



หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข




ปีงบประมาณ 2567 โดยใช้ประกาศ ปี 2566 (พ่วงก่อน)

**โยธิน ถนอมวัฒน์; ผู้เชี่ยวชาญ
กลุ่มขับเคลื่อนและกำกับติดตามหลักประกันสุขภาพ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง
เบอร์โทร 090-197-5270
Line ID: yothin.than**

ขอบเขตการนำเสนอ

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ที่จ่ายตามรายการบริการ (PP FS)
 - 1.1 ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HBV)
 - 1.2 ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (HCV)
 - 1.3 ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-screening test) (กองทุน
เอดส์)
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV/AIDS)
3. บริการกลุ่มเสี่ยงและผู้ติดเชื้อวัณโรค (TB)
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรังเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (DM/HT)
5. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease; ESRD)

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ที่จ่ายตามรายการบริการ (PP FS) รวมถึงการตรวจหาการติดเชื้อ HIV ด้วยตนเอง (HIV self-screening test)

ลำดับ	รายการบริการ	กองทุน	ประกาศที่เกี่ยวข้อง
1	บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HBV)	บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน ที่จ่ายตามรายการบริการ (PP FS)	 ประกาศ PP FS ๕
2	บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (HCV)	บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน ที่จ่ายตามรายการบริการ (PP FS)	 ประกาศตับอักเสบน.2
3	บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-screening test)	บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	 ประกาศ HIV น.

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 1.1 บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HBV)

หัวข้อ	หลักเกณฑ์/เงื่อนไข
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกสิทธิที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535
ขอบเขตบริการ	การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในประชากรไทยที่เกิดก่อนปี 2535 ได้รับสิทธิตรวจคัดกรอง จำนวน 1 ครั้งตลอดชีวิต
หน่วยบริการ/ ศักยภาพ หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ด้วย HBsAg ได้ เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ /รพช./รพท./รพศ./หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน, ด้านเวชกรรม (คลินิกเวชกรรม) ที่เพิ่มเติมศักยภาพ HIV : หน่วยพื้นฐาน ARV, ด้านเทคนิคการแพทย์
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ด้วย HBsAg ทั้งแบบชุดตรวจเร็ว (Rapid test) หรือเครื่องอัตโนมัติ รวมค่าเก็บตัวอย่าง เหมาจ่ายในอัตรา 50 บาทต่อ 1 ครั้ง ตลอดชีวิต
โปรแกรม	บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform

Flow การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HBV)

ปชช. ทั่วไปที่เกิดก่อนปี 2535



ยืนยันตัวตน / ตรวจสอบการใช้สิทธิฯ

Krungthai Digital Health Platform
Standard National Health Security System Management

หน่วยบริการที่สามารถให้บริการ
ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี
ด้วย HBsAg ได้

การบันทึกข้อมูล
การเบิก HbsAg

Krungthai Digital Health Platform

เจาะเลือดตรวจหา HBsAg

Negative

- แนะนำตรวจ Anti-HBsAg
- แนะนำวัคซีน Hep B vaccine

Positive

- ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อ
ตรวจประเมินก่อนการรักษา
- แนะนำคนในครอบครัวมาตรวจ
คัดกรอง

ส่งต่อ



รพช. รพท. รพศ
ตรวจยืนยัน / ตรวจประเมิน / รักษาด้วยยา
(ภายใต้งบประมาณจ่ายรายหัวสำหรับสิทธิ UC)

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 1.2 การตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบซี (HCV) สำหรับประชากรไทยกลุ่มที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535

**รายการ
เงื่อนไขใหม่**

หัวข้อ	หลักเกณฑ์/เงื่อนไข
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกสิทธิ ที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535
ขอบเขตบริการ	การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ในประชากรกลุ่มที่เกิดก่อนปี 2535 ได้รับสิทธิตรวจคัดกรอง จำนวน 1 ครั้ง ตลอดชีวิต และการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ได้รับสิทธิตรวจไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี
หน่วยบริการ/ศักยภาพ หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการ 1. ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ด้วย Anti-HCV เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ /รพช./รพท./รพศ./หน่วยบริการที่รับ การส่งต่อเฉพาะด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน, ด้านเวชกรรม (คลินิกเวชกรรม) ที่เพิ่มเติมศักยภาพ HIV : หน่วยพื้นฐาน ARV, ด้านเทคนิคการแพทย์ 2. ตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี สำหรับผู้ที่มีผล Anti-HCV เป็นบวก (Positive) เช่น รพช., รพท., รพ ศ., UHOSNET, หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, ศูนย์ วิทยาศาสตร์การแพทย์, สคร.
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. ค่าบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ด้วย Anti-HCV ทั้งแบบชุดตรวจเร็ว (Rapid test) หรือเครื่องอัตโนมัติ รวมค่าเก็บตัวอย่าง เหมาจ่ายในอัตรา 50 บาทต่อ 1 ครั้ง ตลอดชีวิต 2. ค่าบริการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี และการตรวจติดตามผลภายหลังการรักษาด้วยยา Sof+Vel และ/หรือ Ribavirin จ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง 2.1 HCV core antigen จ่ายในอัตรา 400 บาทต่อการรายงานผล หรือ 2.2 HCV RNA (Qualitative หรือ Quantitative methods) จ่ายในอัตรา 1,690 บาทต่อการรายงานผล
โปรแกรม	1. บริการตรวจคัดกรอง: บันทึกลงงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB 2. บริการตรวจยืนยันการติดเชื้อ: บันทึกลงงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 1.2 บริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบซี (HCV) สำหรับประชากรไทยกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม



รายการเงื่อนไขใหม่

หัวข้อ	หลักเกณฑ์/เงื่อนไข
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ทุกสิทธิ
ขอบเขตบริการ	<p>การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบซี ในประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ได้รับสิทธิตรวจคัดกรองทุกปี ๆ ละ 1 ครั้ง ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ (PLHIV) 2. ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) 3. กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) 4. บุคลากรทางการแพทย์ (Health Personnel) <u>ไม่รวม Back office</u> 5. ผู้ต้องขัง (Prisoner) <p style="text-align: right;"> ไม่ต้องทำ VCT เข้าสู่กระบวนการ VCT </p>
หน่วยบริการ/ ศักยภาพหน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ /รพช./รพท./รพศ./หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน, ด้านเวชกรรม (คลินิกเวชกรรม) ที่เพิ่มเติมศักยภาพ HIV : หน่วยพื้นฐาน ARV, ด้านเทคนิคการแพทย์ 2. ตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี สำหรับผู้ที่มีผล Anti-HCV เป็นบวก (Positive) เช่น รพช., รพท., รพศ., UHOSNET, หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์, สคร.
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ด้วย Anti-HCV ทั้งแบบชุดตรวจเร็ว (Rapid test) หรือเครื่องอัตโนมัติ รวมค่าเก็บตัวอย่างเหมาจ่ายในอัตรา 50 บาท/ครั้ง/คน/ปี (ตรวจได้ทุกปี) 2. ค่าบริการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี และการตรวจติดตามผลภายหลังการรักษาด้วยยา Sof+Vel และ/หรือ Ribavirin จ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง <ol style="list-style-type: none"> 2.1 HCV core antigen จ่ายในอัตรา 400 บาทต่อการรายงานผล หรือ 2.2 HCV RNA (Qualitative หรือ Quantitative methods) จ่ายในอัตรา 1,690 บาทต่อการรายงานผล
โปรแกรม	<p>ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี: - กรณีหน่วยที่มีศักยภาพ ARV บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม NAP Plus - กรณีหน่วยไม่มีศักยภาพ ARV บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB</p> <p>ตรวจยืนยันการติดเชื้อ: - กรณีหน่วยที่มีศักยภาพ ARV บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม NAP Plus - กรณีหน่วยไม่มีศักยภาพ ARV บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim</p>

Flow การบริการการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบซี (HCV)

การคัดกรองใน ปชช. หัวใจที่เกิดก่อนปี 2535 / กลุ่มเสี่ยง



ตรวจคัดกรอง

ตรวจคัดกรอง



รพช., รพท., รพศ., UHOSNET

Anti-HCV / Rapid test

Negative

- แนะนำการป้องกันโรค
- กรณีกลุ่มเสี่ยงแนะนำตรวจซ้ำ ทุก 1 ปีที่รพ.แม่ข่าย

Positive

ส่งต่อ รพ.แม่ข่าย เพื่อ
ตรวจยืนยันและเข้าสู่การรักษา



รพช., รพท., รพศ., UHOSNET

Anti-HCV / Rapid test

Negative

- แนะนำการป้องกันโรค
- กรณีกลุ่มเสี่ยงแนะนำตรวจซ้ำ ทุก 1 ปี

Positive

ส่งตรวจยืนยันและเข้าสู่การรักษา

การประเมินและรักษา



รพช., รพท., รพศ., UHOSNET

ส่งตรวจยืนยัน ด้วย HCV core antigen , HCV RNA

Non Reactive / Undetectable

แนะนำป้องกันโรค , แนะนำตรวจซ้ำ ทุก 1 ปี

Reactive / Detectable

ประเมินสภาพตับ APRI / FIB4 Score

มีตับแข็ง

- รักษา 12 weeks (Sof + Vel / Ribavirin)
- ตรวจติดตามหลังรักษา

ไม่มีตับแข็ง

1. รักษา 12 weeks (Sof + Vel)
2. ตรวจติดตามหลังรักษา

สรุป แนวทางการจ่ายชดเชย กรณีบริการสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบซี (HCV)

