่มาด้วย Post Cardiac Arrest, Shock, Syncope หรือ Cardiogenic-dyspnea หรือผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเบาหวานแทรกซ้อน

๒.๑.๓ มีประวัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้งสองข้อ ดังต่อไปนี้

(๑) มีประวัติเจ็บแน่นหน้าอกนานกว่า ๒๐ นาที

(๒) มีค่า Cardiac enzyme อย่างน้อย ๑ ข้อ ใน ๓ ข้อ ต่อไปนี้

(ก) CK-MB มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ เท่าของค่า Upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้น ๆ เฉพาะในกรณีที่ไม่มีผล CK-MB อนุโลมให้ใช้ค่า CK ได้ โดยที่ CK มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ เท่าของค่า Upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้น ๆ

(ข) Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๑ ng/ml หรือ High Sensitivity Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๐๑๓ ng/ml หรือ ๙๙ percentile ของค่าสูงสุดของแต่ละห้องปฏิบัติการนั้น ๆ

(ค) Troponin I มากกว่า หรือเท่ากับ ๒.๐ ng/ml

๒.๒ ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกสูง วินิจฉัยโดย (ต้องมีทั้ง ๓ ข้อ)

๒.๒.๑ มีการเปลี่ยนแปลงของ EKG เป็นแบบ ST depression หรือ Inverted T wave

๒.๒.๒ มีประวัติเจ็บแน่นหน้าอกนานกว่า ๒๐ นาที ยกเว้นในบางกรณีผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ เช่น ผู้ป่วยที่มาด้วย Post Cardiac Arrest, Shock, Syncope หรือ Cardiogenic-dyspnea หรือผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเบาหวานแทรกซ้อน

๒.๒.๓ มีค่า Cardiac enzyme อย่างน้อย ๑ ข้อ ใน ๓ ข้อ ต่อไปนี้

(๑) CK-MB มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ เท่าของค่า Upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้น ๆ เฉพาะในกรณีที่ไม่มีผล CK-MB อนุโลมให้ใช้ค่า CK ได้ โดยที่ CK มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ เท่าของค่า Upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้น ๆ

(๒) Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๑ ng/ml หรือ High Sensitivity Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๐๑๓ ng/ml หรือ ๙๙ percentile ของค่าสูงสุดของแต่ละห้องปฏิบัติการนั้น ๆ

(๓) Troponin I มากกว่า หรือเท่ากับ ๒.๐ ng/ml

๒.๓ ภาวะปวดเค้นอกไม่คงที่ (Unstable angina) กรณีที่มีอาการปวดเค้นอกน้อยกว่า ๒๐ นาที และมีแนวทางการวินิจฉัยโดย (ต้องมีทั้ง ๓ ข้อ)

๒.๓.๑ EKG พบลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใด ต่อไปนี้

(๑) ST segment depression มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๕ mm (๐.๐๕ mv) ตั้งแต่ ๒ leads ขึ้นไป

(๒) T wave inversion มากกว่าหรือเท่ากับ ๑ mm (๐.๑ mv)

(๓) EKG Normal

๒.๓.๒ มีประวัติเจ็บแน่นหน้าอกเข้าได้กับข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- (๑) Angina at rest (อาการปวดเค้นอกแบบ Angina ที่เกิดขึ้นขณะพักภายใน ๔๘ ชม.)
- (๒) Subacute angina (อาการปวดเค้นอกมากกว่า ๔๘ ชม. และภายใน ๒ สัปดาห์) มีการปวดเค้นอกแบบ Angina เพิ่มมากขึ้น โดยเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑ CCS class หรือ มีความรุนแรงอย่างน้อยเท่ากับ CCS class III ยกเว้น ในบางกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ เช่น ผู้ป่วยที่มาด้วย Post Cardiac Arrest, Shock, Syncope หรือ Cardiogenic-dyspnea หรือผู้ป่วยเบาหวาน
- (๓) New onset angina ของ Acceleration angina (ภายใน ๒ เดือน) อาการปวดเค้นอกแบบ angina ครั้งแรกที่เกิดขึ้นใหม่ภายในเวลาไม่เกิน ๒ เดือน โดยมีระดับความรุนแรงของการเจ็บหน้าอกอย่างน้อยเทียบเท่ากับ Canadian Cardiovascular Society (CCS) class III (ตารางที่ ๑)

หมายเหตุ : อาการปวดเค้นอกแบบ Angina (Typical angina chest pain) หมายถึง อาการปวดเค้นอกที่ระบุได้ชัดเจนว่าเกิดจาก Myocardial ischemia โดยมีอาการดังต่อไปนี้

- (๑) เจ็บ แน่น บริเวณหน้าอก กราม ไหล่ และแขน
- (๒) มีสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดอาการ เช่น การออกกำลังกาย ภาวะเครียด
- (๓) อาการจะทุเลาลงหรือดีขึ้นเมื่อหยุดพัก หรือได้รับยา Nitroglycerin

๒.๓.๓ มีค่า Cardiac enzyme อยู่ในเกณฑ์ปกติ ตาม Criteria ที่ใช้ทั้ง ๓ ข้อ ดังต่อไปนี้

- (๑) CK-MB น้อยกว่า ๒ เท่าของค่า Upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้น ๆ ในกรณีที่ไม่มีผล CK-MB อนุโลมให้ใช้ค่า CK ได้ โดยที่ CK ต้องน้อยกว่า ๒ เท่าของค่า Upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้น
- (๒) Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๑ ng/ml หรือ High Sensitivity Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๐๑๓ ng/ml หรือ ๙๙ percentile ของค่าสูงสุดของแต่ละห้องปฏิบัติการนั้น ๆ
- (๓) Troponin I มากกว่า หรือเท่ากับ ๒.๐ ng/ml

**หมายเหตุ :**

๑. ผู้ป่วยที่มาด้วย Cardiogenic dyspnea (๑) หายใจลำบาก หอบ เหนื่อย ขณะออกกำลังกาย หรือขณะพัก (๒) นอนราบไม่ได้ ต้องลุกนั่ง หรือนอนศีรษะสูงโดยใช้หมอน ๒ ใบ (๓) หายใจลำบากตอนกลางดึก ต้องตื่นลุกขึ้น เนื่องจากรู้สึกเหนื่อยและกระสับกระส่าย ไม่มีอาการปวดเค้นอก แต่ EKG มี ST-T changes มี Cardiac marker ปกติ และมี Document coronary artery disease ชัดเจนจากผลการตรวจ Coronary angiogram ในกรณีนี้ให้วินิจฉัยเป็น Unstable angina

๒. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตรวจ CK, CK-MB หรือ Troponin T/I แต่ EKG มี ST-T changes หรือ inverted T และมีอาการปวดเค้นอกมากกว่า ๒๐ นาที

ตารางที่ ๑ แสดงอาการปวดเค้นอกที่แบ่งตามเกณฑ์ของ Canadian Cardiac Society (CCS)

Class I	อาการปวดเค้นอกเกิดเฉพาะเมื่อกำลังกายหนัก ๆ หรือออกกำลังกายเป็นเวลานาน
Class II	อาการปวดเค้นอกเกิดเมื่อออกแรงปานกลาง เช่น เดินขึ้นบันไดได้มากกว่า ๑ ชั้น ด้วยความเร็วปกติ หรือเกิดขณะมีความเครียดทางอารมณ์
Class III	อาการปวดเค้นอกเกิดแม้เพียงทำกิจวัตรประจำวันที่เบา ๆ เช่น เดินขึ้นบันไดได้เพียง ๑ ชั้นเท่านั้น หรือเดินได้ระยะทาง น้อยกว่า ๑๐๐ เมตร
Class IV	อาการปวดเค้นอกเกิดขึ้นแม้ขณะพัก ไม่สามารถทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้

ข. เกณฑ์การพิจารณาเพื่อประกอบการจ่ายเงินกรณีการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention)

สำนักงานได้กำหนดแนวทางและข้อมูลที่น่ามาประกอบการพิจารณาจากการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

๑. อาการปวดเค้นอก (Angina symptom)
๒. หลักฐานการบ่งชี้การขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial ischemia)
๓. การให้การรักษาทายอย่างเต็มที่ (Maximal anti-ischemic therapy)
๔. รอยโรคของหลอดเลือดโคโรนารี (Angiographic anatomy)
๕. มีรอยโรคของหลอดเลือดโคโรนารี ที่เคยรักษามาก่อน แล้วมีการตีบซ้ำ (Target vessel failure)

