



ร่างประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยง
ด้านการเงินของหน่วยบริการ (ฉบับที่ ..)

พ.ศ.

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๔ และข้อ ๓๔.๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ (ฉบับที่ ..) พ.ศ.”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในหมวด ๓ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“หมวด ๓

บริการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๗ การให้บริการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะต้องเป็นการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

(๒) บริการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ

(๓) บริการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้าย

(๔) บริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

ข้อ ๒๘ การให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจตามข้อ ๒๗ (๑) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการกรณีหัวใจวายอย่างรุนแรงและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นซึ่งมีสุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด และได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ภายใต้หลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(ก) การจัดสรรอวัยวะและคุณสมบัติของผู้รับบริการ ให้เป็นไปตามประกาศศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

(ข) การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

ข้อ ๒๙ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจตามข้อ ๒๘ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

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

(ก) ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
๑) สำหรับผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะ (Recipient)	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ตรวจเนื้อเยื่อ HLA - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่รวมการตรวจ Cardiac Catheterization	๔๐,๐๐๐
๒) สำหรับผู้บริจาคสมองตาย ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor) (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยโดยผ่านหน่วยบริการที่ผ่าตัด)	- บริการดูแล Donor - ผ่าตัด - น้ำยาถนอมอวัยวะ - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	๔๐,๐๐๐

(ข) ค่าใช้จ่ายระหว่างการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
๑) สำหรับผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายแบบเหมาจ่ายตาม Protocol อย่างหนึ่งอย่างใด ต่อไปนี้		๖๐๐,๐๐๐
Protocol-HTX-I - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Cyclosporine + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่าง รับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	
Protocol-HTX-II - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่าง รับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	
Protocol-HTX-III - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Anti-thymocyte globulin + Cyclosporine + mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Anti-thymocyte globulin - ยา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษา - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
Protocol-HTX-IV - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Anti-thymocyte globulin+ Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Anti-thymocyte globulin - ยา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่าง รับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	
Protocol- HTX-V - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab + Cyclosporine + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Basiliximab - ยา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่าง รับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	
Protocol- HTX-VI - ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab + Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด - ยา Basiliximab - ยา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ในระหว่าง รับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
๒) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน (Rejection)		
Protocol-ACR - ภาวะ Acute Cellular Rejection	- ทำ Echocardiography - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - ยา Methylprednisolone - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๐,๐๐๐
Protocol-AMR - ภาวะ Antibody Mediated Rejection	- ทำ Echocardiography - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - ยา Methylprednisolone - ยา Intravenous Immunoglobulin - Plasmapheresis และตัวกรอง Plasma - สาย Double lumen catheter	๓๒๐,๐๐๐

(ค) ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

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

(๒) ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลภาวะติดเชื้อ Cytomegalovirus (CMV) ทั้งกรณีระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด จ่ายในอัตรา ดังต่อไปนี้

- (ก) CMV Prophylaxis จ่ายในอัตราไม่เกิน ๑๘๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง
- (ข) CMV disease จ่ายในอัตราไม่เกิน ๑๘๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง
- (ค) CMV Viremia จ่ายในอัตราไม่เกิน ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

(๓) ค่าใช้จ่ายการตรวจประเมิน Cardiac Catheterization ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และกรณี ที่ให้บริการแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ Rejection จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

(๔) ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับอุปกรณ์ในการตรวจประเมิน Cardiac Catheterization จ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

(๕) ค่ายากดภูมิคุ้มกัน ให้เป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น และการตรวจระดับยาคดภูมิคุ้มกัน หลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ซึ่งจะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล โดยเป็นไปตามเงื่อนไขการรับยาและอัตราจ่ายต่อเดือน ดังต่อไปนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราจ่ายต่อเดือน (บาท)
หลังผ่าตัด ๑-๖ เดือน	๓๐,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๗-๑๒ เดือน	๒๕,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๑๓-๒๔ เดือน	๑๘,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๒๔ เดือนขึ้นไป	๑๓,๐๐๐

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

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาค อวัยวะสภากาชาดไทย

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการอายุไม่เกิน ๑๘ ปีบริบูรณ์ในวันที่รับการผ่าตัด ซึ่งมีสุขภาพ แข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด และได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ภายใต้หลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(ก) การจัดสรรอวัยวะและคุณสมบัติของผู้รับบริการ ให้เป็นไปตามประกาศศูนย์รับบริจาค อวัยวะสภากาชาดไทยเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