ลำดับ	รายการสิทธิประโยชน์	กลุ่มเป้าหมาย	วิธีการตรวจ	ราคาชดเชย	จำนวนครั้งบริการ	โปรแกรม
1	การตรวจคัดกรอง Anti HCV	<ul style="list-style-type: none"> ประชาชนไทยทุกสิทธิที่เกิดก่อน 2535 	<ul style="list-style-type: none"> Rapid Test หรือ เครื่องอัตโนมัติ 	50 บาท / ครั้ง	1 ครั้งตลอดชีวิต	KTB
		<ul style="list-style-type: none"> ประชาชนไทยกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ทุกสิทธิ 			1 ครั้ง/คน/ปี	KTB/NAP
2	การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี	<ul style="list-style-type: none"> ประชาชนไทยทุกสิทธิที่เกิดก่อน 2535 	<ul style="list-style-type: none"> HCV core antigen หรือ 	<ul style="list-style-type: none"> 400 บาท/ครั้ง 	ไม่เกิน 1 ครั้ง /คน/ปี	e-Claim
		<ul style="list-style-type: none"> ประชาชนไทยกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ทุกสิทธิ 	<ul style="list-style-type: none"> HCV RNA (quantitative or quantitative) 	<ul style="list-style-type: none"> 1,690 บาท/ครั้ง 		e-Claim/NAP
3	ประเมินภาวะความรุนแรงของตับ	<ul style="list-style-type: none"> ประชาชนไทยสิทธิ UC 	<ul style="list-style-type: none"> APRI score FIB-4 score การตรวจ transient elastography fibro marker panel 	200 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/คน/ปี	e-Claim/API
4	ยาเพื่อการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> ประชาชนไทยสิทธิ UC 	Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือ ยา Ribavirin	ชดเชยเป็นยา	ไม่เกิน 12 wks หรือตาม CPG	โปรแกรมระบบบัญชียา จ(2)
5	การตรวจประเมินผลการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> ประชาชนไทยสิทธิ UC 	<ul style="list-style-type: none"> HCV core antigen หรือ HCV RNA (quantitative or quantitative)1 	<ul style="list-style-type: none"> 400 บาท/ครั้ง 1,690 บาท/ครั้ง 	ไม่เกิน 1 ครั้ง /คน/ปี	e-Claim/API

หมายเหตุ: สำหรับประชาชนสิทธิ UC กลุ่มอื่นที่มีอาการหรือสงสัยว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Anti-HCV) ให้เบิกจากงบเหมาจ่ายรายหัว

1.3 บริการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-screening Test : HIVSST)

หัวข้อ	เงื่อนไข เขต 1-13
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย ทุกสิทธิ
ขอบเขตบริการ	บริการชุดตรวจ HIV self-screening Test : HIVSST พร้อมบริการให้คำปรึกษา
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ รพช./รพท./รพศ. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกัน, ด้านเวชกรรม (คลินิกเวชกรรม), ด้านเภสัชกรรม, ด้านคลินิกพยาบาลและการผดุงครรภ์, ด้านเทคนิคการแพทย์, หน่วยบริการด้านเอชไอวี RRTTPR, HTC, CSO, PrEP/PEP
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการชุดตรวจคัดกรอง HIV self-screening Test : HIVSST ทั้งแบบตรวจด้วยน้ำลายหรือเลือดตัวอย่าง รวมบริการให้คำปรึกษา เหมาะสมในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 1 test /วัน (ไม่นำมาเป็นเงื่อนไขในการจัดบริการ RRTTR เนื่องจากชุดตรวจยังไม่แพร่หลาย)
โปรแกรม	บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform

ภาพรวมการจัดบริการชุดตรวจคัดกรอง HIV self-screening Test

กลุ่มประชากรและการเข้าถึงชุดตรวจ

1.   **Civil Society Organisation** รพ./ คลินิก
บริการเชิงรุก RCT/TPR
ให้ความรู้/การรู้ผลเลือด/HIVSST

ประชากรกลุ่มเปราะบาง
(MSM, SW, TG, PWID)

ประชาชนทั่วไป

2. รับชุดตรวจหน่วยบริการ
รพ., ร้ายยา, รพสต., ฯลฯ

การความรู้และอุปกรณ์

บริการความรู้และอุปกรณ์

1. ความรู้
 - 1.1 ข้อแนะนำการใช้ HIVST
 - 1.2 ช่องทางการเข้าถึงชุดความรู้เรื่อง HIVSST
 - 1.3 เรื่องโรค HIV STI
 - 1.4 สิทธิประโยชน์และการเข้ารับบริการ
 - 1.5 การรับรู้สถานะการติดเชื้อ
 - 1.6 PrEP PEP
2. บริการอุปกรณ์
 - 2.1 ชุดตรวจ HIVST
 - 2.2 ถุงยางอนามัย
 - 2.3 สารหล่อลื่น

วิธีการตรวจคัดกรอง

ตรวจที่หน่วยบริการ

แบบมีผู้ให้คำแนะนำ

(supervised)

เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ

ในการตรวจ

ตรวจที่บ้าน

แบบไม่มีผู้ให้คำแนะนำ

(Unsupervised)

Scan QR Code

ขั้นตอนปฏิบัติ

การแปลผล

Non Reactive ไม่มีปฏิกิริยา

- คัดกรองซ้ำ
- รับบริการถุงยางและ PrEP, PEP

Reactive มีปฏิกิริยา

- **ตรวจยืนยันที่หน่วย VCT Clinic**
- เข้าสู่ระบบการรักษา

Invalid ไม่สามารถแปลผลได้

- ตรวจยืนยันที่หน่วย VCT Clinic
- ทดสอบใหม่โดยเปลี่ยนชุดตรวจ

เงื่อนไขการส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายฯ

- ❑ หน่วยบริการสามารถให้บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี, บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และบริการชุดตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ปีงบประมาณ 2566 โดยมีผลกับข้อมูลตั้งแต่ วันที่ 1 เมษายน 2566 เป็นต้นไป
- ❑ กรณีชุดตรวจ (Rapid test) ที่ได้รับการสนับสนุนจาก กรม คร. กองทุนโลก กองทุนสุขภาพตำบล หรือหน่วยงานภายนอกอื่น ไม่สามารถนำมาบันทึกเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการได้ (ต้องเป็นชุดตรวจที่หน่วยบริการจัดซื้อจัดหาเองเท่านั้น)
- ❑ หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform (KTB) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 เป็นต้นไป

หมายเหตุ: ชุดตรวจเร็ว (Rapid test) ควรได้รับการรับรองและขึ้นทะเบียนจาก Thai FDA

2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV/AIDS)



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และ บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566

บริการตามประกาศนี้

- 2.1 บริการด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ARV) และบริการยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส รวมถึงบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง
- 2.2 บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (RRTTR)
- 2.3 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ (ศูนย์องค์รวม)
- 2.4 บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส และบริการให้การศึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing; VCT) – PrEP/PEP



เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 2.1 บริการด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ARV) และ ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส รวมถึงบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราค่าบริการ
กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ประชาชนไทยผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) ที่ลงทะเบียนผ่านโปรแกรม NAP Plus ▪ ประชาชนไทยผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ทุกสิทธิ (PLHIV)
ขอบเขตบริการ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ARV) ทั้งสูตรพื้นฐานและสูตรดีดร้า รวมถึงยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส ▪ บริการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ ▪ บริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ตามแนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2564 และ 2565 (ดูรายละเอียดจากบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี สำหรับ 5 กลุ่มเสี่ยง)
หน่วยบริการ/ศักยภาพหน่วยบริการ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปที่เพิ่มเติมศักยภาพ HIV : หน่วยพื้นฐาน ARV ▪ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรมที่เพิ่มเติมศักยภาพ HIV : หน่วยพื้นฐาน ARV ▪ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ กรณี Lab ทั่วไป : Lab HIV (anti-HIV, CD4, VL,)

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 2.1 บริการด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ARV) และยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส รวมถึงบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง บริการที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ
เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ	<ul style="list-style-type: none">▪ ค่าบริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้ง <u>ไม่เกิน 12 ครั้ง/คน/ปี</u>▪ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับบริการดูแลรักษา ประกอบด้วย<ul style="list-style-type: none">▪ ค่าบริการตรวจเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารก จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,000 บาทต่อครั้ง <u>ไม่เกิน 5 ครั้ง/คน/ปี</u>▪ ค่าตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) การทำงานของไต (Creatinine) ไขมันในเลือด (Cholesterol) ไตรกลีเซอไลด์ (Triglyceride) และการทำงานของตับ (AST/ALT) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 25 บาทต่อรายการต่อครั้ง <u>ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี</u>▪ ค่าตรวจหาจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 400 บาทต่อครั้ง <u>ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี</u>▪ ค่าตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load; VL) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,350 บาทต่อครั้ง <u>ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี</u> และสามารถตรวจเพิ่มเติมได้ในกรณีต่อไปนี้<ol style="list-style-type: none">1) เปลี่ยนสูตรยาเนื่องจากผลข้างเคียงของยา2) ตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในทารกที่อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี3) ตรวจ VL base line ก่อนเริ่มยา Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Dolutegravir (DTG)

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 2.1 บริการด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ARV) และยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส รวมถึงบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ
เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ค่าตรวจการติดต่อยาต้านเอชไอวี กรณี VL > 1,000 Copies/mL หลังทานยาสม่ำเสมอมากกว่า 6 เดือน จ่ายแบบเหมาจ่าย ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี ด้วยวิธีการตรวจอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. ชุดตรวจสำเร็จรูป (Commercials) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 6,000 บาท ต่อครั้ง 2. ชุดตรวจที่ห้องปฏิบัติการพัฒนาขึ้นมาใช้เอง (In-house) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 5,500 บาท ต่อครั้ง ▪ ค่าวัสดุอุปกรณ์เจาะ เก็บเลือด และค่าขนส่ง <ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีส่งตรวจหาจำนวน CD4 และ ส่งตรวจหาปริมาณ VL ในกระแสเลือด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 20 บาทต่อครั้ง 2. กรณีส่งตรวจหาการติดต่อยาต้านไวรัสเอชไอวี จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง ▪ การตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (anti-HCV) การตรวจเพื่อยืนยันก่อนการรักษา หรือติดตามการรักษา และการตรวจประเมินความรุนแรงของโรคตับ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อัตราและเงื่อนไขการจ่ายให้เป็นไปตามประกาศฯ ว่าด้วยการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการคัดกรองและวินิจฉัยรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี
การบันทึกข้อมูล	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program; NAP Plus

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 2.2 บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain; RRTTR)

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ
กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none">▪ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนไทยกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม (Key population) ทุกสิทธิ ได้แก่<ol style="list-style-type: none">1 กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)2 กลุ่มสตรีข้ามเพศ (TG)3 กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW)4 กลุ่มพนักงานบริการชาย (MSW)5 กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)
ขอบเขตบริการ	<ul style="list-style-type: none">▪ บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย<ol style="list-style-type: none">1. การบริการเชิงรุกเพื่อให้มีการเข้าถึงและชักนำผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงให้เข้ารับบริการ (Reach & Recruit)2. การขยายบริการเชิงรุกด้านการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี (Test)3. การดำเนินการให้ผู้ติดเชื้อรับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา (Treat) และดำเนินการให้ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อยังคงภาวะการไม่ติดเชื้อ (Retain +/-)4. การตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และบริการถุงยางอนามัยสำหรับใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี5. การสร้างความต้องการในการรับบริการผ่านเครือข่ายสังคมและเครือข่ายสุขภาพ