อาการปวดเค้นอก (Anginal symptom)

๑. การทำ PCI ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูง ผู้ป่วยที่เกิดภาวะ STEMI จำเป็นต้องได้รับการเปิดหลอดเลือดโดยเร็วที่สุด นับตั้งแต่เกิดอาการด้วยการทำ PCI ตามข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

๑.๑ การทำ primary PCI ควรทำภายในเวลาไม่เกิน ๑๒ ชั่วโมง หลังจากอาการปวดเค้นอก (Onset-to-balloon < ๑๒ ชั่วโมง)

๑.๒ การส่งต่อเพื่อทำ PCI

๑.๒.๑ Primary PCI (ภายในเวลา ๙๐ นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลแรก จนถึงโรงพยาบาลที่ให้บริการ PCI)

๑.๒.๒ Transfer PCI (ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Thrombolytic agent และระยะเวลาไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง หลังจากมีอาการ)

๑.๓ ในรายที่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Cardiogenic shock, Heart failure) หรือยังมีอาการปวดเค้นอก (Ischemic pain) ควรได้รับการทำ PCI แม้ว่า Symptom onset เกิน ๑๒ ชั่วโมงนับตั้งแต่เกิดอาการ.

๑.๔ ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด และไม่สามารถเปิดเส้นเลือดได้สำเร็จภายหลังจากการบริหารยาไปแล้ว ๖๐-๙๐ นาที (failed thrombolysis) ผู้ป่วยยังไม่หายจากอาการปวดเค้นอก หรือการตรวจ EKG พบ ST-segment ที่ยกสูง ไม่ลดลงหรือลดลงไม่ถึงครึ่งหนึ่ง หรือระดับ Cardiac marker ไม่ลดลง ควรได้รับการทำหัตถการปฏิบัติรักษาหลอดเลือดหัวใจ ด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Rescue PCI) ภายในระยะเวลาไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ

๑.๕ ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดเค้นอกแล้ว (Angina symptom) สามารถให้การรักษาได้เมื่อมีหลักฐานพบว่า มีการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ (Delayed PCI)

๑.๖ กรณีผู้ป่วยเกิดอาการปวดเค้นอกซ้ำขณะที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล หลังให้การรักษากาวมกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Recurrent angina หรือ Recurrent Myocardial Infarction)

๒. การทำ PCI ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกสูง (NSTEMI) และผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดปวดเค้นอกไม่คงที่ (Unstable angina)

๒.๑ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) โดยกำหนดจากค่า TIMI risk score (Thrombolysis in Myocardial Ischemia risk score) มากกว่าหรือเท่ากับ ๓ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะมีความรุนแรงของโรค ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือเสียชีวิต ควรจะได้รับการตรวจด้วยการฉีดสารทึบรังสี (Coronary angiography) ร่วมกับการทำ PCI ภายในระยะเวลาไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ

๒.๒ ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแล้ว สามารถรักษาได้เมื่อมีหลักฐานว่า มีการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Elective PCI) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดเค้นอก (Angina symptom) ในกรณี STEMI

๓. การทำ PCI ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดปวดเค้นอกคงที่ (Stable angina)

ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดปวดเค้นอกคงที่ (Stable angina) สามารถรักษาด้วยการทำ Elective PCI ได้เมื่อมีหลักฐานพบว่า มีการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ หรือมีอาการปวดเค้นอกตามเกณฑ์ของ Canadian Cardiovascular Society (CCS) อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๓.๑ มีอาการปวดเค้นอกแม้ ออกแรงเพียงเล็กน้อยหรือขณะอยู่เฉย ๆ (CCS III-IV)

๓.๒ อาการปวดเค้นอกขณะออกแรงในระดับปกติ หรือออกแรงในระดับน้อยกว่าปกติ (CCS I-II) ในกลุ่มนี้ต้องพบหลักฐานว่ามีหัวใจขาดเลือดชัดเจน

๓.๓ กรณีที่ไม่เคยเกิดอาการปวดเค้นอก (Asymptomatic) ในกลุ่มนี้ต้องพบหลักฐานว่ามีหัวใจขาดเลือดชัดเจน หรือมีอาการอื่นซึ่งต้องสงสัยว่าเกิดจากโรคหลอดเลือดโคโรนารี ได้แก่ หัวใจวาย หอบเหนื่อยขณะออกแรง หรือหัวใจเต้นผิดปกติจังหวะรุนแรงชั่วคราว เช่น Paroxysmal ventricular tachycardia/ fibrillation

**หมายเหตุ :** ในกรณีที่มีการทำ Ad hoc PCI ต้องมีข้อมูลสนับสนุน (ข้อใดข้อหนึ่ง) ดังต่อไปนี้

- Hemodynamically unstable patients (including cardiogenic shock)
- Culprit lesion in STEMI and NSTEMI-ACS
- Stable low risk patients with single or double vessel disease (Proximal LAD excluded) and favorable morphology (RCA, non-ostial LCx, mid or distal LAD).
- Non-recurrent restenotic lesions.

หลักฐานการบ่งชี้การขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial ischemia)

๑. การทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการวิ่งสายพาน (Exercise treadmill test) ได้คะแนน DUKE Treadmill score น้อยกว่า ๕ (Intermediate risk score ถึง High risk score)

๒. Stress echocardiography

๒.๑ พบการบีบตัวของหัวใจห้องซ้ายล่างน้อยกว่า ๓๕ %

๒.๒ พบว่ามี Wall motion abnormality มากกว่า ๒ segments ของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดขึ้นที่ Low dose dobutamine (< ๑๐ µg/kg/min) หรือที่อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า ๑๒๐ ครั้งต่อนาที

การให้การรักษาทายยา anti-ischemic อย่างเต็มที่ (Maximal anti-ischemic therapy)

ผู้ป่วยต้องมีประวัติการรักษาด้วยยารักษากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในกรณี ดังต่อไปนี้

- กรณีที่เข้ายาแล้วไม่ได้ผล หรือไม่ดีขึ้น

- เข้ายาไปช่วงระยะเวลาหนึ่งจนมีอาการดีขึ้นแล้ว กลับมามีอาการของโรคอีกครั้ง

ทั้งนี้ เพื่อป้องกันการทำให้ PCI ในผู้ป่วยที่มาตรวจประเมินสุขภาพโดยไม่มีอาการทางคลินิก ดังนั้น จึงต้องมีประวัติการรักษาด้วยยา ดังต่อไปนี้

(๑) Anti-ischemic therapy เป็นยาที่ให้เพื่อบรรเทาหรือป้องกันกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยผู้ป่วยต้องได้รับยาอย่างน้อย ๒ ชนิด ซึ่งเป็นยาที่มีกลไกหลักคือลดปริมาณ oxygen demand ของกล้ามเนื้อหัวใจ นอกจากนี้ยาบางตัวยังมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดหัวใจโดยตรง ได้แก่

- Beta-blockers เช่น Metoprolol, Atenolol, Propranolol

- Calcium blockers ได้แก่ Verapamil, Diltiazem, Nifedipine

- Nitrates เช่น Nitroglycerin (Patch, Spray, Sublingual, Oral, Intravenous)

(๒) ยาด้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet agents) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการกระตุ้นและเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด เช่น Aspirin, Aspirin, Clopidogrel

(๓) ยาด้านการเกิดลิ่มเลือด (Anticoagulants) เช่น

- Unfractionated heparin (UFH)

- Low-molecular-weight heparin (LMWH)

- Direct thrombin inhibitor และ Warfarin

- Low-molecular-weight heparin (LMWH) ได้แก่ Enoxaparin, Dalteparin, Fondaparinux

- Direct thrombin inhibitor ได้แก่ Bivalirudin

(๔) ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytics หรือ Fibrinolytics) ได้แก่

- Non-Fibrin specific thrombolytics เช่น Streptokinase, Anistreplase

- Fibrin specific thrombolytics เช่น Alteplase (Recombinant tissue plasminogen activator หรือ rt-PA), Reteplase (r-PA), Tenecteplase (TNK-t PA)