(ข) การใช้ยาคดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษา ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

ข้อ ๓๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ ตามข้อ ๓๐ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายกรณีการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ตามแผนการรักษา (Protocol) ทั้งนี้ หากเสียชีวิตระหว่างการรักษากรณีเสียชีวิตในระหว่างเตรียมตัวก่อนผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดตามอัตราที่กำหนดในแผนการรักษา สำหรับกรณีเสียชีวิตในระหว่างการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดจะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาเหมาจ่าย ที่กำหนดในแผนการรักษา ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
๑) สำหรับผู้รับบริการที่รับบริจาค อวัยวะ (Recipient)	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ตรวจเนื้อเยื่อ HLA - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่รวมการตรวจ Cardiac Catheterization	๔๐,๐๐๐

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
๒) สำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor)	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ตรวจเนื้อเยื่อ HLA - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง จ่ายไม่เกิน ๒ ครั้งต่อผู้รับบริจาค ๑ ราย	๔๕,๐๐๐
๓) สำหรับผู้บริจาคสมอตาย (Deceased donor) (ศูนย์รับบริจาค อวัยวะสภากาชาดไทยโดยผ่านหน่วย บริการที่ผ่าตัด)	- บริการดูแล Donor - ผ่าตัด - น้ำยาถนอมอวัยวะ - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	๔๐,๐๐๐

(ข) ค่าใช้จ่ายระหว่างการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
๑) สำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิตเมื่อเข้ารับ การผ่าตัด	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๑๐๐,๐๐๐
๒) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายแบบเหมาจ่าย ตาม Protocol อย่างหนึ่งอย่างใด ต่อไปนี้		๖๖๐,๐๐๐
Protocol-OLT-I - ใช้ยากลุ่ม Cyclosporine + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Cyclosporine ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	

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

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย (บาท)
๓) สำหรับผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะ เมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีมีภาวะ rejection		
Protocol-ACR - ภาวะ Acute Cellular Rejection	- ทำ Ultrasound - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - ยา Methylprednisolone - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๐,๐๐๐

(ค) ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

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

(๒) ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลภาวะติดเชื้อ Cytomegalovirus (CMV) ทั้งกรณีระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด จ่ายในอัตรา ดังต่อไปนี้

- (ก) CMV Prophylaxis จ่ายในอัตราไม่เกิน ๑๘๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง
- (ข) CMV disease จ่ายในอัตราไม่เกิน ๑๘๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง
- (ค) CMV Viremia จ่ายในอัตราไม่เกิน ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

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

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

เงื่อนไขการรับยา	อัตราจ่ายต่อเดือน (บาท)
หลังปลูกถ่ายตับ ๑-๖ เดือน	๓๐,๐๐๐
หลังปลูกถ่ายตับ ๗-๑๒ เดือน	๒๕,๐๐๐
หลังปลูกถ่ายตับ ๑๓-๒๔ เดือน	๑๘,๐๐๐
หลังปลูกถ่ายตับ ๒๔ เดือนขึ้นไป	๑๓,๐๐๐

ข้อ ๓๒ การให้บริการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะสุดท้ายตามข้อ ๒๗ (๓) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่ผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาค อวัยวะสภากาชาดไทย

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

(ก) ข้อบ่งชี้และคุณสมบัติของผู้รับการปลูกถ่ายตับ มีดังต่อไปนี้

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

๒) ไม่มีการติดเชื้อที่ควบคุมไม่ได้ ยกเว้นการติดเชื้อในตับและทางเดินน้ำดี

๓) ไม่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์

๔) ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด

๕) ไม่มีความผิดปกติทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาด้วยการปลูกถ่ายตับในระยะยาว

๖) ไม่เป็นโรคเมรั้งหรือเป็นเมรั้งที่รักษาหายขาดนานกว่า ๓ ปีขึ้นไป (ยกเว้นเมรั้งตับ)

๗) ไม่มีโรคร่วม (ยกเว้นโรคตับ) ที่มีความรุนแรงหรือเป็นระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถ รักษาให้ดีขึ้น

(ข) การจัดสรรอวัยวะและคุณสมบัติของผู้รับบริการ เป็นไปตามประกาศศูนย์รับบริจาค อวัยวะสภากาชาดไทยเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

(ค) การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษา เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคม ปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