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 2.2 บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain; RRTTR) (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ
หน่วยบริการ/ศักยภาพหน่วยบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป 2. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม ที่เป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 3. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่เป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 4. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน (หน่วยบริการตามมาตรา 3) 5. องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร และดำเนินการตามสัญญา หรือข้อตกลงดำเนินการตามโครงการเพื่อให้บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับสำนักงานเขต

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

<ul style="list-style-type: none"> ▪ ค่าบริการเชิงรุก : RRTTR 	อัตราจ่าย (บาท/ราย)	
	กลุ่มที่ 1 (MSM/TG/FSW/MSW) บาท/ราย	กลุ่มที่ 2 (PWID) บาท/ราย
ค่าบริการการเข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ Reach & Recruit	800	1,800
ค่าบริการส่งต่อกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่บริการสุขภาพเพื่อรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ Recruited to Tested	550	1,200
ค่าบริการติดตามให้กลุ่มเป้าหมายกลับมาตรวจเลือดซ้ำ Retained	450	1,000
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ค่าบริการทางคลินิกสำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : STI 	อัตราจ่าย (บาท/ราย/ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี)	
ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส (Syphilis)	100	
ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคหนองใน (Gonorrhea)	100	
ค่าบริการตรวจคัดกรองโรคหนองในเทียม (Chlamydia)	100	
ค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) คัดกรองมะเร็งทวารหนัก (Anal pap smear)	250	

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 2.2 บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain; RRTTR) (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ
เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ จ่ายแบบ Fee schedule ตามผลงานบริการรายเดือน สำหรับหน่วยบริการ และ CBO ที่ขึ้นทะเบียนตามมาตรา 3 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน ▪ จ่ายแบบสัญญาโครงการ ตามรายการ Fee schedule สำหรับหน่วย CBO ที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนตามมาตรา 3 โดยทำสัญญารับบริการกับ สปสช.เขต เป็นรายปีงบประมาณ ▪ บริการทางคลินิกสำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (STI) จ่ายตามผลงานบริการรายเดือน
การบันทึกข้อมูล	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program; NAP Plus

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 2.3 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และบริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ (งานศูนย์องค์รวม)

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ	
กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ▪ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ดังนี้ 1. คู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น หญิงตั้งครรภ์และคู่ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ 2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ที่เป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม 	
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. คู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี <ul style="list-style-type: none"> ▪ จัดบริการให้ความรู้ บริการปรึกษา ให้คำแนะนำรายบุคคล หรือแบบกลุ่มในคลินิกฝากครรภ์ คลินิกวัณโรค คลินิกยาต้านไวรัส และในชุมชน (Retain -) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ที่เป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม <ul style="list-style-type: none"> ▪ บริการให้ความรู้ บริการปรึกษา ให้คำแนะนำรายบุคคล หรือแบบกลุ่ม ▪ ติดตามสนับสนุนการคงอยู่ในระบบบริการตามกิจกรรม (Retain +) ▪ บริการติดตามเยี่ยมบ้าน
หน่วยบริการ/ศักยภาพหน่วยบริการ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ เป็นหน่วยบริการ หรือองค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร 	
เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ หน่วยบริการหรือองค์กรทำสัญญาหรือข้อตกลงดำเนินโครงการกับ สปสช. ส่วนกลาง ▪ หน่วยบริการหรือองค์กรส่งผลงานเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามสัญญาโครงการ ในอัตราดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. คู่ หรือครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ หรือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 450 บาท ต่อคน 2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ที่ลงทะเบียนเป็นสมาชิกศูนย์องค์รวม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 600 บาท ต่อคน 	
การบันทึกข้อมูล	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program; NAP Plus	

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 2.4.1 บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส และบริการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing; VCT) – PrEP/PEP

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ
กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ประชาชนไทยทุกสิทธิ
ขอบเขตบริการ	<p>ประกอบด้วย</p> <p>4.1 บริการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing; VCT)</p> <p>4.2 บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis; PrEP)</p> <p>4.3 บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ (Post-Exposure Prophylaxis; PEP)</p> <p>4.4 สนับสนุนถุงยางอนามัย</p>
หน่วยบริการ/ศักยภาพหน่วยบริการ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ หน่วยบริการที่มีศักยภาพด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส หรือด้านการให้การปรึกษา เพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี
เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ	<p>4.1 บริการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing; VCT)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ค่าบริการให้คำปรึกษา จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 7 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 6 ครั้ง/คน/ปี ▪ ค่าตรวจหาการติดเชื้อ HIV โดยสมัครใจ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 140 บาทต่อการรู้ผล ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี
การบันทึกข้อมูล	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program; NAP Plus

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 2.4.2 บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis; PrEP)



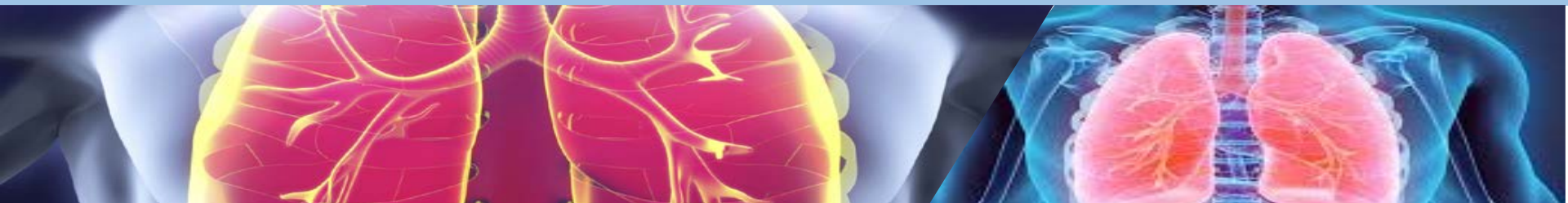
ลำดับ	รายการจ่าย ชดเชย	จำนวนครั้ง บริการ	ราคา (บาท) จ่ายแบบเหมาจ่าย
ค่าบริการยาป้องกันการติดเชื้อ HIV ก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis; PrEP)			
1.	ค่าจัดบริการให้คำปรึกษาครั้งแรก (Initial PrEP Counseling and education) เฉพาะรายที่กินยา	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี	80 บาทต่อคน
2.	ค่าบริการให้คำปรึกษา (Counseling) สำหรับผู้ที่รับยา	ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี	20 บาทต่อครั้ง
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
3.	ค่าตรวจหาการติดเชื้อ HIV (Anti-HIV)	ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปี	140 บาทต่อการรู้ผล
4.	ค่าตรวจการทำงานของไต	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	40 บาทต่อครั้ง
5.	ค่าตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Surface antigen : HBsAg) - วิธี ELISA หรือ - วิธี Phytohaemagglutinin (PHA)	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี	130 บาทต่อครั้ง 70 บาทต่อครั้ง
6.	ค่าตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs : Sexually Transmitted Infections) สำหรับโรคซิฟิลิส (Syphilis) หนองใน (Gonorrhea) หนองในเทียม (Chlamydia) จ่ายแบบเหมาจ่าย	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	240 บาทต่อครั้ง
7.	ค่าตรวจหาการตั้งครรภ์ (Pregnancy test for women)	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี	70 บาทต่อครั้ง
ยาต้านไวรัส เพื่อการป้องกันการติดเชื้อ HIV ก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis; PrEP)			
	จ่ายชดเชยเป็นยาตามที่ใช้จริง โดยการบันทึกเบิกจ่ายผ่านระบบโปรแกรม NAP Plus		

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 2.4.3 บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ (Post-Exposure Prophylaxis; PEP)





ลำดับ	รายการจ่าย ชดเชย	จำนวนครั้งบริการ	ราคา (บาท) จ่ายแบบเหมาจ่าย
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
1.	ค่าตรวจหาการติดเชื้อ HIV (Anti-HIV)	ไม่เกิน 5 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	140 บาทต่อการรู้ผล
2.	ค่าตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	25 บาทต่อครั้ง
3.	ค่าตรวจการทำงานของไต	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	40 บาทต่อครั้ง
4.	ค่าตรวจการทำงานของตับ	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	25 บาทต่อครั้ง
5.	ค่าตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (VL) (เฉพาะรายที่มีอาการบ่งชี้ภาวะติดเชื้อโดยเฉียบพลัน)	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	1,350 บาทต่อครั้ง
6.	ค่าตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Surface antigen : HBsAg) - วิธี ELISA หรือ - วิธี Phytohaemagglutinin (PHA)	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	130 บาทต่อครั้ง 70 บาทต่อครั้ง
7.	ค่าตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี Hepatitis B virus (anti-HBs)	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	150 บาทต่อครั้ง
6.	ค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Anti-HCV) - Rapid Test หรือ - เครื่องอัตโนมัติ	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	50 บาทต่อครั้ง
7.	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs : Sexually Transmitted Infections) สำหรับโรคซิฟิลิส (Syphilis) หนองใน (Gonorrhea) หนองในเทียม (Chlamydia)	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	240 บาทต่อครั้ง
8.	ค่าตรวจหาการตั้งครรภ์ (Pregnancy test for women)	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ	70 บาทต่อครั้ง
ยาต้านไวรัส เพื่อการป้องกันการติดเชื้อ HIV หลังการสัมผัสเชื้อ (Post-Exposure Prophylaxis; PEP)			
	จ่ายชดเชยเป็นยาตามที่ใช้จริง โดยการบันทึกเบิกจ่ายผ่านระบบโปรแกรม NAP Plus		

3. บริการกลุ่มเสี่ยงและผู้ติดเชื้อวัณโรค (Tuberculosis; TB)



แนวทางการบริหารจัดการกองทุน

ลำดับ	รายการบริการ	กองทุน	ประกาศที่เกี่ยวข้อง
1	บริการตรวจคัดกรอง และค้นหาวัณโรคในกลุ่ม เสี่ยงสูง	บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน ที่จ่ายตามรายการ บริการ (PP FS)	 ประกาศ PP FS 2566
2	บริการดูแลผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้งการ รักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (Latent Tuberculosis Infection; LTBI)	บริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบ เฉพาะโรค	 ประกาศบริการเฉพาะ โรค 2566

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 3.1 บริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง 7 กลุ่ม

กลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชาชนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ที่เป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค 7 กลุ่มเสี่ยง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none">1. ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด2. ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในสถานคุมครองและพัฒนาดนพิกการ/สถานคุมครองคนไร้ที่พึ่ง3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี4. ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C มากกว่า หรือเท่ากับ 7 mg%) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน5. ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรค COPD หรือ DM ร่วมด้วย6. ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง7. บุคลากรสาธารณสุข (ไม่รวม Back office)
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none">1. บริการตรวจคัดกรอง และค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง2. บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค และวัณโรคดื้อยา
หน่วยบริการ/ศักยภาพ หน่วยบริการ	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองและตรวจวินิจฉัยวัณโรค เช่น</p> <ol style="list-style-type: none">1. รับส่งต่อทั่วไป2. รับส่งต่อเฉพาะด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค3. รับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์
เงื่อนไข/อัตราการจ่าย ชดเชยค่าบริการ	รายละเอียดในหน้าถัดไป
การบันทึกข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data HuB

เงื่อนไข/อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการตรวจคัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง 7 กลุ่ม

บริการ	กิจกรรม		ความถี่	อัตรา (บาท)
	ขอบเขตบริการ	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
บริการตรวจคัดกรองวัณโรค	1. บริการตรวจคัดกรองวัณโรค	- ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray; CXR)	ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี	100
กรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง	2. บริการตรวจวินิจฉัยและ/หรือตรวจหาเชื้อวัณโรคดื้อยา	2. ค่าตรวจวินิจฉัยและตรวจหาเชื้อวัณโรคดื้อยา First line drug ด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular assay) วิธีใดวิธีหนึ่ง (เมื่อมีผล CXR ผิดปกติ)		200
		1) TB-LAMP (ตรวจวินิจฉัย/หาเชื้อ MTB) กรณีพบผลตรวจป็นผู้ป่วยวัณโรค ให้ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดี่ยว) หรือ INH + Rifampicin (2 ชนิด) เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา First-line drugs		500
		2) Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) หรือ - ตรวจวินิจฉัย/หาเชื้อ MTB อัตรา 400 บาท/ครั้ง - ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (อย่างเดียว) อัตรา 100 บาท/ครั้ง		600
		3) Real-time PCR MTB/MDR หรือ - ตรวจวินิจฉัย/หาเชื้อ MTB อัตรา 400 บาท/ครั้ง - ตรวจหาเชื้อดื้อยา NIH + Rifampicin (2 ชนิด) อัตรา 200 บาท/ครั้ง		600
		4) Line Probe Assay (LPA) - ตรวจวินิจฉัย/หาเชื้อ MTB อัตรา 400 บาท/ครั้ง - ตรวจหาเชื้อดื้อยา NIH + Rifampicin (2 ชนิด) อัตรา 200 บาท/ครั้ง	600	
		3. ค่าตรวจวินิจฉัยด้วย AFB และ/หรือตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) กรณีไม่สามารถตรวจวินิจฉัยวัณโรคตามข้อ 2 (เมื่อมีผล CXR ผิดปกติ)	ไม่เกิน 3 ครั้ง/คน/ปี ไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี	20
		1) ตรวจด้วยวิธี AFB 2) ตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture 2.1) เทคนิค Solid media หรือ 2.2) เทคนิค Liquid media		300
		4. ค่าตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second-line drugs ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง	700 บาท/ครั้ง	700
		4.1) Line Probe Assays (FQ และ AG/CP) หรือ 4.2) Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP) [isoniazid (INH), fluoroquinolones (FLQ), second-line injectable drug (SLID) (amikacin, kanamycin, capreomycin) and ethionamide (ETH)] (4 ชนิด)		700

**เงื่อนไขการชดเชยบริการตรวจวินิจฉัย
วัณโรค/วัณโรคดื้อยาในกลุ่มเสี่ยง**
(ตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564)

กลุ่มเสี่ยงสูงต่อวัณโรค

คัดกรองด้วย CXR (100 บาท)

เงื่อนไข
1 คน/1 ครั้ง /ปีงบประมาณ

ผลปกติ

ผลผิดปกติ

ผลปกติ/ไม่เข้ากับวัณโรค

เงื่อนไข
ตรวจ Molecular assay
ได้ เมื่อมีผล CXR ผิดปกติ
เท่านั้น (1 คน/1 ครั้ง /
ปีงบประมาณ)

วินิจฉัยวัณโรควิธี Molecular Assay

AFB (20 บาท) และ/ หรือ
Culture (200/300 บาท)

กรณีที่ไม่สามารถตรวจด้วย
วิธี Molecular Assay ได้
เท่านั้น

วินิจฉัยวัณโรค/วัณโรคดื้อยา First line drug (RIFและหรืออื่นๆ)

กรณีเลือกตรวจด้วย TB-LAMP ให้เลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้

- 1) TB-LAMP (200 บาท) และ หากพบ TB ส่งตรวจ Xpert MTB/RIF (500 บาท)
- 2) TB-LAMP (200 บาท) และ หากพบ TB ส่งตรวจ Line Probe Assay (600 บาท)
- 3) TB-LAMP (200 บาท) และ หากพบ TB ส่งตรวจ Real-time PCR MDR (600 บาท)

เลือกตรวจ Molecular วิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้

- 1) Xpert MTB/RIF (500 บาท) หรือ
- 2) Line Probe Assay (600 บาท) หรือ
- 3) Real-time PCR MTB/MDR (600 บาท)

ผู้ป่วยไม่ดื้อยา รักษา
ด้วยสูตรยาพื้นฐาน

ผู้ป่วยดื้อยา
RR/MDR-TB

ผู้ป่วยดื้อยา
RR/MDR-TB

ผู้ป่วยไม่ดื้อยา รักษา
ด้วยสูตรยาพื้นฐาน

เงื่อนไข
กรณีเป็นผู้ป่วยดื้อยา (RR/MDR)
สามารถตรวจเชื้อวัณโรคดื้อยา 2nd
line ด้วยวิธีใดก็ได้ ในข้อ 1 หรือ 2
(1 คน/ครั้ง/course การรักษา)

วินิจฉัยวัณโรคดื้อยา Second line drug

- 1) LPA (ตรวจดื้อยาในกลุ่ม FQ และ AG/CT) หรือ
- 2) Real-time PCR MTB / XDR

(700 บาท)

รักษาผู้ป่วยดื้อยา RR/MDR-TB
ด้วยสูตรรักษาที่เหมาะสม

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 3.2 บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ประชาชนไทยที่ป่วยด้วยวัณโรค (ทั้งวัณโรคในปอดและนอกปอด ; Pulmonary & Extra-pulmonary) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ▪ เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการลงทะเบียนรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านโปรแกรม NTIP)
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐาน 2. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคสูตรดื้อยา (Rifampicin Resistant-TB / MDR-TB) และยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre-XDR-TB / XDR-TB) 3. บริการตรวจและติดตามการรักษาทางห้องปฏิบัติการ
หน่วยบริการ/ ศักยภาพหน่วย บริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ <ul style="list-style-type: none"> ▪ หน่วยบริการดูแลรักษาวัณโรคพื้นฐาน ▪ หน่วยบริการรักษาการติดเชื้อวัณโรคดื้อยา 2. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ ที่มีศักยภาพตรวจติดตามการรักษาทางห้องปฏิบัติการได้
เงื่อนไข/อัตราการ จ่ายชดเชย ค่าบริการ	<p>ชดเชยเป็นยาหรือเงินค่ายารักษาวัณโรค โดยรายการและอัตราให้เป็นไปตามประกาศฯ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข <u>กรณีจ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule; FS)</u></p>
การบันทึกข้อมูล	<p>หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data HuB</p>

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 3.3 บริการตรวจและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (Latent Tuberculosis Infection; LTBI)

กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ประชาชนไทยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคและมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี และยังไม่ป่วยเป็นวัณโรค ▪ เป็นผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงที่ได้รับการลงทะเบียนรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านโปรแกรม NTIP)
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ด้วยการทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลิน (Tuberculin Skin Test; TST) 2. บริการยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอายุ ≤ 18 ปี ที่เข้าเกณฑ์
หน่วยบริการ/ ศักยภาพหน่วย บริการ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ ▪ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ ที่มีศักยภาพตรวจติดตามการรักษาทางห้องปฏิบัติการได้
เงื่อนไข/อัตรา การจ่ายชดเชย ค่าบริการ	<p>ชดเชยเป็นยาหรือเงินค่ายารักษาวัณโรค โดยรายการและอัตราให้เป็นไปตามประกาศฯ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข <u>กรณีจ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule; FS)</u></p>
การบันทึกข้อมูล	<p>หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านโปรแกรม NTIP และประมวลผลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม TB Data HuB</p>

หมายเหตุ: ยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงเป็นไปตามรายการที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและแนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งประเทศไทย

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 3.4 การตรวจและติดตามการรักษาทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	อัตรการจ่าย
๑. บริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (อายุ ≤ 18 ปี และยังไม่เป็นวัณโรค)	
ค่าทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลิน (Tuberculin Skin Test: TST)	๔๐ บาทต่อครั้งต่อปี ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อปี
๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อติดตามการรักษาวัณโรค	
(๑) ค่าตรวจ AFB (เฉพาะเสมหะ)	๒๐ บาทต่อตัวอย่าง (ไม่เกิน ๓ ตัวอย่าง)
(๒) ค่าตรวจ CXR	๑๐๐ บาทต่อครั้ง
๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัย หรือติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา	
๓.๑ การตรวจด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ Culture	
(๑) เทคนิค Solid Media	๒๐๐ บาทต่อตัวอย่าง
(๒) เทคนิค Liquid Media	๓๐๐ บาทต่อตัวอย่าง
๓.๒ การตรวจหาเชื้อดื้อยา First-line drugs	
(๑) TB-LAMP วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๒๐๐ บาทต่อครั้ง
(๒) Real-time PCR (Xpert MTB/RIF)	จ่ายรวม ๕๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Rifampicin (ชนิดเดียว)	๑๐๐ บาทต่อครั้ง

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 3.4 การตรวจและติดตามการรักษาทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

๓.๒ การตรวจหาเชื้อดื้อยา First-line drugs

(๓) Real-time PCR MTB/MDR (Anyplex)	จ่ายรวม ๖๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Isoniazid และ Rifampicin (๒ ชนิด)	๒๐๐ บาทต่อครั้ง
(๔) Line Probe Assay (LPA)	จ่ายรวม ๖๐๐ บาทต่อครั้ง
- วินิจฉัยวัณโรค/ตรวจหาเชื้อ MTB	๔๐๐ บาทต่อครั้ง
- ตรวจหาเชื้อดื้อยา Isoniazid และ Rifampicin (๒ ชนิด)	๒๐๐ บาทต่อครั้ง
๓.๓ การตรวจหาเชื้อดื้อยา Second-line drugs	
(๑) Line Probe Assay (FQ และ AG/CP) หรือ	๗๐๐ บาทต่อครั้ง
(๒) Real-time PCR MTB/XDR (FQ และ AG/CP)	[isoniazid (INH), fluoroquinolones (FLO), second-line injectable drug (SLID) (amikacin, kanamycin, capreomycin) and ethionamide (ETH)] (4 ชนิด)
๔. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	๒๐ บาทต่อครั้ง