(๕) Angiotensin-converting enzyme inhibitors เช่น Captopril, Enalapril, Ramipril

**รอยโรคของหลอดเลือดโคโรนารี (Angiographic anatomy)**

การตรวจสอบรอยโรคของหลอดเลือดโคโรนารี พิจารณาจากผลการตรวจด้วยการฉีดสี (Coronary angiogram) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

(๑) หลอดเลือดมีการตีบมากกว่าร้อยละ ๗๐ ของเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือด (Diameter stenosis) ได้แก่

- Single vessel – CAD with Proximal LAD
- Double vessel – CAD with Proximal LAD
- Triple vessel – CAD without LM
- Single – Double vessel – CAD without Proximal LAD

(๒) หลอดเลือดใหญ่ด้านซ้าย (Left main coronary artery) ตีบมากกว่าร้อยละ ๕๐

(๓) มีเส้นเลือดอุดตันในระดับที่รุนแรง (Chronic total occlusion) ที่ยังมีหลักฐานว่า เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่ไม่ตาย ไม่เคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเดิม

(๔) Isolate left main lesion ที่ Ostium หรือ mid-body

(๕) Distal left main with single vessel disease (Base on SYNTAX study)

\* กรณีที่เป็น Multi vessel disease จะต้องมีการ SYNTAX score น้อยกว่า ๓๓

ค. รายการอุปกรณ์ที่หน่วยบริการมีสิทธิเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการรักษา โรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) แบ่งตาม ระดับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน

ลำดับ	รหัส	ประเภทอุปกรณ์	หน่วยบริการที่มีสิทธิเบิกจ่าย
๑	๔๓๐๑	สายสวนหลอดเลือดนำทางเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary Guiding Catheter)	ระดับ ๑, ๒
๒	๔๓๐๒	สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (PTCA Guidewire)	ระดับ ๑, ๒
๓	๔๓๐๓	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน (Coronary Balloon Dilatation catheter หรือ PTCA Balloon)	ระดับ ๑, ๒
๔	๔๓๐๔	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวด (Coronary Stent) ชนิดทำจากโลหะ	ระดับ ๑, ๒
๕	๔๓๐๕	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดเพื่อค้ำยัน เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-eluting Stent)	ระดับ ๑, ๒
๖	๔๓๐๖	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Coronary Stent Graft)	ระดับ ๑, ๒
๗	๔๓๐๗	สายสวนหัวกรอกากเพชรเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (Rotational Atherectomy Burr Catheter)	ระดับ ๑
๘	๔๓๐๘	อุปกรณ์ขับเคลื่อนสายสวนหัวกรอกากเพชรเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (Rotational Atherectomy Burr Advancer) (รหัส ๔๓๐๗)	ระดับ ๑

ลำดับ	รหัส	ประเภทอุปกรณ์	หน่วยบริการ ที่มีสิทธิเบิกจ่าย
๙	๔๓๐๙	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีและหลอดเลือดแดงที่ไต (Renal artery) ด้วยบอลลูน ชนิดตัดใบมีด (Cutting Balloon Catheter)	ระดับ ๑
๑๐	๔๓๑๐	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ด้วยการดูดลิ่มเลือดด้วยวิธีเชิงกล (Thrombectomy Catheter)	ระดับ ๑, ๒
๑๑	๔๓๑๑	สายสวนเพื่อการขยายหรือตัดเซาะหลอดเลือดด้วยลำแสงเลเซอร์ (Laser Angioplasty Catheter)	ระดับ ๑
๑๒	๔๓๑๒	ชุดสายสวนและอุปกรณ์เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย (Distal Embolic Protection Device)	ระดับ ๑
๑๓	๔๓๑๓	สายสวนเพื่อตรวจภายในหัวใจหรือหลอดเลือดด้วยการถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อน หรือคลื่นแสง	ระดับ ๑
๑๔	๔๓๑๔	สายลวดเพื่อวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary Pressure Wire)	ระดับ ๑, ๒
๑๕	๔๓๑๖	สายสวนหลอดเลือดอเนกประสงค์ (Multipurpose หรือ Transit Catheter)	ระดับ ๑
๑๖	๔๔๐๔	สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอด ชนิดวัดปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Swan-Ganz Catheter)	ระดับ ๑, ๒
๑๗	๔๔๐๕	สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอด ชนิดมีบอลลูน (Balloon-tip Catheter)	ระดับ ๑, ๒
๑๘	๔๔๐๖	สายลวดสำหรับนำสายสวนหลอดเลือด (Diagnostic Guide Wire)	ระดับ ๑, ๒
๑๙	๔๔๐๗	สายสวนหลอดเลือดสำหรับฉีดสีหลอดเลือดโคโรนารี (Diagnostic Coronary Angiography Catheter)	ระดับ ๑, ๒
๒๐	๔๗๐๑	ท่อนำสายสวนเข้าหลอดเลือด (Introducer Sheath)	ระดับ ๑, ๒
๒๑	๔๗๐๒	ชุดอุปกรณ์ที่สามารถเย็บปิดรอยเจาะผนังหลอดเลือด (Vascular Closure Device)	ระดับ ๑, ๒

ง. ข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการให้บริการสวนหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary Artery Angiography : CAG)

Diagnostic Catheterization data

A. DEMOGRAPHICS	
HCODE : □□□□□	PID : □-□□□□-□□□□□-□□-□
Birth Date : (dd/mm/yyyy) □□/□□/□□□□	Sex : <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female

B. HISTORY AND RISK FACTORS (can choose > 1) <small>อาจกรอกข้อมูลไม่ครบได้ในกรณี เสียชีวิตขณะมาถึงรพ. หรือไม่เคยตรวจ</small>			
Current/Recent Smoker (< 1 year) :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Height:	(cm) Weight: (kg)
Hypertension :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Peripheral arterial disease :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Dyslipidemia :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Prior MI :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
LDL = ..... On lipid lowering therapy	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Known Coronary arterial disease :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
		Aortic disease:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Diabetes Mellitus:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Cerebrovascular disease :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Previous PCI	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Previous CABG	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
CKD : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ; if Yes, CKD stage .....		Not known	<input type="checkbox"/> Yes

C. CLINICAL PRESENTATION AND INDICATION FOR CAG choose only one (C1-C7) เลือกได้ 1 ข้อหากเลือกแล้วให้เลือกข้ออื่นไม่ได้	
<input type="checkbox"/> C1. Chronic coronary syndromes	
1. Angina/chest pain <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ; if Yes, Canadian Class : <input type="checkbox"/> class I <input type="checkbox"/> class II <input type="checkbox"/> class III <input type="checkbox"/> class IV	
2. Evidence of ischemia on non-invasive test (s) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ; if Yes, Specify Test Performed ( ✓ in the box (es))	
(1) Exercise Stress Test <input type="checkbox"/> low <input type="checkbox"/> intermediate <input type="checkbox"/> high risk	(4) Stress CMR <input type="checkbox"/> small <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> large area
(2) Stress Echo <input type="checkbox"/> small <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> large area	(5) CTA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ; if Yes Severe stenosis (>70%) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ; if Yes, <input type="checkbox"/> 1VD <input type="checkbox"/> 2VD <input type="checkbox"/> 3VD <input type="checkbox"/> LM (> 50%)
(3) Stress MPI <input type="checkbox"/> small <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> large area	
Investigate เพิ่มเติม 1. Coronary calcium score <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ; if Yes, Calcium Score: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2. Echocardiogram LVEF : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ; if Yes <input type="checkbox"/> <35% <input type="checkbox"/> 35-50% <input type="checkbox"/> >50%	

<input type="checkbox"/> C2. NSTEMI-ACS	
ECG : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> ST depression <input type="checkbox"/> T Wave inversion <input type="checkbox"/> others detail .....	
Cardiac biomarker : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Highest Troponin I or T = ..... <input type="checkbox"/> Not done	
Ischemic risk : <input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> Very high	
<input type="checkbox"/> C3. STE-ACS	
<input type="checkbox"/> Primary PCI <input type="checkbox"/> Rescue PCI	
<input type="checkbox"/> Early CAG within 24 hrs after thrombolysis (Pharmacoinvasive)	
<input type="checkbox"/> CAG after 24 hrs: specify indication .....	
<input type="checkbox"/> C4. Cardiomyopathy/CHF : to rule out ischemic cardiomyopathy	<input type="checkbox"/> C6. Pre-op cardiac surgery
<input type="checkbox"/> C5. Survivor of Sudden Cardiac Death	<input type="checkbox"/> C7. Others (specify).....