ข้อ ๓๓ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลาง และระยะสุดท้ายตามข้อ ๓๒ ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายกรณีการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ตามแผนการรักษา (Protocol) ทั้งนี้ หากเสียชีวิตระหว่างการรักษากรณีเสียชีวิตในระหว่างเตรียมตัวก่อนผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดตามอัตราที่กำหนดในแผนการรักษา สำหรับกรณีเสียชีวิตระหว่างการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดจะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาเหมาจ่าย ที่กำหนดในแผนการรักษา ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าใช้จ่ายก่อนการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาทต่อราย)
๑) การประเมินผู้รับบริการที่รับ บริจาคอวัยวะ (Recipient evaluation)	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ไม่รวมการตรวจ cardiac catheterization	๖๐,๐๐๐

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาทต่อราย)
๒) การประเมินผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor evaluation)	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง - จ่ายไม่เกิน ๒ ครั้งต่อผู้รับบริจาค ๑ ราย	๔๕,๐๐๐
๓) การผ่าตัดผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor operation) (หน่วยบริการเบิกจ่ายให้แก่ สภากาชาดไทย)	- บริการดูแล Donor - ผ่าตัด - น้ำยาถอนอวัยวะ - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค	๔๐,๐๐๐

(ข) ค่าใช้จ่ายระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด

แผนการรักษา (Protocol)	รายการบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท/ราย)
๑) สำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต	ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ทั้งกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือกรณีที่มี ภาวะแทรกซ้อน rejection	๒๐๐,๐๐๐
๒) ผู้รับบริการที่รับบริจาคอวัยวะ	ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ทั้งกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือกรณีที่มี ภาวะแทรกซ้อน rejection	๖๖๐,๐๐๐

กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

Protocol-OLT-I - ใช้ยากลุ่ม cyclosporine + mycophenolate - ไม่รวม complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
Protocol- OLT-II - ใช้ยากลุ่ม tacrolimus + mycophenolate - ไม่รวม complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

Protocol- OLT-III - ใช้ยากลุ่ม Basiliximab + cyclosporine + mycophenolate - ไม่รวม complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา Basiliximab - ยา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
Protocol-OLT-IV - ใช้ยากลุ่ม Basiliximab + Tacrolimus + Mycophenolate - ไม่รวม Complication ต่าง ๆ	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจเอกซเรย์ - ผ่าตัด - บริการห้องและอาหาร - ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด - ยา Basiliximab - ยา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล - ตรวจวัดระดับยา Tacrolimus ระหว่างรับการรักษา - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
กรณีมีภาวะแทรกซ้อน rejection	
Protocol-ACR - ภาวะ Acute Cellular Rejection	- ทำ Ultrasound - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - ยา Methylprednisolone - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
Protocol-AMR - ภาวะ Antibody Mediated Rejection	- ทำ Ultrasound - อุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อ - ยา Methylprednisolone - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัด และรวมอยู่ในรายการเหมาจ่าย	

(๒) ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลภาวะติดเชื้อ Cytomegalovirus (CMV) ทั้งกรณีระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด จ่ายในอัตรา ดังต่อไปนี้

(ก) CMV Prophylaxis จ่ายในอัตราไม่เกิน ๑๘๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

(ข) CMV disease จ่ายในอัตราไม่เกิน ๑๘๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

(ค) CMV Viremia จ่ายในอัตราไม่เกิน ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

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

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

เงื่อนไขการรับยา	อัตราจ่ายต่อเดือน (บาท)
หลังปลูกถ่ายตับ ๑-๖ เดือน	๓๐,๐๐๐
หลังปลูกถ่ายตับ ๗-๑๒ เดือน	๒๕,๐๐๐
หลังปลูกถ่ายตับ ๑๓-๒๔ เดือน	๑๘,๐๐๐
หลังปลูกถ่ายตับ ๒๔ เดือนขึ้นไป	๑๓,๐๐๐