หมายเหตุ:

- ๑) อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการต่อครั้ง หมายความว่าถึงต่อครั้งของการตรวจรู้ผล
- ๒) กรณีหน่วยบริการส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (First line drug) ด้วยวิธีการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) แล้ว จะไม่สามารถตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay
- ๓) การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture) และการตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) Drug Sensitivity Test เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (First line drug) ด้วยวิธี Molecular assay จะทำได้เฉพาะเทคนิค Solid media เท่านั้น

4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (DM/HT)



กลุ่มเป้าหมาย :

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1
2. หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์
4. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
5. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง



เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 4.1 บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1

บริการ	หัวข้อ	รายละเอียด
<p>บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง</p> <p>ค่าบริการควบคุมป้องกัน และรักษาผู้ป่วยเบาหวาน / ความดันโลหิตสูง</p>	<p>กลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 DM) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>ที่มีการลงทะเบียน (e-Claim) รักษาตามขั้นตอนและวิธีการที่สำนักงานกำหนด</u> ▪ <u>เป็นผู้ป่วยที่มีรหัสวินิจฉัยโรคหลัก (PDX) หรือโรครอง (SDX) ICD-10 เป็น E10* Type 1 Diabetes Mellitus หรือ P70.2 Neonatal DM หรือ E89.1 Postprocedural hypo-insulinemia หรือ E14* (Unspecified DM) <u>ที่วินิจฉัยเป็นเบาหวานก่อนอายุ 30 ปี</u></u>
	<p>ขอบเขตบริการ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการสอนและประเมินศักยภาพการดูแลตนเองให้ผู้รับบริการ 2. บริการการดูแลรักษาผู้รับบริการตามคู่มือพัฒนาระบบและเครือข่าย Thailand Type1DM Network and Registry <u>สำหรับเครือข่ายบริบาลและการลงทะเบียนเบาหวานชนิดที่ 1 และเบาหวานวินิจฉัยก่อนอายุ 30 ปี ประเทศไทย สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการตรวจระดับ ketone ด้วย keto strip</u> 3. บริการชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง บริการตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง เมื่อมีข้อบ่งชี้ตามแนวทางของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย 4. บริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี ได้แก่ HbA1c, Microalbuminuria, Lipid profile, ตรวจตา ตรวจเท้าเบาหวาน รายการละ 1 ครั้งต่อปี 5. บริการตรวจวัดระดับน้ำตาลต่อเนื่อง (Continuous Glucose Monitoring; CGM) sensor + transmitter (จ่ายเพิ่มเติม)
	<p>หน่วยบริการ/ ศักยภาพหน่วยบริการ</p>	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับการอบรมดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 กับเครือข่ายบริบาล และการลงทะเบียนเบาหวานชนิดที่ 1 และเบาหวานวินิจฉัยก่อนอายุ 30 ปี ตามสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (H18) หรือ 2. หน่วยบริการที่สามารถให้บริการรักษาเบาหวานชนิดที่ 1 ได้

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 4.1 บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (ต่อ)

บริการ	หัวข้อ	รายละเอียด																																							
<p>บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง</p> <p>ค่าบริการควบคุมป้องกัน และรักษาผู้ป่วยเบาหวาน /ความดันโลหิตสูง</p>	<p>เงื่อนไขและอัตรา การจ่ายชดเชย ค่าบริการ</p>	<p>1. จ่ายแบบเหมาจ่ายครอบคลุมขอบเขตบริการที่ 1-4 ตามเดือนที่เข้ารับบริการ ตาม บัญชีประมาณปัจจุบัน</p> <table border="1" data-bbox="994 256 1574 784"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th> <th>เดือน</th> <th>ค่าใช้จ่าย (บาท/ราย)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>ตุลาคม</td><td>13,636</td></tr> <tr><td>2</td><td>พฤศจิกายน</td><td>12,636</td></tr> <tr><td>3</td><td>ธันวาคม</td><td>11,636</td></tr> <tr><td>4</td><td>มกราคม</td><td>10,636</td></tr> <tr><td>5</td><td>กุมภาพันธ์</td><td>9,636</td></tr> <tr><td>6</td><td>มีนาคม</td><td>8,636</td></tr> <tr><td>7</td><td>เมษายน</td><td>7,636</td></tr> <tr><td>8</td><td>พฤษภาคม</td><td>6,636</td></tr> <tr><td>9</td><td>มิถุนายน</td><td>5,636</td></tr> <tr><td>10</td><td>กรกฎาคม</td><td>4,636</td></tr> <tr><td>11</td><td>สิงหาคม</td><td>3,636</td></tr> <tr><td>12</td><td>กันยายน</td><td>2,636</td></tr> </tbody> </table> <p>2. กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจระดับน้ำตาลต่อเนื่องเป็น ประจำตลอดทั้งปี หรือ เป็นครั้งคราว สำนักงานจะจ่ายค่าบริการ Sensor รวม Transmitter และระบบที่เกี่ยวข้องในอัตรา 1,000 บาทต่อสัปดาห์ โดยหน่วยบริการสามารถเบิกค่าบริการ Sensor ได้ ครั้งละไม่เกิน 3 เดือน หรือ 13 สัปดาห์</p>	ลำดับ	เดือน	ค่าใช้จ่าย (บาท/ราย)	1	ตุลาคม	13,636	2	พฤศจิกายน	12,636	3	ธันวาคม	11,636	4	มกราคม	10,636	5	กุมภาพันธ์	9,636	6	มีนาคม	8,636	7	เมษายน	7,636	8	พฤษภาคม	6,636	9	มิถุนายน	5,636	10	กรกฎาคม	4,636	11	สิงหาคม	3,636	12	กันยายน	2,636
ลำดับ	เดือน	ค่าใช้จ่าย (บาท/ราย)																																							
1	ตุลาคม	13,636																																							
2	พฤศจิกายน	12,636																																							
3	ธันวาคม	11,636																																							
4	มกราคม	10,636																																							
5	กุมภาพันธ์	9,636																																							
6	มีนาคม	8,636																																							
7	เมษายน	7,636																																							
8	พฤษภาคม	6,636																																							
9	มิถุนายน	5,636																																							
10	กรกฎาคม	4,636																																							
11	สิงหาคม	3,636																																							
12	กันยายน	2,636																																							
	<p>การบันทึกข้อมูล</p>	<p>บันทึกข้อมูลและประมวลผลผ่านระบบโปรแกรม e-Claim</p>																																							

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 4.2 บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน

บริการ	หัวข้อ	รายละเอียด
<p>บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง</p> <p>ค่าบริการควบคุมป้องกัน และรักษาผู้ป่วยเบาหวาน / ความดันโลหิตสูง</p>	<p>กลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (GDM) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>ที่มีการลงทะเบียน (e-Claim) รักษาตามขั้นตอนและวิธีการที่สำนักงานกำหนด</u> ▪ <u>เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีรหัสวินิจฉัยโรคหลัก (PDX) หรือโรครอง (SDx) ICD-10 เป็น O24.4 Diabetes Mellitus arising in pregnancy หรือ O24.9 Diabetes mellitus in pregnancy, unspecified</u>
	<p>ขอบเขตบริการ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการสอนทักษะการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การประเมินผลเลือด และการดูแลตนเองให้กับผู้รับบริการ 2. บริการชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง 3. บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อทดสอบความทนทานต่อน้ำตาลหลังคลอดภายในระยะเวลา 1-3 เดือน เป็นการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลก่อนดื่มสารละลายน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม ที่ศูนย์ยาที่ และหลังดื่มสารละลายน้ำตาลกลูโคสเมื่อครบ 2 ชั่วโมง <u>และให้บันทึกผลการทดสอบเป็นปกติ หรือ prediabetes (กลุ่ม Impaired fasting plasma glucose หรือ impaired glucose tolerance test) หรือเป็นเบาหวาน</u>
	<p>หน่วยบริการ/ ศักยภาพหน่วยบริการ</p>	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน</p>
	<p>เงื่อนไขและอัตรา การจ่ายชดเชย ค่าบริการ</p>	<p>จ่ายแบบเหมาจ่ายครั้งเดียว ในอัตรา 2,620 บาทต่อการตั้งครรภ์</p>
	<p>การบันทึกข้อมูล</p>	<p>บันทึกข้อมูลและประมวลผลผ่านระบบโปรแกรม e-Claim</p>

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 4.3 บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ก่อนตั้งครรภ์

บริการ	หัวข้อ	รายละเอียด
<p>บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง</p> <p>ค่าบริการควบคุมป้องกัน และรักษาผู้ป่วยเบาหวาน /ความดันโลหิตสูง</p>	<p>กลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (PDM) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>ที่มีการลงทะเบียน (e-Claim) รักษาตามขั้นตอนและวิธีการที่สำนักงานกำหนด</u> ▪ <u>เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีรหัสวินิจฉัยโรคหลัก (PDX) หรือโรครอง (SDx) ICD-10 เป็น O24.0 Pre-existing Diabetes Mellitus, Insulin-dependent หรือ O24.1 Pre-existing Diabetes Mellitus, non-Insulin-dependent หรือ O24.3 Pre-existing Diabetes Mellitus, unspecified</u>
	<p>ขอบเขตบริการ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการสอนทักษะการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การประเมินผลเลือด และการดูแลตนเองให้กับผู้รับบริการ 2. บริการชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง 3. บริการตรวจ HbA1c จำนวน 4 ครั้ง
	<p>หน่วยบริการ/ ศักยภาพหน่วยบริการ</p>	<p>หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์</p>

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 4.3 บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกรู้นิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ก่อนตั้งครรภ์ (ต่อ)