<b>D. PROCEDURE INFORMATION</b>	
Procedure Date : □□/□□/25□□ Time □□: □□ (24 hours)	Contrast Volume : □□□ ml
Arterial access site : <input type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/> Brachial <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Other	Diag. Cath Status : <input type="checkbox"/> Elective <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Emergency
Findings QCA : <input type="checkbox"/> LM.....% <input type="checkbox"/> Trifurcation .....% <input type="checkbox"/> LAD.....% <input type="checkbox"/> Cx.....% <input type="checkbox"/> RCA.....% <input type="checkbox"/> Other ระบุตำแหน่ง.....; .....%	
<b>E. CAG Complication</b>	
CAG Complication (in-hospital) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ; if Yes, please specified (can choose > 1)	
<input type="checkbox"/> Death <input type="checkbox"/> within 24 hrs post CAG <input type="checkbox"/> after 24 hrs before D/C  <input type="checkbox"/> Acute MI <input type="checkbox"/> within 24 hrs post CAG <input type="checkbox"/> after 24 hrs before D/C	<input type="checkbox"/> Access site hematoma/vascular complication <input type="checkbox"/> within 24 hrs post CAG <input type="checkbox"/> after 24 hrs before D/C  <input type="checkbox"/> Heart failure <input type="checkbox"/> within 24 hrs post CAG <input type="checkbox"/> after 24 hrs before D/C  <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> within 24 hrs post CAG <input type="checkbox"/> after 24 hrs before D/C  (; if Yes <input type="checkbox"/> ischemic <input type="checkbox"/> hemorrhagic)  <input type="checkbox"/> Major Bleeding (BARC 3,5)*	<input type="checkbox"/> AKI <input type="checkbox"/> within 24 hrs post CAG <input type="checkbox"/> after 24 hrs before D/C  ; if Yes (1) requirement for dialysis <input type="checkbox"/> (2) conservative  <input type="checkbox"/> CIN : <input type="checkbox"/> within 24 hrs post CAG <input type="checkbox"/> after 24 hrs before D/C  <input type="checkbox"/> Anaphylaxis <input type="checkbox"/> within 24 hrs post CAG <input type="checkbox"/> after 24 hrs before D/C  <input type="checkbox"/> Others ရောဂါ ..... <input type="checkbox"/> within 24 hrs post CAG <input type="checkbox"/> after 24 hrs before D/C
<b>F. TREATMENT RECOMMENDATION (For clinical presentation and indications C1- C5 and C7)</b>	
<input type="checkbox"/> Medical Therapy	<input type="checkbox"/> PCI
<input type="checkbox"/> CABG	<input type="checkbox"/> Heart team discussion
Physiologic assessment (prior to revascularization decision) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	

\*BARC 3 : overt bleeding, Hb drop > 3 g/dl, need transfusion, BARC 5 : probable fatal, definite fatal Draft Data for NHSO\_CAG and PCI Ver 4.0 Date 23 Aug 2021

เอกสารหมายเลข ๒.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค  
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการรักษาข้อเข่าเทียม

คุณสมบัติ ข้อบ่งชี้ ของผู้รับบริการ

๑. ผู้มีสิทธิรับบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม มีข้อบ่งชี้ ดังนี้

๑.๑ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty, TKA) ต้องมีข้อบ่งชี้ และไม่มีลักษณะข้อห้าม ดังนี้

๑.๑.๑ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ ๕๕ ปี ขึ้นไป มีข้อบ่งชี้ ดังนี้

(๑) การเสื่อมของข้อเข่าอย่างน้อย ๒ Compartment (at least bicompartamental knee osteoarthritis)

(๒) ภาพรังสีด้านหน้า-หลัง ที่ถ่ายในท่ายืนลงน้ำหนัก แสดงช่องว่างของข้อเข่า อย่างน้อยด้านหนึ่งแคบลงมากกว่า ๕๐% (Narrowing joint space more than 50% of at least one compartment of the knee from standing weight bearing antero-posterior view of knee radiograph) หรือภาพรังสีแสดงข้อเข่าเสื่อมระยะ ๓ หรือ ๔ (Kellgren-Lawrence stage III or IV)

(๓) ผู้ป่วยได้รับการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีไม่ใช้ยาและวิธีใช้ยา และหรือฉีดยา สเตียรอยด์เข้าข้อแล้วไม่ได้ผลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๓ เดือน (failure of conservative treatment)

๑.๑.๒ ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า ๕๕ ปี มีข้อบ่งชี้ ดังนี้

(๑) การเสื่อมของข้อเข่าอย่างน้อย ๒ Compartment (at least bicompartamental knee osteoarthritis)

(๒) ภาพรังสีด้านหน้า - หลัง ที่ถ่ายในท่ายืนลงน้ำหนักแสดงช่องว่างของข้อเข่า อย่างน้อยด้านหนึ่งหายไป (Obliterated joint space of at least one compartment of the knee from standing weight bearing antero-posterior view of knee radiograph)

กรณีมีความคลุมเครือ อาจมีการวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วย MRI เพื่อยืนยันว่ามีกระดูกของกระดูกอ่อนทั้งหมดของบริเวณผิวข้อส่วนนั้น (Full thickness cartilage loss)

(๓) ผู้ป่วยได้รับการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีไม่ใช้ยาและวิธีใช้ยา และหรือ ฉีดยา สเตียรอยด์เข้าข้อแล้วไม่ได้ผลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๖ เดือน (Failure of conservative treatment)

(๔) มีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

(ก) 2<sup>nd</sup> Knee OA สาเหตุจากการติดเชื้อ

(ข) 2<sup>nd</sup> Knee OA สาเหตุจากอุบัติเหตุ

(ค) 2<sup>nd</sup> Knee OA สาเหตุจากโรคไขข้ออักเสบ (Inflammatory joint disease)

(ง) 2<sup>nd</sup> Knee OA สาเหตุจากกระดูกตาย (Osteonecrosis)

(จ) ข้อเข่าผิดปกติมาก โดยมีมุมข้อเข่า (Tibiofemoral angle) ในระนาบซ้าย-ขวา (Frontal plane) ผิดจากปกติมากกว่า ๒๐ องศา

๑.๑.๓ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ต้องไม่มีลักษณะต้องห้าม (Contraindication) อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) มีการติดเชื้อที่ข้อเข่าที่ยังไม่ได้รับการรักษาให้หายขาด (Recent or current knee infection)

(๒) มีการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่น ๆ ของร่างกายที่อาจก่อให้เกิดการแพร่กระจายมาติดข้อเข่าของร่างกายที่อาจก่อให้เกิดการแพร่กระจายมาติดข้อเข่า (Remote source of ongoing infection)

(๓) ระบบโครงสร้างที่ใช้ในการเหยียดข้อเข่าซึ่งประกอบด้วย กล้ามเนื้อ Quadriceps กระดูกสะบ้า และ Patellar tendon ขาดความต่อเนื่อง หรือระบบโครงสร้างเหล่านี้ไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ (Extensor mechanism discontinuity or severe dysfunction)

(๔) มีความผิดปกติของข้อเข่าในลักษณะแอ่นซึ่งเป็นผลมาจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Recurvatum deformity secondary to neuromuscular weakness)

๑.๑.๔ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty, TKA) ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า ๕๕ ปี ที่วินิจฉัยเป็นข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิหรือข้อเข่าเสื่อมไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Unspecified Knee OA) ให้ดำเนินการขออนุมัติก่อนการผ่าตัด (Pre Authorized) โดยหน่วยบริการจัดเตรียมเอกสาร ส่งมายังสำนักงานผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) โดยสำนักงานจะพิจารณาเอกสาร และแจ้งผลการพิจารณาให้หน่วยบริการทราบผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)

๑.๒ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน (Medial Unicompartmental Knee Arthroplasty, UKA)

๑.๒.๑ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน ต้องมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

(๑) ผิวข้อเข่าเสื่อมเฉพาะด้านในเท่านั้น

(๒) เอ็นข้อเข่าทั้งหมดทำงานเป็นปกติ

(๓) พิสัยการเหยียดและการงอข้อเข่าดี

๑.๒.๒ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน ต้องไม่มีลักษณะต้องห้าม (Contraindication) ใดๆอย่างหนึ่ง ดังนี้