ข้อ ๓๔ การให้บริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตตามข้อ ๒๗ (๔) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่าย เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวหรือมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และโรคอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต และได้รับการพิจารณารับรองจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตสำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ โดยมีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขบริการสำหรับผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่กำหนด ดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
มีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๑. Acute myeloid leukemia in remission ๒. Acute lymphoblastic leukemia (ALL) ในระยะ (๑) First Complete remission (CR): Philadelphia chromosome, T cell ที่มีเม็ดเลือดขาวแรกเริ่มมากกว่า 100,000/ไมโครลิตร, Hypodiploidy chromosome, Induction failure, Infant ALL with age less than 6 months or initial white count more than 300,000/cumm to Intermediate and High Risk Infant ALL (๒) Second Complete remission	มีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ๑. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute leukemia) ในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission) ๒. มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเรื้อรัง (Chronic myeloid leukemia: CML) (๑) ระยะ Chronic phase ที่ไม่สามารถเข้าถึงยา หรือไม่ตอบสนองต่อยา tyrosine kinase inhibitor หรือ (๒) ระยะ Accelerated phase หรือ Blast crisis ที่เข้าสู่ระยะ Chronic phase หรือได้ Complete remission

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
๓. Lymphoma (๑) First Complete remission (CR) Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL) ชนิด high risk ที่เป็น Stage 3 หรือ 4 NHL Burkitt lymphoma, Stage 3 หรือ 4 DLBCL, Stage 3 หรือ 4 T cell ALCL (ALK -), Advanced stage PTCL (NOS) (๒) Hodgkin's disease (HD) ชนิด high risk; bulky disease และ stage 4 (๓) Relapse / Refractory ทั้ง NHL และ HD ที่เป็น chemosensitive disease (๔) Relapsed or Refractory or familial histiocytosis ๔. Chronic myeloid leukemia ในทุกระยะ ๕. Myelodysplastic syndrome ไชกระดูกผิดปกติ ระยะก่อนเป็นมะเร็ง ๖. Non malignant diseases (๑) Inborn error of metabolisms ได้แก่ (ก) Lysosomal storage diseases ได้แก่ - Gaucher disease - Mucopolysaccharidosis ได้แก่ Type I (Hurler), Type II (Hunter), Type VII (Sly) - Niemann-Pick disease - Krabbe's leukodystrophy (ข) X-linked adrenoleukodystrophy (ค) Osteopetrosis (๒) Primary immune deficiencies ได้แก่ Severe combined immunodeficiency (SCID), Hyper IgM syndrome, Wiskott-Aldrich syndrome, Chronic granulomatous disease (๓) Severe aplastic anemia ๗. Thalassemia อายุไม่เกิน 10 ปี ซึ่งมีอาการต่อไปนี้ (๑) มีอาการแสดงของโรคตั้งแต่อายุต่ำกว่า ๒ ปี เช่น ซีด ตับ ม้ามโต หน้าตาเปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโตช้า (๒) ได้เลือดครั้งแรกตั้งแต่อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๔ ปี (๓) จำเป็นต้องได้รับเลือดสม่ำเสมอทุก ๑-๒ เดือนต่อครั้ง	๓. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) (๑) ในรายที่กลับเป็นอีก (relapse) หรือไม่ตอบสนอง (Refractory) ต่อการให้ยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานขั้นต้น (First line chemotherapy) ** (๒) ในรายที่มีความเสี่ยงสูง (ผู้ป่วย B-cell aggressive lymphoma ที่ High risk, High-intermediate risk international prognostic index (IPI), T-cell lymphoma หรือ mantle cell lymphoma) ** ** หมายถึง : ข้อ (๑) และ (๒) ควรทำในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission) หรือระยะที่โรคเข้าสู่ระยะสงบ (Partial remission) ๔. มะเร็ง Multiple myeloma ๕. ไชกระดูกผิดปกติชนิด Myelodysplastic syndrome ในระยะที่มีบลาสเซลล์มาก หรือ Chronic myelomonocytic leukemia ๖. ไชกระดูกผิดปกติชนิดเป็นพังผืด (Myelofibrosis) ๗. ไชกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (Severe aplastic anemia) หรือไชกระดูกฝ่อชนิดที่เป็นร่วมกับภาวะ Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (Hypoplastic PNH)

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
(๔) กรณีผู้ป่วยมี HBsAg Positive หรือ anti-HCV positive ต้องได้รับการรักษาจน viral load negative (๕) กรณีผู้ป่วยมีค่า serum ferritin มากกว่าหรือเท่ากับ 3,000 ng/ml ควรได้รับการประเมินภาวะธาตุเหล็กเกินโดย MRI และมีค่า liver iron concentration < 15 mgFe/gm dry weight รวมทั้ง cardiac T2* อยู่ในเกณฑ์ปกติ	