บริการ	หัวข้อ	รายละเอียด																														
<p>บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง</p> <p>ค่าบริการควบคุมป้องกัน และรักษาผู้ป่วยเบาหวาน /ความดันโลหิตสูง</p>	<p>เงื่อนไขและอัตรา การจ่ายชดเชย ค่าบริการ</p>	<p>▪ จ่ายแบบเหมาจ่ายครอบคลุมขอบเขตบริการที่ 1-3</p> <table border="1" data-bbox="811 371 1796 786"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th> <th>อายุครรภ์</th> <th>ค่าใช้จ่าย (บาท/ราย)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>อายุครรภ์ 1 เดือน (0-4 สัปดาห์)</td> <td>8,660</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>อายุครรภ์ 2 เดือน (5-9 สัปดาห์)</td> <td>7,820</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>อายุครรภ์ 3 เดือน (10-13 สัปดาห์)</td> <td>6,980</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>อายุครรภ์ 4 เดือน (14-17 สัปดาห์)</td> <td>6,140</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>อายุครรภ์ 5 เดือน (18-21 สัปดาห์)</td> <td>5,300</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>อายุครรภ์ 6 เดือน (22-26 สัปดาห์)</td> <td>4,460</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>อายุครรภ์ 7 เดือน (27-31 สัปดาห์)</td> <td>3,620</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>อายุครรภ์ 8 เดือน (32-36 สัปดาห์)</td> <td>2,780</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>อายุครรภ์ตั้งแต่ 9 เดือน ขึ้นไป (มากกว่า 36 สัปดาห์)</td> <td>1,940</td> </tr> </tbody> </table>	ลำดับ	อายุครรภ์	ค่าใช้จ่าย (บาท/ราย)	1	อายุครรภ์ 1 เดือน (0-4 สัปดาห์)	8,660	2	อายุครรภ์ 2 เดือน (5-9 สัปดาห์)	7,820	3	อายุครรภ์ 3 เดือน (10-13 สัปดาห์)	6,980	4	อายุครรภ์ 4 เดือน (14-17 สัปดาห์)	6,140	5	อายุครรภ์ 5 เดือน (18-21 สัปดาห์)	5,300	6	อายุครรภ์ 6 เดือน (22-26 สัปดาห์)	4,460	7	อายุครรภ์ 7 เดือน (27-31 สัปดาห์)	3,620	8	อายุครรภ์ 8 เดือน (32-36 สัปดาห์)	2,780	9	อายุครรภ์ตั้งแต่ 9 เดือน ขึ้นไป (มากกว่า 36 สัปดาห์)	1,940
ลำดับ	อายุครรภ์	ค่าใช้จ่าย (บาท/ราย)																														
1	อายุครรภ์ 1 เดือน (0-4 สัปดาห์)	8,660																														
2	อายุครรภ์ 2 เดือน (5-9 สัปดาห์)	7,820																														
3	อายุครรภ์ 3 เดือน (10-13 สัปดาห์)	6,980																														
4	อายุครรภ์ 4 เดือน (14-17 สัปดาห์)	6,140																														
5	อายุครรภ์ 5 เดือน (18-21 สัปดาห์)	5,300																														
6	อายุครรภ์ 6 เดือน (22-26 สัปดาห์)	4,460																														
7	อายุครรภ์ 7 เดือน (27-31 สัปดาห์)	3,620																														
8	อายุครรภ์ 8 เดือน (32-36 สัปดาห์)	2,780																														
9	อายุครรภ์ตั้งแต่ 9 เดือน ขึ้นไป (มากกว่า 36 สัปดาห์)	1,940																														
	<p>การบันทึกข้อมูล</p>	<p>บันทึกข้อมูลและประมวลผลผ่านระบบโปรแกรม e-Claim</p>																														

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 4.4 บริการควบคุม ป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่

บริการ	หัวข้อ	รายละเอียด
บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง ค่าบริการควบคุมป้องกัน และรักษาผู้ป่วยเบาหวาน /ความดันโลหิตสูง	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย 1. เบาหวานชนิดที่ 2 (Type II DM) 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่
	ขอบเขตบริการ	1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 : บริการตรวจ HbA1c 2 ครั้ง/คน/ปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ : บริการตรวจ serum creatinine และ serum potassium รายการละ 1 ครั้ง/คน/ปี 3. มีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยืนยันการใช้สิทธิของตนเองในการเข้ารับบริการ
	หน่วยบริการ/ ศักยภาพหน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
	เงื่อนไขและอัตรา การจ่ายชดเชย ค่าบริการ	กำหนดการจ่ายค่าบริการแบบ Fee Schedule 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 : ค่าตรวจ HbA1c 2 ครั้ง/คน/ปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน จ่ายในอัตรา 150 บาทต่อครั้ง 2) ผู้ป่วย HT รายใหม่ : ค่าตรวจ serum creatinine จ่ายในอัตรา 45 บาทต่อครั้ง และ ค่าตรวจ serum potassium จ่ายในอัตรา 40 บาท/ครั้ง รายการละ 1 ครั้ง/คน/ปี
	การบันทึกข้อมูล	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านระบบโปรแกรมหมอพร้อม (Moph Claim)

5. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease; ESRD)



ลำดับ	รายการบริการ	กองทุน	ประกาศที่เกี่ยวข้อง
1	บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	 ประกาศไตวายเรื้อรัง 2566
2	บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤต	บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤต	 ประกาศไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤต 1

บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease; ESRD)

ประกอบด้วย

1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (PD)
 - 1.1 การล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD)
 - 1.2 การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)
2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)
3. บริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (EPO)
4. บริการผ่าตัดเตรียมเส้นเลือด (Vascular access)
5. บริการปลูกถ่ายไต (Kidney transplant; KT)
6. บริการยากดภูมิหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 5.1 บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis; PD)

- การล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; CAPD)

- การล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis; APD)

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ
กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none">▪ ประชาชนไทย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และได้รับการลงทะเบียนจากหน่วยบริการในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD)▪ กรณีผู้ป่วยรายใหม่ หรือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบการรักษาบำบัดทดแทนไต ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วม (Share Decision Making Process) ในการเลือกรูปแบบการรักษาบำบัดทดแทนไต ตามแนวทางของ SP สาขาไต และบันทึกในเอกสารหนังสือแสดงการเรียนรู้เพื่อตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติ
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none">1. การวางสายเพื่อการล้างไตทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter)2. การสนับสนุนน้ำยาล้างไตและอุปกรณ์<ol style="list-style-type: none">2.1 ทางเลือกที่ 1 การสนับสนุนน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ผ่านระบบ VMI2.2 ทางเลือกที่ 2 การสนับสนุนค่าบริการ ครอบคลุมค่าน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องและอุปกรณ์3. การจัดหาเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (APD)4. การสนับสนุนค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ครอบคลุมทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) และการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)5. การสนับสนุนค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Quality Incentive Program; QIP)
หน่วยบริการ/ศักยภาพหน่วยบริการ	<ul style="list-style-type: none">▪ หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 5.1 บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis; PD) (ต่อ)

- การล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; CAPD)
- การล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis; APD)

รายการ

ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ



ประกาศ ODS & MIS ๒566

1. ค่าบริการวางสาย Tenckhoff catheter เพื่อการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

- กรณีหน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One Day Surgery; ODS) จ่ายตามระบบวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups; DRGs) คำนวนจ่ายตามค่า RW จากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต (ICD-10: N18.5 Chronic Kidney Disease, Stage 5/ICD-9: 54.93 Creation of Cutaneoperitoneal fistula)
- กรณีหน่วยบริการไม่มีศักยภาพ ODS ให้บริการและรักษาแบบผู้ป่วยใน (IP) จ่ายตามระบบ DRGs คำนวนจ่ายตามค่า RW จากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต (DRGs with Global Budget)
- บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านระบบ e-Claim

2. การสนับสนุนน้ำยาล้างไตและอุปกรณ์

2.1 ทางเลือกที่ 1 การสนับสนุนน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ผ่านระบบ VMI (จ่ายชดเชยเป็นของ)

การล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD)	การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)
1. น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 4 ถุงต่อวัน	1. น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ จำนวน 2 ถุงต่อวัน
2. จุกปิดกันเชื้อ	2. จุกปิดกันเชื้อ
3. สายล้างไตทางช่องท้อง (TK) สำหรับผู้ป่วยรายใหม่หรือรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน	3. ดลับล้าง
4. อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไต เช่น แป้นสำหรับวางจานหมุน	4. สายล้างไตทางช่องท้อง (TK) สำหรับผู้ป่วยรายใหม่หรือรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน
	5. อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ
	6. สำนักงานจัดหาเครื่องล้างไตอัตโนมัติให้กับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการเบิกเครื่อง APD และน้ำยาล้างไต (APD solution) ผ่านระบบ DMIS-CKD ภายใต้หัวข้อแสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการ UC-APD

หมายเหตุ: กรณีมีความจำเป็นต้องใช้น้ำยาล้างไตเกินกว่าที่กำหนด ให้หน่วยบริการบันทึกผ่านโปรแกรม DMIS-CKD มายังสำนักงาน

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 5.1 บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis; PD) (ต่อ)

- การล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; CAPD)
- การล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis; APD)

รายการ

ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

2. การสนับสนุนนํ้ายาล้างไตและอุปกรณ์

2.2 ทางเลือกที่ 2 การสนับสนุนค่าบริการ ครอบคลุมค่านํ้ายาล้างไตผ่านทางช่องท้องและอุปกรณ์ (จ่ายชดเชยเป็นเงิน)

การล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD)	การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)
สำนักงานจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายในอัตรา 15,000 บาท/ผู้ป่วย/เดือน ครอบคลุมค่ายา เวชภัณฑ์ และบริการ ตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้	สำนักงานจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายในอัตรา 18,000 บาท/ผู้ป่วย/เดือน ครอบคลุมค่ายา เวชภัณฑ์ และบริการ ตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้
1. นํ้ายาล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ขนาด 2 ลิตรหรือ 2.5 ลิตรต่อถุง	1. นํ้ายาล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ขนาด 5 ลิตร หรือ 6 ลิตรต่อถุง
2. จุกปิดกันเชื้อ	2. จุกปิดกันเชื้อ
3. สายล้างไตทางช่องท้อง (TK)	3. ดล็บสาย
4. อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไต เช่น แป้นสำหรับวางจานหมุน	4. สายล้างไตทางช่องท้อง (TK) สำหรับผู้ป่วยรายใหม่หรือรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน
5. บริการจัดส่งนํ้ายาล้างไตและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องถึงบ้านผู้ป่วย	5. อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ
	6. สำนักงานจัดหาเครื่องล้างไตอัตโนมัติให้กับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
	7. บริการจัดส่งนํ้ายาล้างไต อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง และเครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติถึงบ้านผู้ป่วย

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 5.1 บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis; PD) (ต่อ)