(๑) น้ำหนักมากกว่า ๙๕ กิโลกรัม

(๒) มีอาการปวดบริเวณลูกสะบ้า (Patellofemoral pain)

(๓) มีการเสื่อมของข้อเข่าด้านตรงข้าม (Contralateral tibiofemoral joint involvement)

(๔) ข้อเข่าเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากโรคไขข้ออักเสบ เช่น โรครูมาตอยด์ โรคเก๊าท์ (Inflammatory arthritis)

(๕) มีภาวะข้อเข่าไม่มั่นคงจากเส้นเอ็นไขว้หน้าฉีกขาดหรือหย่อน (Symptomatic ACL insufficiency)

(๖) มีภาวะข้อเข่าไม่มั่นคงจากเอ็นประกอบเข่าด้านข้างฉีกขาดหรือหย่อน (Collateral ligament insufficiency)

(๗) มุมข้อเข่าผิดปกติในแนว Varus มากกว่า ๑๐ องศา (Varus deformity > 10 Degrees)

(๘) ข้อเข่าเหยียดไม่สุด มีการติดหรือยึดมากกว่า ๑๐ องศา (Flexion contracture > 10 Degrees)

๑.๓ การผ่าตัดจัดแนวกระดูกหน้าแข้งด้านบน (High tibial osteotomy)

๑.๓.๑ การผ่าตัดจัดแนวกระดูกหน้าแข้งด้านบน ต้องมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

(๑) ผิวข้อเข่าเสื่อมเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น

(๒) เอ็นยึดข้อเข่าและหมอนรองข้อเข่าทำงานเป็นปกติ

(๓) พิสัยการขยับของข้อเข่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ องศา

(๔) ไม่มีการยึดติดของข้อเข่า ทั้งการเหยียดและการงอ

๑.๓.๒ การผ่าตัดจัดแนวกระดูกหน้าแข้งด้านบน ต้องไม่มีลักษณะข้อห้าม (Contraindication) หนึ่งอย่างใด ดังนี้

(๑) ข้อเข่าที่มีการเสื่อมของผิวข้อเข่าทุกส่วน (Diffuse arthritis)

(๒) ข้อเข่าเสื่อมที่มีการเคลื่อนของแนวกระดูกหน้าแข้งออกจากกระดูกต้นขา เป็นระยะทางที่มาก (Marked tibiofemoral subluxation)

(๓) ข้อเข่าเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากโรคไขข้ออักเสบ เช่น โรครูมาตอยด์ โรคเก๊าท์ (Inflammatory arthritis)

(๔) ผู้ป่วยเคยได้รับการตัดหมอนรองกระดูกข้อเข่า (Post meniscectomy)

๒. ผู้มีสิทธิรับบริการผ่าตัดแก้ไขในผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาแล้ว มีข้อบ่งชี้ และข้อห้ามการใช้อุปกรณ์ข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ ดังนี้

๒.๑ ข้อบ่งชี้ในการรักษา

๒.๑.๑ กระดูกต้นขาส่วนปลายหรือกระดูกขาส่วนต้นถูกทำลาย (Severe bone loss) จนถึงจุดเกาะของเส้นเอ็นด้านข้างข้อเข่า (Collateral ligament insertion) ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นคงของข้อเข่า

๒.๑.๒ ภาวะข้อเข่าที่ไม่มั่นคงอย่างรุนแรง (Severe instability) จากการเสียประสิทธิภาพ หรือถูกทำลายของเส้นเอ็นด้านข้างข้อเข่า (Dysfunction and destruction of collateral ligaments) ที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัดหรือข้อเข่าเทียมประเภทอื่น

๒.๑.๓ ภาวะเข่าแอ่นมาก (Severe genu recurvatum) ที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัดหรือข้อเข่าเทียมประเภทอื่น

๒.๑.๔ ภาวะที่มีความแตกต่างอย่างรุนแรงระหว่างช่องของข้อเข่าในท่างอและท่าเหยียด (Severe mismatch of flexion and extension gap) จนไม่สามารถสร้างสมดุลและความมั่นคงของข้อเข่าที่ยอมรับได้ในระหว่างการผ่าตัดด้วยข้อเข่าเทียมประเภทอื่น

๒.๒ ข้อห้ามในการรักษา

๒.๒.๑ มีการติดเชื้อของข้อเข่าที่ยังรักษาไม่หาย (Active infection of knee joint)

๒.๒.๒ มีการติดเชื้อบริเวณอื่นของร่างกายที่ยังรักษาไม่หาย (Active remote infection)

๒.๒.๓ ผู้ป่วยไม่สามารถทำการเหยียดเข่าได้จากปัญหาของกระดูก กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นที่ทำหน้าที่เหยียดเข่า และไม่สามารถซ่อมแซมได้ (Non reconstructable extensor mechanism dysfunction)

๒.๓ การขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre-Authorized: PA) กรณีบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมประเภทที่มีส่วนแกนเชื่อมต่อ (Hinge total knee prosthesis) ในการผ่าตัดแก้ไข (Revision total knee arthroplasty) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

แนวทางการตรวจสอบ การขอเบิกอุปกรณ์ข้อเข่าเทียม Hinge total knee prosthesis เอกสาร/หลักฐานประกอบการพิจารณาโดยต้องได้รับการรับรอง/ลงนามจากแพทย์ผู้รักษา ดังนี้

๑. แบบขออนุมัติเบิกข้อเข่าเทียมประเภทที่มีแกนเชื่อมต่อ (Hinge total knee prosthesis)

๒. สำเนาเวชระเบียนประวัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม โรคอื่น ๆ ภาวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และประวัติการผ่าตัดครั้งก่อน

๓. ภาพถ่าย X-Rays เข่า (Antero-posterior view และ lateral view)

ขั้นตอนการตรวจสอบ

๑. หน่วยบริการลงทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม Hinge total knee prosthesis (Pre-authorized : PA) และส่งข้อมูลเพื่อตรวจสอบ

๒. สำนักงานตรวจสอบข้อมูลและเวชระเบียนเบื้องต้นว่าครบถ้วน แล้วนำส่งผู้เชี่ยวชาญ (Auditors) เพื่อตรวจสอบ

๓. ผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาแล้วส่งผลการตรวจสอบมาสำนักงาน

๔. สำนักงานยืนยันผลการตรวจสอบให้สถานพยาบาล

เอกสารหมายเลข ๔.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค  
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การใช้เครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ

ข้อบ่งชี้ในการรักษา ข้อห้ามในการรักษา และข้อพิจารณายุติการรักษา

๑. ข้อบ่งชี้ในการรักษา

๑.๑ ทารกแรกเกิด และผู้ป่วยเด็ก (อายุ ๑ เดือน-๑๘ ปี) กำหนด ดังนี้

๑.๑.๑ ภาวะหัวใจล้มเหลว

(๑) ข้อบ่งชี้ที่เกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจและการสวนหัวใจ

(ก) พยุงการทำงานของหัวใจก่อนผ่าตัด เพื่อแก้ไขพยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วย

(ข) ภาวะหัวใจล้มเหลวหลังการผ่าตัดหัวใจที่ไม่ตอบสนองต่อยากระตุ้นหัวใจ

หรือไม่สามารถหย่าเครื่องปอดหัวใจเทียมได้

(ค) เพื่อพยุงการทำงานของหัวใจในระหว่างการทำหัตถการทางสายสวน

ที่มีความเสี่ยงสูง

(๒) หัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจากสาเหตุต่าง ๆ

(ก) Cardiogenic shock เช่น กล้ามเนื้อหัวใจล้มเหลวจากกล้ามเนื้อหัวใจ

อักเสบและกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ควบคุมไม่ได้

(ข) Distributive shock เช่น การติดเชื้อ การแพ้ชนิดรุนแรง (Anaphylaxis)

(ค) Obstructive shock เช่น ภาวะความดันปอดสูง ลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงที่ปอด

๑.๑.๒ ภาวะระบบหายใจล้มเหลว

(๑) ผู้ป่วยแรกเกิดตลอดครบกำหนดหรือคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์

ตั้งแต่ ๓๔ สัปดาห์ขึ้นไป

(ก) มีภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างรุนแรง และหรือภาวะหัวใจล้มเหลว