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

(๑) กรณี Autologous

(ก) กลุ่มโรค Multiple myeloma จ่ายในอัตรา ๕๐๐,๐๐๐ บาทต่อราย

(ข) กลุ่มโรคอื่น ๆ จ่ายในอัตรา ๗๕๐,๐๐๐ บาทต่อราย

(๒) กรณี Allogeneic related และ Allogeneic unrelated จ่ายในอัตรา ๑,๕๐๐,๐๐๐ บาทต่อราย

ค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่งประกอบไปด้วยค่า HLA matching ค่าทำการปลูกถ่ายไขกระดูก ค่ายากดภูมิคุ้มกัน เคมีบำบัด รังสีรักษา ค่ายารักษาโรคติดเชื้อ หรืออาการแทรกซ้อน ในระหว่างการดูแลผู้ป่วย รวมถึงค่าติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา ๑ ปี นับตั้งแต่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยบริการ

ข้อ ๓๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตตามข้อ ๓๕ ให้เป็นไปตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

(๑) งวดที่ ๑ จ่ายร้อยละ ๘๐ ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการแต่ละกรณี โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) ผู้ป่วยต้องได้รับการพิจารณารับรองจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการ การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตสำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่

(ข) รายงานผลการดำเนินงานครั้งแรกในโปรแกรมการลงทะเบียนผู้ป่วย ตามขั้นตอน การดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

(๒) งวดที่ ๒ จ่ายร้อยละ ๒๐ ของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการแต่ละกรณี โดยมีเงื่อนไขในการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) หน่วยบริการทำการรักษาผู้ป่วยจนครบตามแผนการรักษา

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

ข้อ ๓๗ การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตตามข้อ ๓๔ หน่วยบริการต้องดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(๑) ให้การรักษาผู้ป่วยภายในระยะเวลา ๓ เดือน นับแต่ผู้ป่วยได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

(๒) กรณีผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษาก่อนภายในระยะเวลา ๓ เดือน ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเพื่อเข้ารับการพิจารณาจากคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตสำหรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่อีกครั้งหนึ่ง

(๓) กรณีผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาได้ไม่ว่ากรณีใดก็ตาม ให้หน่วยบริการแจ้งให้สำนักงานทราบภายในระยะเวลา ๓๐ วัน หลังจากทราบเหตุดังกล่าวเพื่อทำการยกเลิกการเข้าร่วมบริการ

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

(๕) หน่วยบริการต้องติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาเป็นระยะเวลา ๑ ปี หลังจากมีการจำหน่ายผู้ป่วยออก และบันทึกข้อมูลรายงานผลการติดตามผู้ป่วยให้สำนักงานทราบ

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

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

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

ข้อ ๔๐ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๘ และข้อ ๓๙ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๑ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการ เพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔๒ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ ตามรอบที่สำนักงานกำหนด ดังนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ ก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการ สามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔๓ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๔๒ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่าย ค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข

ข้อ ๔๔ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๔๓ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบ สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณา จ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๔๕ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุข ตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมต่าง ๆ ที่มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ และหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยที่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะตามที่สำนักงานกำหนด

(๒) ตรวจพบรายงานผลการดำเนินงานครั้งแรกในโปรแกรมการลงทะเบียนผู้ป่วย ตามขั้นตอน การดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

(๓) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการบันทึกข้อมูลเริ่มการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต และรายงานผลการติดตามหลังให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ๓๐ วัน ทั้งนี้ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างได้รับการรักษา ให้ส่งข้อมูลรายงานผลการรักษาภายใน ๓๐ วัน ให้สำนักงานทราบ

(๔) ตรวจพบเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีบริการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ หรือการรักษาที่เกี่ยวข้อง กับการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ

(๕) ตรวจพบแบบบันทึกการผ่าตัดในการผ่าตัดปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะ

(๖) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามแผนการรักษาที่มีรายละเอียดของการให้บริการตามที่กำหนดในแต่ละแผนการรักษาที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๗) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการให้บริการดูแลภาวะติดเชื้อ CMV ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๘) ตรวจพบเอกสารหลักฐานการติดตามการรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด และหลักฐานการส่งจ่ายยากดภูมิคุ้มกันตามจำนวนเดือนที่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๙) ตรวจพบเอกสารหลักฐานตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนกรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

(๑๐) ตรวจพบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการสรุปและให้รหัสโรคและหัตถการกรณีที่ผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs)

ข้อ ๔๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก

(๓) ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามรายการในข้อ ๔๕

ข้อ ๔๗ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวดนี้ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข”

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