- การล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; CAPD)
- การล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis; APD)

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ
เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ	<p>3. การสนับสนุนค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ครอบคลุมทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) และการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)</p> <p>- จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาท/ผู้ป่วย/เดือน ครอบคลุมบริการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none">1) การตรวจประเมินสภาพร่างกาย การคัดกรอง การให้คำปรึกษา รวมทั้งการประสานให้หน่วยบริการปฐมภูมิลงเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษา2) ค่าตรวจเลือดหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด ได้แก่<ul style="list-style-type: none">▪ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)▪ ตรวจการทำงานของไต (BUN, Creatinine, Electrolyte)▪ การตรวจความพอเพียงของการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Kt/V) และ/หรือ▪ การตรวจประสิทธิภาพของเยื่อช่องท้อง▪ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ3) การบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง กรณีการให้บริการผู้ป่วยนอกหรือค่ายาพื้นฐานและยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องโดยตรง

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 5.1 บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis; PD) (ต่อ)

- การล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; CAPD)
- การล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis; APD)

รายการ

ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

4. การสนับสนุนค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Quality Incentive Program; QIP) เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับหน่วยบริการในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการรักษาล้างไตผ่านทางช่องท้อง **ตามเกณฑ์คุณภาพบริการ 4 ข้อ**

เกณฑ์คุณภาพ 4 ข้อ	วิธีคำนวณ	น้ำหนักเกณฑ์ (a)	ผลงานจริง (b)	คะแนนสุทธิ (c)
๑ ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT	จำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรอ KT ในช่วง ๖ เดือนของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย ๖ เดือนของหน่วยบริการนั้น	๒๕%	% ที่คำนวณได้จริง	$c = a \times b$
๒ ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin ≥ 3.5 g/dl	จำนวนผู้ป่วย PD ที่มีระดับ Serum Albumin ≥ 3.5 g/dl ในช่วง ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย ๖ เดือนของหน่วยบริการนั้น	๒๕%	% ที่คำนวณได้จริง	$c = a \times b$
๓ อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา ๑๒ เดือน	One Year Patent Survival (Kaplan Meier Curve) ของหน่วยบริการนั้น ณ สิ้นเดือน มี.ค. ๖๖ หรือ ก.ย. ๖๖	๒๕%	% ที่คำนวณได้จริง	$c = a \times b$
๔ ร้อยละผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis free)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องในช่วง ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย ๖ เดือนของหน่วยบริการนั้น	๒๕%	% ที่คำนวณได้จริง	$c = a \times b$

ช่วงเวลาในการคิดคำนวณผลงานและรอบการจ่าย

- รอบที่ 1 : นำผลงานในช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง 6 เดือนถัดมา
- รอบที่ 2 : นำผลงานในช่วง 6 เดือนหลังของปีงบประมาณ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง 6 เดือนถัดมา

วิธีการจ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตทางช่องท้อง

- คิด % คะแนนรวม จากผลรวมเกณฑ์คุณภาพ ข้อ 1+2+3+4
- จากนั้น นำ % คะแนนรวมของแต่ละหน่วยบริการมาเรียงลำดับจากน้อยไปมาก
- หน่วยบริการที่มีคะแนนรวมเกณฑ์คุณภาพมากที่สุด 85 ลำดับแรก จะได้รับการจ่ายค่าบริการเพิ่มเติม (On top) แบบเหมาจ่ายในอัตรา 500 บาท/ผู้ป่วย/เดือน

การบันทึกข้อมูล

บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรมข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS-CKD)

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 5.2 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis; HD)

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจัดจ่ายชดเชยค่าบริการ
กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none">▪ ประชาชนไทย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และได้รับการลงทะเบียนจากหน่วยบริการในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD)▪ กรณีผู้ป่วยรายใหม่ หรือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบการรักษาบำบัดทดแทนไต ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วม (Share Decision Making Process) ในการเลือกรูปแบบการรักษาบำบัดทดแทนไต ตามแนวทางของ SP สาขาไต และบันทึกในเอกสารหนังสือแสดงการเรียนรู้เพื่อตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติ
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none">1. บริการเตรียมเส้นเลือด สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Vascular access)2. การสนับสนุนค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและชุดตัวกรองแบบ Single use dialyzer3. การสนับสนุนค่าบริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (EPO)
หน่วยบริการ/ศักยภาพหน่วยบริการ	<ul style="list-style-type: none">▪ หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่<ol style="list-style-type: none">1. ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม2. เพิ่มเติมศักยภาพบริการเตรียมเส้นเลือด สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Vascular access) ในระบบโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ CPP (https://cpp.nhso.go.th/ CPP/)

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 5.2 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis; HD) (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ
เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ	<p>1. บริการเตรียมเส้นเลือด สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Vascular access)</p> <p>1.1 ค่าเตรียมเส้นเลือดแบบ Temporary double lumen catheter (DLC) สำหรับผู้ป่วยที่รอใช้ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา 5,000 บาท รวมค่าสายและค่าใส่สาย (หน่วยบริการที่ไม่มีการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้เบิกจ่าย DLC ได้เฉพาะเคสที่มีปัญหาในขณะทำการฟอกเลือด เช่น สายอุดตันต้อง revise สาย เป็นต้น โดยบันทึกเบิกผ่าน e-Claim)</p> <p>1.2 ค่าเตรียมเส้นเลือดแบบ Arteriovenous Fistula (AVF) มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องทำ AVF ใหม่ จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา 13,500 บาท รวมค่าผ่าตัด ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องปฏิบัติการ</p> <p>1.3 ค่าเตรียมเส้นเลือดแบบ Arteriovenous Graft (AVG) มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องทำ AVG ใหม่ โดยเริ่มทำ AVF เป็นอันดับแรก หรือในกรณีที่ไม่สามารถทำ AVF ได้ จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา 13,500 บาท รวมค่าผ่าตัด ค่าห้องผ่าตัด และค่าห้องปฏิบัติการ และรายการอุปกรณ์รหัส 4016 หลอดเลือดเทียม สำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลาย ชนิด มีวงแหวน PTFE Ring Vascular Graft ตามความยาวที่ใช้จ่ายจริงไม่เกิน 600 บาทต่อเซ็นติเมตร</p> <p>1.4 ค่าเตรียมเส้นเลือดแบบ Tunnel Cuffed Catheter มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำ AVF หรือ AVG จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา 5,600 บาท และรายการอุปกรณ์รหัส 4905 สายสวนสองช่องแบบกึ่งถาวรสำหรับฟอกเลือดล้างไต (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter) จ่ายตามจริงไม่เกิน 5,000 บาทต่อชุด</p>
การบันทึกข้อมูล	<p>บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านระบบ e-Claim</p> <ul style="list-style-type: none">กรณีหน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One Day Surgery; ODS) จ่ายตามระบบวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups; DRGs) คำนวนจ่ายตามค่า RW จากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต (ICD-10: N18.5 Chronic Kidney Disease, Stage 5/ICD-9: 38.95 Venous catheterization for renal dialysis, 39.27 Arteriovenostomy for renal dialysis, และ 39.93 Insertion of vessel-to-vessel cannula



ประกาศ ODS &
MIS ๒566

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 5.2 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis; HD) (ต่อ)

รายการ

ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ

2. การสนับสนุนค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและชุดตัวกรองแบบ Single use dialyzer หน่วยบริการสามารถเลือกรับการสนับสนุนเป็น 2 ทางเลือก **อย่างใดอย่างหนึ่ง ปีละ 1 ครั้ง**

ผู้ป่วยฟอกเลือด	ค่าบริการฟอกเลือด*	ชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer**	หมายเหตุ
๑ ผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี	๔,๐๐๐ บาทต่อครั้ง	จ่ายเหมารวมในค่าบริการ	หน่วยบริการจัดซื้อชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer เอง
	๓,๘๐๐ บาทต่อครั้ง	สนับสนุน ๑ ชุดต่อครั้ง	หน่วยบริการเบิกชุดตัวกรองผ่าน VMI
๒ ผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อวัณโรคและหรือติดเชื้อโควิด 19	๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง	จ่ายเหมารวมในค่าบริการ	หน่วยบริการจัดซื้อชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer เอง
	๑,๓๐๐ บาทต่อครั้ง	สนับสนุน ๑ ชุดต่อครั้ง	หน่วยบริการเบิกชุดตัวกรองผ่าน VMI
๓ ผู้ป่วยฟอกเลือดที่ไม่มีโรคติดเชื้อเอชไอวี และหรือวัณโรคและหรือโควิด 19	๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง	จ่ายเหมารวมในค่าบริการ	

หมายเหตุ:

- 1) สำนักงานจ่ายค่าบริการฟอกเลือดแบบเหมาจ่าย (บาทต่อครั้ง) ตามจำนวนครั้งของการฟอกเลือดจริง แต่ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก)
- 2) กรณีหน่วยบริการให้การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้หน่วยบริการขอทบทวนกับสำนักงานได้เป็นรายกรณีไป