(ข) มีความเสี่ยงถึงเสียชีวิต และไม่ตอบสนองต่อการรักษา แม้ได้รับยา

อย่างเต็มที่แล้ว

(ค) มีสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้

(ง) การวินิจฉัยที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ภาวะใส่ลิ้นกระบังลมแต่กำเนิด

ภาวะสูดสำลักซีเทา และภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด

(๒) ผู้ป่วยเด็ก

(ก) มีภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง

(ข) มีการคั่งค้ำของคาร์บอนไดออกไซด์อย่างรุนแรง ทำให้มีค่าเลือดเป็นกรด

๑.๒ ผู้ป่วยอายุมากกว่า ๑๘ ปี กำหนด ดังนี้

๑.๒.๑ การรักษาด้วยเครื่องพุงการทำงานของปอดและหัวใจชนิด Venovenous (Veno-venous ECMO) ในกรณีต่อไปนี้

(๑) ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจนเกิดภาวะช็อก ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามปกติจากสาเหตุ ต่อไปนี้

(ก) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

(ข) หัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรงที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยการช้ยาและการช็อกด้วยไฟฟ้า

(ค) กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบอย่างรุนแรง

(ง) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ส่งผลให้การทำงานของหัวใจลดลงจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

(จ) ผู้ป่วยได้รับยาที่มีฤทธิ์กดการทำงานของหัวใจมากเกินไป

(ฉ) ภาวะอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดชนิดรุนแรงจนทำให้เกิดภาวะช็อก

(ช) ปฏิกริยาภูมิแพ้อย่างรุนแรงจนทำให้เกิดภาวะช็อก

(ซ) ภาวะหัวใจล้มเหลวจากความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ ได้แก่ ภาวะไทรอยด์เป็นพิษรุนแรง ภาวะวิกฤตต่อมหมวกไต ภาวะเลือดเป็นกรดจากน้ำตาลในเลือดสูง

(ฅ) ภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากความเครียด (Takotsubo cardiomyopathy)

(ญ) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมในช่วงระหว่างคลอดบุตร

(ฎ) ภาวะความดันหลอดเลือดในปอดสูง

(๒) ภาวะหัวใจล้มเหลวหลังการผ่าตัดหัวใจที่ไม่ตอบสนองต่อยากระตุ้นหัวใจหรือไม่สามารถหย่าเครื่องปอดหัวใจเทียมได้

(๓) ภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ

(๔) ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอยู่เดิมเพื่อรอการรักษาขั้นถัดไป

(๕) ภาวะหัวใจหยุดเต้นที่ไม่ตอบสนองต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ

(๖) เพื่อพุงการทำงานของหัวใจระหว่างการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงกับหัวใจ

(๗) เพื่อใส่ในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและไม่ตอบสนองต่อการรักษาอื่น

๑.๒.๒ การรักษาด้วยเครื่องพุงการทำงานของปอดและหัวใจชนิด Venovenous (Veno-venous ECMO) ในกรณีต่อไปนี้

(๑) ภาวะ Acute respiratory distress syndrome (ARDS) จากสาเหตุต่าง ๆ ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามปกติ

(ก) ปอดอักเสบรุนแรงที่มีโอกาสรักษาให้ดีขึ้นได้

(ข) ปอดหรือหลอดลมอักเสบจากการสำลักอย่างรุนแรง เช่น การสำลัก  
ควันไฟหรือสารพิษ

(ค) ปอดซ้ำรุนแรงจากอุบัติเหตุ

(ง) ถุงลมผิดปกติไม่สามารถแลกเปลี่ยนแก๊สได้

(๒) การทำงานแทนปอดในกรณีต่าง ๆ

(ก) หลอดลมอุดตันจากเหตุที่ไม่สามารถแก้ไขได้ เช่น เนื้องอกในหลอดลม  
ที่สามารถทำการผ่าตัดได้ หรือ Severe difficult airway เป็นต้น

(ข) หลังการผ่าตัดปอดออกข้างหนึ่ง (Pneumonectomy) และปอดข้างที่เหลือ  
ไม่สามารถทำงานได้ชั่วคราว

(๓) ภาวะการหายใจล้มเหลวหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายปอด

(๔) ภาวะโรคหอบหืดกำเริบอย่างรุนแรงที่ไม่ตอบสนองต่อยาขยายหลอดลม

(๕) ภาวะเลือดออกในปอด หรือไอเป็นเลือดอย่างรุนแรงจนกระทั่งไม่สามารถ  
แลกเปลี่ยนแก๊สได้

๑.๓ การช่วยฟื้นคืนชีพด้วยเครื่องพยุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal  
cardiopulmonary resuscitation : ECPR) กำหนด ดังนี้

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการช่วยฟื้นคืนชีพตามปกติ โดยที่

๑.๓.๑ ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพทันทีจากผู้เห็นเหตุการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ  
เป็นเวลาเกิน ๑๐-๒๐ นาที แต่หัวใจยังไม่กลับมาบีบตัวอย่างมีประสิทธิภาพ

๑.๓.๒ ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นจากสาเหตุที่แก้ไขได้ เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ  
ขาดเลือดเฉียบพลัน ภาวะลิ้นเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงปอด กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่ได้รับ  
ยาหรือสารพิษเกินขนาด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

๑.๓.๓ ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงดีมาก่อน หรือได้รับการรักษาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่อง

## ๒. ข้อห้ามในการรักษา

๒.๑ ทารกแรกเกิด และผู้ป่วยเด็ก (อายุ ๑ เดือน-๑๘ ปี) กำหนด ดังนี้

๒.๑.๑ ภาวะที่เป็นสาเหตุไม่สามารถฟื้นตัวได้ หรือภาวะที่เป็นสาเหตุยังไม่มีวิธีการรักษา  
ที่เหมาะสมและทันเวลา

๒.๑.๒ ผู้ป่วยคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ต่ำกว่า ๓๐ สัปดาห์ หรือน้ำหนักแรกคลอด  
ต่ำกว่า ๑ กิโลกรัม

๒.๑.๓ ผู้ป่วยมีความผิดปกติของโครโมโซมชนิดร้ายแรง (เช่น Trisomy ๑๓ หรือ ๑๘;  
ไม่รวม ๒๑)

๒.๑.๔ ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกที่ควบคุมไม่ได้

๒.๑.๕ ผู้ป่วยมีสมองเสียหายรุนแรงและไม่สามารถฟื้นตัวได้ เช่น ภาวะเลือดออก  
ในโพรงสมองตั้งแต่ชั้นที่ ๓ ขึ้นไป

๒.๑.๖ ผู้ป่วยมีความผิดปกติแต่กำเนิดอื่นที่ถึงชีวิต

๒.๑.๗ ผู้ป่วยมีขนาดเส้นเลือดเล็กจนไม่สามารถใส่สาย ECMO ได้

๒.๑.๘ มีโรคร่วม (Comorbidity) เช่น Primary pulmonary hypertension, Chronic lung disease requires oxygen > 1 LPM, Cardiomyopathy, Chronic liver failure, End stage renal disease, โรคเลือดที่พยากรณ์โรคไม่ดี เช่น Severe aplastic anemia, Post-allogeneic hematopoietic stem cell transplantation, Febrile neutropenia และ Primary immunodeficiency

๒.๑.๙ มีความบกพร่องทางพัฒนาการ หรือสติปัญญาอย่างรุนแรงอยู่เดิม

๒.๑.๑๐ ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจมานานเกิน ๑๔ วัน

๒.๑.๑๑ Vasodilatory septic shock

๒.๒ ผู้ป่วยอายุมากกว่า ๑๘ ปี

๒.๒.๑ การรักษาด้วยเครื่องพุงการทำงานของปอดและหัวใจชนิด Venous-arterial (Veno-arterial ECMO) กำหนด ดังนี้

(๑) ผู้ป่วยที่หัวใจไม่สามารถฟื้นตัวได้ และไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ หรือใส่เครื่องพุงหัวใจชนิดถาวรได้

(๒) ผู้ป่วยที่มีสมองเสียหายรุนแรง

(๓) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นซึ่งไม่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพทันทีภายใน ๕ นาที หลังหัวใจหยุดเต้น ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นระยะเวลาสั้นเกิน ๖๐ นาทีโดยที่ไม่มีกรดอบสนองใด ๆ

(๔) ผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่วอย่างรุนแรง

(๕) ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดแดงใหญ่แตก หรือผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาดเฉียบพลันที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดรักษา

๒.๒.๒ การรักษาด้วยเครื่องพุงการทำงานของปอดและหัวใจชนิด veno-venous (Veno-venous ECMO) กำหนด ดังนี้

(๑) ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยต้องใช้  $FiO_2 > 0.9$  และ Plateau pressure > 30 เซนติเมตรน้ำ นานเกิน ๗ วัน

(๒) ผู้ป่วยที่มีสมองเสียหายรุนแรง

๒.๓ การช่วยฟื้นคืนชีพด้วยเครื่องพุงการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal cardiopulmonary resuscitation : ECPR) กำหนด ดังนี้

๒.๓.๑ ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการใส่เครื่องพุงการทำงานของปอดและหัวใจตามข้อ ๒.๑ และ ๒.๒

๒.๓.๒ ภาวะหัวใจหยุดสนิท (Asystole)

๒.๓.๓ ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้พบเห็นขณะที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น หรือไม่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพภายใน ๕ นาที

๒.๓.๔ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นจากการเสียเลือดปริมาณมากหรือจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง

๒.๓.๕ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๗๐ ปี

- ๒.๓.๖ ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสียหายรุนแรงมาก่อน
- ๒.๓.๗ ไม่สามารถเริ่มการทำงานของเครื่องพุงการทำงานของปอดและหัวใจได้ภายใน ๙๐ นาที หลังจากหัวใจหยุดเต้น
- ๒.๓.๘ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ไม่เกิน ๑ ปี
- ๒.๓.๙ ผู้ป่วยที่ได้แสดงเจตจำนงขอไม่รับการช่วยฟื้นคืนชีพไว้ล่วงหน้า

๓. ข้อพิจารณายุติการรักษา กำหนด ดังนี้

- ๓.๑ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถแก้ไขภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุหลักของการรักษาด้วยเครื่องพุงการทำงานของปอดและหัวใจ
- ๓.๒ การใส่เครื่องพุงการทำงานของปอดและหัวใจที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต
- ๓.๓ ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยเครื่องพุงการทำงานของปอดและหัวใจ และการรักษาดังกล่าว อาจจะทำให้เกิดโทษมากกว่าประโยชน์
- ๓.๔ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจหรือใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจแบบถาวรได้
- ๓.๕ ผู้ป่วยมีภาวะสมองเสียหายรุนแรง
- ๓.๖ ภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบที่ไม่สามารถฟื้นคืนได้
- ๓.๗ มีการติดเชื้อรุนแรงที่ควบคุมไม่ได้
- ๓.๘ ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองและมีความประสงค์ให้ยุติการรักษาด้วยเครื่องพุงการทำงานของปอดและหัวใจ

เอกสารหมายเลข ๕.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค  
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

- ก. คุณสมบัติผู้รับบริการและข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด  
ข. คุณสมบัติและลักษณะของอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม  
ค. การขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม (Pre-authorized : PA)

ก. คุณสมบัติผู้รับบริการและข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

๑. ผู้รับบริการมีคุณสมบัติครบทุกข้อ ดังนี้

๑.๑ อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓ ปี ๖ เดือน ในกรณี Prelingual หรืออายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๕ ปี ในกรณี Postlingual

๑.๒ มีสุขภาพดีไม่มีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัด

๑.๓ มีสุขภาพจิตและสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือต่ำกว่าปกติเล็กน้อย (IQ ไม่ต่ำกว่า ๘๐) หรือใช้การประเมินด้านพัฒนาการจากการประเมินโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น หรือกุมารแพทย์พัฒนาการเด็ก

๑.๔ การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวินิจฉัย ต้องไม่พบความผิดปกติระบบการได้ยินของสมองส่วน กลาง และพบว่ามีเส้นประสาทรับการได้ยินคู่ที่ ๘ (Auditory nerve) โดยต้องตรวจ High resolution CT scan ของ Temporal bone ทุกราย และในกรณีที่สงสัยว่ามีความผิดปกติของสมองส่วนกลาง หรือหูหนวกจากโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือไม่มีเส้นประสาทรับการได้ยินคู่ที่ ๘ (Auditory nerve) ต้องตรวจ MRI ของ Brain และ Internal Acoustic Canal (IAC) เพิ่ม เพื่อพิจารณาผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมชนิดฝังก้านสมอง แทนการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม

๑.๕ ต้องสามารถเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยินหลังการผ่าตัดและติดตามผลเป็นระยะได้ โดยผ่านการประเมินผลจากนักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ผู้ผ่าตัด หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมายและติดตามผลเป็นระยะได้

๑.๖ ต้องมีผู้ดูแลอย่างชัดเจนและใกล้ชิด โดยผ่านการประเมินผลจากนักสังคมสงเคราะห์ หรือแพทย์ผู้ผ่าตัด หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมาย

๑.๗ ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลมีศักยภาพที่จะดูแลและบำรุงรักษาเครื่องประสาทหูเทียมได้ โดยผ่านการประเมินผลจากนักสังคมสงเคราะห์ หรือแพทย์ผู้ผ่าตัด หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมาย

๑.๘ ต้องมีบัตรประจำตัวคนพิการ หรือลงทะเบียนเป็นผู้พิการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ท.๗๔)

๒. ข้อบ่งชี้ในการรักษา ดังนี้

๒.๑ ผู้รับบริการอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓ ปี ๖ เดือน ในกรณี Prelingual หรืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ปี ในกรณี Postlingual (ณ วันที่ผู้รับบริการได้รับการประเมินว่ามีความพร้อมในการผ่าตัดตามข้อบ่งชี้ครบทุกข้อ) และ

๒.๒ ใช้การประเมินโดยการวัดการได้ยิน โดยดูการตอบสนองของเสียงผ่านก้านสมอง (Auditory Brainstem Response; ABR และ Auditory Steady State Response; ASSR) มีระดับการได้ยินตั้งแต่ ๙๐ เดซิเบลขึ้นไปในหูทั้งสองข้าง

๒.๓ มีการฟื้นฟูสมรรถภาพการฟังและการพูดมาก่อน ณ สถานพยาบาลที่ทำการผ่าตัดประสาทหูเทียมอย่างน้อย ๓ ครั้งในเวลา ๓ เดือนขณะใช้เครื่องช่วยฟังที่ปรับอย่างเหมาะสมแล้วไม่ได้ผล หรือได้ผลน้อยจากการใช้เครื่องช่วยฟังประเมินโดยแบบประเมินมาตรฐาน หรือไม่มีพัฒนาการความก้าวหน้าทางด้านการได้ยิน ภาษาและการพูด อย่างน้อย ๓-๖ เดือน ยกเว้นกรณี Prelingual หรือ Postlingual ที่หูหนวกจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบ สามารถผ่าตัดได้ทันที

ข. คุณสมบัติ และลักษณะของอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม ดังนี้

๑. คุณสมบัติของอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม

๑.๑ มีจำนวน Electrode ตั้งแต่ ๑๒ Electrodes ขึ้นไป

๑.๒ ได้รับรองการใช้จากองค์การอาหารและยาจากสหรัฐอเมริกา (US FDA) หรือ European Medical Agency หรือหน่วยงานที่ควบคุมความปลอดภัยและขึ้นทะเบียนให้จำหน่ายในสหภาพยุโรป และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยา (อ.ย.) และ Food and Drug Administration (FDA) ของประเทศไทยและประเทศผู้ผลิต

๒. ลักษณะของอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียม

เป็นชุดอุปกรณ์ประกอบด้วย ๒ ส่วน ได้แก่ ส่วนที่อยู่ในร่างกาย และส่วนที่อยู่นอกร่างกาย ดังนี้