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 5.2 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis; HD) (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ
เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ	<p data-bbox="363 197 1588 233">2. การสนับสนุนค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและชุดตัวกรองแบบ Single use dialyzer</p> <p data-bbox="363 276 575 312"><u>หมายเหตุ: (ต่อ)</u></p> <p data-bbox="363 312 1875 386">3) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องทำไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อครั้ง ยกเว้นการทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก หรือผู้ป่วยอาการไม่คงที่ หรือพบว่ามีภาวะจุกเงิน</p> <p data-bbox="363 386 1885 460">4) กรณีที่สำนักงานสนับสนุนชุดตัวกรองแบบ Single use dialyzer ใน 1 ชุด จะประกอบด้วย ตัวกรองแบบ Single use dialyzer 1 ชิ้น และ Blood line 1 ชิ้น และ AVF needle 2 ชิ้นต่อการฟอกเลือดหนึ่งครั้ง</p> <p data-bbox="363 460 1837 535">5) กรณีหน่วยบริการเลือกจัดซื้อชุดตัวกรองเอง ให้ดำเนินการซื้อให้ครอบคลุมผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี วัณโรค และหรือโควิด 19 ทั้งหมด</p> <p data-bbox="363 535 1862 615">6) กรณีหน่วยบริการต้องการรับการสนับสนุนชุดตัวกรองแบบ Single use dialyzer ในผู้ป่วยฟอกเลือด ที่ไม่มีโรคติดเชื้อเอชไอวี และหรือวัณโรค และหรือโควิด 19 ให้หน่วยบริการแจ้งความจำนงมาที่สำนักงาน</p> <p data-bbox="432 615 1445 656">7) สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 สำนักงานจ่ายค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องดังนี้</p> <ul data-bbox="504 656 1889 1005" style="list-style-type: none"><li data-bbox="504 656 1889 732">7.1 ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการหรืออุปกรณ์เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยจ่ายตามจริงไม่เกิน 1,000 บาทต่อครั้ง<li data-bbox="504 732 1889 1005">7.2 ค่าพาหนะรับ-ส่งต่อผู้ป่วยโควิด 19 เข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ระหว่างหน่วยบริการ หรือที่พักอาศัยของผู้ป่วยตามความจำเป็น<ul data-bbox="653 816 1889 1005" style="list-style-type: none"><li data-bbox="653 816 1889 926">▪ ค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 จ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น<li data-bbox="653 926 1889 1005">▪ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการหรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 5.2 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis; HD) (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ
เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ	<p>2. 1 ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีโรคติดเชื้อ ที่มีโอกาสแพร่เชื้อสูง จ่ายในอัตรา 1,500 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) โดยค่าบริการดังกล่าวรวมค่าอุปกรณ์ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ค่าอุปกรณ์ ได้แก่ Dialyzer, Blood line , AVF needle, Bicarbonate dialysate, Anticoagulant▪ ยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่แพทย์สั่งระหว่างทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ Glucose, Analgesic, Antihistamine และ Transquilizer drug น้ำเกลือ ยาลดความดัน▪ ค่าตรวจเลือด หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, Electrolytes, Calcium, Phosphate, Albumin, Kt/V, URR, HBsAg, HBsAb, Anti HCV, EKG, Chest X-ray และตรวจประสิทธิภาพของเส้นฟอกเลือด
การบันทึกข้อมูล	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรมข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS-CKD)

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 5.3 บริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (EPO)

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมทั้งการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (PD) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)
ขอบเขตบริการ	ค่าบริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (EPO) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct) น้อยกว่า 30% แต่ไม่เกิน 36% โดยใช้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 8 สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา
หน่วยบริการ/ศักยภาพหน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องหรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้
เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ	<p>จ่ายแบบเหมาจ่ายค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ในอัตรา 180 บาทต่อขนาด 4,000 unit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ระดับ Hct < 30% ให้ขนาด 4,000 unit จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ▪ ระดับ Hct ≥ 33% ให้ขนาด 4,000 unit จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ▪ หยุดให้ยา EPO เมื่อ Hct ≥ 36% <p>หมายเหตุ: กรณีได้รับยา EPO อย่างต่อเนื่องแล้วผู้ป่วยยังมีภาวะซีดอยู่ ให้สืบค้นสาเหตุที่แท้จริงตามแนวทางการรักษาหรือคู่มือของสมาคมโรคไต</p>
การบันทึกข้อมูล	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรมข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS-CKD)

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 5.4 บริการปลูกถ่ายไต (Kidney transplant; KT)

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ
กลุ่มเป้าหมาย	เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายใหม่ (Initial RRT) หรือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบการรักษาบำบัดทดแทนไต ซึ่งควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วม (Share Decision Making Process) ในการเลือกรูปแบบการรักษาบำบัดทดแทนไต ตามแนวทางของ SP สาขาไต และบันทึกในเอกสารหนังสือแสดงการเรียนรู้เพื่อตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติ
ขอบเขตบริการ	<ol style="list-style-type: none">1. บริการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไต2. บริการระหว่างการผ่าตัดปลูกถ่ายไตสำหรับผู้รับบริจาค3. บริการยาควบคุมภูมิภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต
หน่วยบริการ/ศักยภาพหน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไต โดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย

อัตราการจ่ายชดเชย : 1. ค่าบริการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

หลักเกณฑ์		เงื่อนไข	ราคาจ่าย (บาท)
ผู้บริจาค	มีชีวิต	เตรียมตัวก่อนผ่าตัด (ไม่เกิน 2 ครั้ง/ผู้บริจาค 1 ราย)	40,000
		ผ่าตัดนำอวัยวะออก	32,800
	สมองตาย	ค่าเตรียมและผ่าตัด	40,000:ไต 1 ข้าง
ผู้รับบริจาค	กรณีผู้บริจาคมีชีวิต	เตรียมก่อนรับการผ่าตัด	31,300
		ค่าตรวจ PRA	
		- ตรวจ screening เหม่าจ่ายต่อปีงบประมาณ	2,000
		- ตรวจ SAB class I เพื่อ confirm กรณี screening class I ผลเป็นบวก ต่อปีงบประมาณ	13,000
		- ตรวจ SAB class II เพื่อ confirm กรณี screening class II ผลเป็นบวก ต่อปีงบประมาณ	12,500
	กรณีผู้บริจาคสมองตาย	เตรียมก่อนรับการผ่าตัด ต่อครั้ง	31,300
	ค่าตรวจ PRA จ่ายตามจริงไม่เกิน	8,700	

อัตราการจัดจ่ายชดเชย : 2. ค่าบริการค่าบริการระหว่างการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

หลักเกณฑ์/เงื่อนไข	Protocol	ราคาจ่าย (บาท)
กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	Protocol-I	143,000
	Protocol-II	148,000
	Protocol-III	287,000
	Protocol –IV	292,000
กรณีมีภาวะแทรกซ้อน โดยตรงจากการผ่าตัดปลูกถ่ายไต	Protocol ACR-A (Acute cellular rejection)	23,000
	Protocol ACR-B (Refractory acute cellular rejection)	493,000
	Protocol AMR-A (Antibody mediated rejection)	340,000
	Protocol AMR-B (Refractory antibody mediated rejection)	426,000
	Protocol DGF-A (Delayed graft function)	56,000
	Protocol DGF-B (Delayed graft function with acute cellular rejection)	40,000
	Protocol DGF-C (Delayed graft function with antibody mediated rejection)	35,000

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 5.4 บริการปลูกถ่ายไต (Kidney transplant; KT) (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ								
เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ	<p>3. บริการยากดภูมิภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ค่ายากดภูมิภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ครอบคลุมการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน โดยค่าบริการแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต ดังนี้ <table border="0" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">3.1 หลังผ่าตัด 1-6 เดือน</td> <td>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 30,000 บาทต่อเดือน</td> </tr> <tr> <td>3.2 หลังผ่าตัด 7-12 เดือน</td> <td>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 25,000 บาทต่อเดือน</td> </tr> <tr> <td>3.3 หลังผ่าตัด 13-24 เดือน</td> <td>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 20,000 บาทต่อเดือน</td> </tr> <tr> <td>3.4 หลังผ่าตัด 25 เดือน ขึ้นไป</td> <td>จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 15,000 บาทต่อเดือน</td> </tr> </table> ▪ กรณีมีภาวะสลัดไต และมีการลงทะเบียนล้างไตผ่านทางช่องท้องหรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้ว หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายไม่เกิน 6 เดือน ▪ กรณีที่มีโรคแทรกซ้อน หรือโรคเดิม ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเรียกเก็บขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย ▪ กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด ในช่วงเวลาประมาณ 21 วัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด 	3.1 หลังผ่าตัด 1-6 เดือน	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 30,000 บาทต่อเดือน	3.2 หลังผ่าตัด 7-12 เดือน	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 25,000 บาทต่อเดือน	3.3 หลังผ่าตัด 13-24 เดือน	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 20,000 บาทต่อเดือน	3.4 หลังผ่าตัด 25 เดือน ขึ้นไป	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 15,000 บาทต่อเดือน
3.1 หลังผ่าตัด 1-6 เดือน	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 30,000 บาทต่อเดือน								
3.2 หลังผ่าตัด 7-12 เดือน	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 25,000 บาทต่อเดือน								
3.3 หลังผ่าตัด 13-24 เดือน	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 20,000 บาทต่อเดือน								
3.4 หลังผ่าตัด 25 เดือน ขึ้นไป	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 15,000 บาทต่อเดือน								
การบันทึกข้อมูล	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรมข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS-CKD)								

6. บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤติ (Acute Kidney Injury; AKI)



ประกาศไตวายเฉียบพลัน
ในระยะวิกฤติ

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 6. บริการภาวะไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤติ (AKI) ที่ต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT)

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ
กลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤติ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามคำแนะนำของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none">1. ภาวะสมองบวมหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองบวม เช่น ภาวะไตวายเฉียบพลัน เส้นเลือดในสมองอุดตันเฉียบพลัน สมองขาดออกซิเจน เนื่องจากหัวใจหยุดเต้น2. ความผิดปกติทางเมตาบอลิกที่ยังเกิดต่อเนื่อง ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการฟอกเลือดชนิดชั่วคราว ได้แก่ ภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรง ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง3. ปริมาณสารน้ำในร่างกายเกิน ที่ไม่สามารถขจัดออกด้วยการใช้ยาหรือวิธีการฟอกเลือดชนิดชั่วคราว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักส่วนเกินมากกว่าร้อยละ ๑๐ ของน้ำหนักเดิม4. มีความจำเป็นที่จะต้องควบคุมปริมาณน้ำและสมดุลกรดต่าง รวมถึงเกลือแร่ในเลือดอย่างต่อเนื่อง5. ผู้ที่ยังมีความดันโลหิตต่ำ แม้จะได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตในขนาดสูงและจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต
ขอบเขตบริการ	ให้บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤติ
หน่วยบริการ/ศักยภาพหน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤติได้

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย : 6. บริการภาวะไตวายเฉียบพลันในระยะวิกฤติ (AKI) ที่ต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) (ต่อ)

รายการ	ขอบเขตบริการ/เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ
เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการ	<ul style="list-style-type: none">▪ ประเภทบริการผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ด้วยอัตราจ่าย ดังนี้<ol style="list-style-type: none">1. ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำภายในเขตพื้นที่เดียวกันกับหน่วยบริการที่รักษา จ่ายด้วยอัตราจ่ายในเขตพื้นที่2. ค่าบริการกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีหน่วยบริการประจำนอกเขตพื้นที่หน่วยบริการทุกสังกัดที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) โดยไม่ปรับลดค่าแรง▪ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ดังนี้<ol style="list-style-type: none">1. ค่าบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 15,000 บาทในวันแรก2. ค่าบริการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องในวันต่อไป จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 10,000 บาทต่อวัน
การบันทึกข้อมูล	บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim

ติดต่อเรา



Call Center : 1330 กด 5 กด 3

Provider Center : 02 554 0505

เว็บไซต์(<http://eclaim.nhso.go.th>)