๒.๑ ส่วนที่อยู่ในร่างกาย ประกอบด้วยอุปกรณ์สำคัญ คือ ตัวรับสัญญาณ (Receiver) และขั้วไฟฟ้า (Electrode array) ชนิดหลายขั้ว ตั้งแต่ ๑๒ Electrodes ขึ้นไป สามารถรองรับเทคโนโลยีใหม่ในอนาคตได้ โดยไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดใหม่ สามารถเข้าเครื่อง MRI ที่มีความเข้มข้นไม่น้อยกว่า ๑.๕ เทสลา โดยไม่ต้องผ่าตัดเอาแม่เหล็กออก และสามารถถอดแม่เหล็กออกได้เมื่อต้องการโดยเครื่องมือผ่าตัด รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปี

๒.๒ ส่วนที่อยู่นอกร่างกาย ประกอบด้วย

๒.๒.๑ เครื่องแปลงสัญญาณเสียงพูด (Speech processor) รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า ๕ ปี

๒.๒.๒ ขดลวดส่งต่อสัญญาณและแม่เหล็ก รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า ๒ ปี

๒.๒.๓ สายไฟเชื่อมต่อเครื่องแปลงสัญญาณเสียงพูดเข้ากับขดลวดส่งต่อสัญญาณ (coil cable) รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า ๒ ปี

๒.๒.๔ แบตเตอรี่ชนิดประจุไฟฟ้าใหม่ได้ (Rechargeable battery) อย่างน้อย ๒ ชุด พร้อมแท่นชาร์จ

๒.๒.๕ มีระบบ Data Logging เพื่อให้สามารถรู้ว่าผู้ป่วยใช้งานหรือไม่

๒.๒.๖ มีระบบการป้องกันน้ำที่มาตรฐานไม่ต่ำกว่า International Protection ๕๗ ขึ้นไป

๒.๒.๗ มีไมโครโฟน (Omni direction) อย่างน้อย ๒ ตัว

๒.๒.๘ มีกล่องอบกันความชื้น ที่รองรับการใช้งานอย่างน้อย ๒ ปี โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม

#### เงื่อนไขอื่น ๆ

(๑) บริษัทต้องจัดให้มีอุปกรณ์และบริการการปรับโปรแกรม (Mapping) ตามระยะเวลา และสถานที่ตามสถานพยาบาลกำหนด โดยไม่คิดมูลค่าใน ๒ ปีแรก ดังนี้

(๑.๑) ช่วง ๖ เดือนแรก จัดให้มีบริการและอุปกรณ์การปรับโปรแกรม (Mapping) อย่างน้อย ทุก ๑-๒ เดือน

(๑.๒) หลัง ๖ เดือนถึง ๒ ปี จัดให้มีบริการและอุปกรณ์การปรับโปรแกรม (Mapping) อย่างน้อย ทุก ๓ เดือน

(๒) ระหว่างการรับประกันเมื่อมีการเสียหายที่เกิดจากการใช้งานตามสภาพปกติ และบริษัท จะต้องมีเครื่องสำรองมาให้บริการภายใน ๗ วันหลังจากที่ทางสถานพยาบาลแจ้ง

ทั้งนี้ ถ้าส่วนที่อยู่นอกร่างกายเป็น Single unit อุปกรณ์ ข้อ (๒.๑.๑), (๒.๒.๒) และ (๒.๒.๓) จะรวมกันเป็นชิ้นเดียว รับประกันอายุการใช้งานไม่ต่ำกว่า ๕ ปี

#### ค. การขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม (Pre-authorized : PA) ดังนี้

๑. หน่วยบริการที่จะให้บริการต้องมีศักยภาพตามที่กำหนด โดยเป็นไปตามหมวด ๑ ตามเอกสาร หมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้ และแนวทางการใช้อุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมในการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒. หน่วยบริการขอประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐานที่กำหนดก่อนการให้บริการผ่าตัดประสาทหูเทียม

๓. ผู้เชี่ยวชาญจากราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์ แห่งประเทศไทย พิจารณาข้อมูล การขออนุมัติการให้บริการผ่าตัดประสาทหูเทียม โดยข้อมูลจะต้องได้รับการอนุมัติจากผู้เชี่ยวชาญ ๒ คน จากผู้เชี่ยวชาญที่เข้ามาพิจารณา ๓ คน

๔. กรณีข้อมูลที่ไม่ได้รับการอนุมัติก่อนการให้บริการ หากมีการให้บริการผ่าตัดประสาทหูเทียม จะไม่ได้รับการจ่ายค่าอุปกรณ์ชุดประสาทหูเทียมเพิ่มเติม แต่จะได้รับการจ่ายค่าใช้จ่าจ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) และอุปกรณ์อวัยวะเทียมอื่น ๆ (ถ้ามี)

๕. หน่วยบริการต้องให้บริการผ่าตัดประสาทหูเทียม ภายในระยะเวลา ๖ เดือนนับแต่ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากผู้เชี่ยวชาญ และเด็กต้องมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ปี ณ วันที่ผ่าตัด หากเลยระยะเวลา ที่กำหนดจะถือว่าผู้ป่วยรายดังกล่าวพ้นสภาพจากการได้รับอนุมัติ ทั้งนี้ เมื่อผู้รับบริการรายดังกล่าวมีความพร้อม ในการเข้าร่วมรับบริการ หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลเพื่อขอรับการพิจารณาอนุมัติจากผู้เชี่ยวชาญได้อีกครั้งหนึ่ง

เอกสารหมายเลข ๗.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค  
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการรักษาผ่าตัดต่อกระจกพร้อมเลนส์แก้วตาเทียม

เกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติเลนส์แก้วตาเทียม

ข้อ ๑ เลนส์แข็ง (Hard IOL)

(๑) คุณสมบัติของเลนส์แก้วตาเทียม (Specification of IOL)

(๑.๑) วัสดุคือ PMMA

(๑.๒) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของ optic  $\geq$  ๕.๕ mm

(๑.๓) มี UV blocker

(๑.๔) เป็น One piece หรือ 3-piece design

(๒) เกณฑ์บ่งชี้คุณภาพ (Quality Assurance)

(๒.๑) ผ่านการอนุญาตจาก US, FDA, CE หรือ Japanese Ministry of Health and Welfare

(๒.๒) ผลิตจากโรงงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐานกระบวนการผลิตระดับสากล เช่น ISO

หรือเทียบเท่า

(๒.๓) โรงงานผลิต/บริษัท มีประสบการณ์การผลิต IOL อย่างน้อย ๕ ปี

(๒.๔) มีประวัติการยอมรับ ซึ่งมีนิยามว่ามีการใส่ IOL อย่างน้อย ๕๐ ครั้ง โดยจักษุแพทย์ไทย (แพทย์ไม่ต่ำกว่า ๕ คน) และมีการติดตามผลอย่างน้อย ๓ เดือนพร้อมแนบผล Clinical Result Form (CRF)

ข้อ ๒ เลนส์นุ่ม (Foldable IOL)

(๑) คุณสมบัติของเลนส์แก้วตาเทียม (Specification of IOL)

(๑.๑) วัสดุคือ Acrylic

(๑.๒) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของ optic  $\geq$  ๕.๕ mm

(๑.๓) มี UV blocker

(๑.๔) เป็น one piece หรือ ๓-piece design

(๑.๕) มี Square edge optic (ในกรณี one piece IOL design)

(๑.๖) มี Aspheric (ในกรณี One piece IOL design)

(๒) เกณฑ์บ่งชี้คุณภาพ (Quality Assurance)

(๒.๑) ผ่านการอนุญาตจาก US, FDA, CE หรือ Japanese Ministry of Health and Welfare

(๒.๒) ผลิตจากโรงงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐานกระบวนการผลิตระดับสากล เช่น ISO

หรือเทียบเท่า

(๒.๓) โรงงานผลิต/บริษัท มีประสบการณ์การผลิต IOL อย่างน้อย ๕ ปี

(๒.๔) มีประวัติการยอมรับ ซึ่งมีนิยามว่ามีการใส่ IOL อย่างน้อย ๕๐ ครั้ง โดยจักษุแพทย์ไทย (แพทย์ไม่ต่ำกว่า ๕ คน) และมีการติดตามผลอย่างน้อย ๓ เดือนพร้อมแนบผล Clinical Result Form (CRF)

หมายเหตุ : กรณีรายการเลนส์ที่ได้รับการสนับสนุนจากนโยบายรัฐบาล ตามนโยบาย และแผนวิทยาศาสตร์และนวัตกรรมแห่งชาติ ให้สามารถเสนอเข้ามาพิจารณาตามขั้นตอนได้