การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ภญ.อมรรัตน์ วิจิตรลีลา
กองวิชาการแพทย์
กรมการแพทย์

12 กันยายน 2563

ระบบสวัสดิการด้านสุขภาพในประเทศไทย

- สิทธิข้าราชการ
- สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- สิทธิประกันสังคม
- สิทธิข้าราชการส่วนท้องถิ่น
- สิทธิรัฐวิสาหกิจ
- สิทธิองค์กรอิสระ

สปสช.
คู่มือบริหาร
กองทุนหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ
2563

สปสช.
คู่มือ
แนวทางปฏิบัติ
ในการขอรับค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข

คู่มือเบิกจ่าย
สดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

กรมบัญชีกลาง
คู่มือ
"สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ"

งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ

ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป 1,251.68 บาทต่อผู้มีสิทธิ

จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (1,242.68 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

1) จ่ายให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้มีสิทธิ โดยสังกัด สป.สธ.ใช้ผู้มีสิทธิ ณ 1 เม.ย. 62 เป็นตัวแทนการจ่าย สังกัดอื่นๆ เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิรายเดือน (Point)
2) วงเงินรวมขอบเขตบริการที่เพิ่มเติม
3) หลักเกณฑ์การจ่าย จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว ด้วยอัตราจ่ายระดับจังหวัด โดยอัตราจ่ายคำนวณจาก
   3.1) 0.92 บาทต่อผู้มีสิทธิ ปรับตามผู้มีสิทธิอายุ 50-70 ปี เพื่อบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่
   3.2) 1,241.76 บาทต่อผู้มีสิทธิ
      - 80% ปรับด้วยโครงสร้างอายุระดับจังหวัด และให้อัตราต่างกันไม่เกิน ค่าเฉลี่ย ±10%
      - 20% คำนวณด้วยอัตราเท่ากันทุกกลุ่มอายุ

จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (9 บาทต่อผู้มีสิทธิ)

- จัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขตตามจำนวนผู้มีสิทธิ
- หลักเกณฑ์การจ่าย รวมบริหารในรายการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

สปสช

จ่ายอัตราไม่เกิน 700 บาท/visit , UHosNet ตามตกลง ไม่เกิน 1,600 บาท/visit

งบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ

ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป 1,371.07 บาทต่อผู้มีสิทธิ

100 ลบ. บริหารจัดการระดับประเทศ

แนวทางการจ่าย:

1. จ่ายเพิ่มเติม สำหรับบริการในเขตที่อัตราจ่ายระดับเขตไม่ถึง 8,250 บาทต่อ adjRW ตามเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน กำหนด
2. ถ้าเงินเหลือ จ่ายให้หน่วยบริการ

ส่วนที่เหลือ Global budget ระดับเขต

แนวทางการจ่าย: คงใช้ DRG v5

1. การเข้ารับบริการตามมาตร 7 (รวม UCEP) สำรองเตียง การใช้บริการนอกเขต และกรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย และสลายนิ่ว ตามราคาที่กำหนด
2. การใช้บริการในเขต (รวมเด็กแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 1,500 กรัม, ODS และ MIS รวมกรณีที่เขตจะกำหนดอัตราเฉพาะเขต)
   - จ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,250 บาทต่อ adjRW เท่ากันทุกเขต
   - สิ้นปี หากมีเงินเหลือ แต่ละเขตจ่ายเพิ่มเติมตามผลงานของแต่ละหน่วยบริการ
   - ถ้าอัตราต่ำกว่า 8,250 บาทต่อ adjRW ให้ใช้เงินระดับประเทศจ่ายให้ได้ที่อัตรา 8,250 บาทต่อ adjRW หากไม่เพียงพอให้จ่ายเพิ่มเติมเท่าจำนวนเงินที่มี

กรณีใช้บริการนอกเขต จ่ายอัตรา 9,600 บาทต่อ adj. RW

บริการกรณีเฉพาะ

1. กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

1.1 OP-AE ข้ามจังหวัด
1.2 OP กรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น
1.3 OP refer ข้ามจังหวัด
1.4 ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ
1.5 กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ/ผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจาก กองทุนประกันสังคม กรณีผู้ป่วยในที่ผู้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนลงทะเบียนสิทธิ/สำรองเตียง

2. กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ

2.1 ยาละลายลิ่มเลือด (STEMI, Stroke)
2.2 บริการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Chemo/Radio-OP&IP)
2.3 บริการรักษาผ่าตัดต้อกระจกพร้อมเลนส์ (Cataract)
2.4 ทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่

3. กรณีลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ

3.1 Instrument-OP&IP
3.2 Hyperbaric oxygen therapy
3.3 Corneal transplantation
3.4 Liver transplant ในเด็ก, Heart transplant, Hematopoietic stem cell transplant

4. กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด

4.1 Methadone Maintenance Treatment: MMT
4.2 ยาที่จำเป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง (ยา จ(2), ยา CL, และยากำพร้า)

5. กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

5.1 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia)
5.2 การดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis)
5.3 การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

สปสช

ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สรุปเงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาโรคมะเร็ง

ประเภท	ชนิดมะเร็ง	การรักษา	การจ่ายชดเชย
ผู้ป่วยนอก (OP)	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่ายค่ายาเคมีบำบัดตามจริงไม่เกินราคาที่ประกาศ + ค่าผสมยา 160 บาท/วัน และรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่ายค่ายาทุกรายการตามจริง + ค่าผสมยา 160 บาท/วัน รวมแล้วไม่เกินเพดานราคา 2,300 บาท/ครั้ง และรังสีรักษาตามจริงไม่เกินราคาเพดานที่กำหนด
	มะเร็งทั่วไป		จ่ายค่ายาและรังสีรักษาตามจริง รวมแล้วไม่เกินเพดาน 4,000 บาท/ครั้ง
ผู้ป่วยใน (IP)	20 Protocol	รักษาตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่าย Deduct DRGs (CCUF) และจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัดตามจริงไม่เกินเพดานราคาที่ประกาศ กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs
		รักษาไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด	จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs
	มะเร็งทั่วไป		จ่าย DRGs ปกติ ไม่มีจ่ายเพิ่มเติม (Add on) ค่ายาเคมีบำบัด กรณีรังสีรักษารวมอยู่ใน DRGs

รายการยาบัญชี จ(2)

จำนวน 24 รายการ

1. Botulinum toxin type A inj. 100 & 500 iu.
2. Leuprorelin inj. 3.75 mg
3. Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) inj. 2.5 gm & 5.0 g
4. Docetaxel inj. 20 mg & 80 mg
5. Letrozole tab 2.5 mg
6. Liposomal amphotericin B inj. 50 mg
7. Bevacizumab inj.
8. Voriconazole (tab, inj.)
9. Thyrotropin alfa inj.
10. Peginterferon inj. Alpha 2a & Alpha 2b
11. Ribavirin tab
12. Antithymocyte immunoglobulin, rabbit inj.
13. Linezolid tab
14. Imiglucerase inj.
15. Trastuzumab inj.
16. Nilotinib
17. Imatinib mesilate tab.
18. Dasatinib
19. Factor VIII
20. Factor IX
21. Micafungin Sodium Sterile pwdr inj.
22. Rituximab inj.
23. Sofosbuvir 400 mg tab
24. Sofosbuvir 400 mg + Ledipasvir 90 mg tab (สูตรผสมในเม็ดเดียว)

สปสช

การบริหารค่าใช้จ่ายบริการผู้ติดเชื้อHIVและผู้ป่วยเอดส์

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

ค่าบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

1. บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มเป้าหมาย/ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1) การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยาลดไขมัน	สนับสนุนในรูปแบบของยาจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
2) การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ	จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ
3) การให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวี (HIV) โดยสมัครใจ 3.1) ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) 3.2) บริการให้คำปรึกษา 3.3) ถุงยางอนามัย	 จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ สนับสนุนในรูปแบบของยาจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
4) สนับสนุนค่าบริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 4.1) บริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 4.2) ถุงยางอนามัย	 จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานการให้บริการ สนับสนุนในรูปแบบของถุงยางจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
5) ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี (Hep C)	หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่ สปสช. กำหนด

2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

1) บริการตามชุดบริการ: จ่ายเหมาจ่ายค่าบริการ ตามกลุ่มเป้าหมายและชุดบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่ สปสช. กำหนด และตามคำสั่ง คสช. ที่ 37/2559
2) บริการโดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวมร่วมกับหน่วยบริการ การจ่ายค่าใช้จ่ายให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด และตามคำสั่ง คสช. ที่ 37/2559
3) นำร่องบริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ก่อนการสัมผัสเชื้อ Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP)

3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Quality Improvement: QI)	จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ หลักเกณฑ์ เงื่อนไข เป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด

สปสช

การบริหารค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

กรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

CAPD

CAPD

1. น้ำยาล้างไต, สาย TK, ยาเพิ่มระดับเม็ดเลือดแดง (EPO) (จ่ายเป็นยา, สาย TK)
2. ค่าบริการยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก CAPD (เหมาจ่ายอัตรา 2,500 บาท/ราย/เดือน)
3. ค่าฟอกเลือดชั่วคราว (Temp HD)

ดำเนินการการให้บริการ APD หากไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายเรื่องเครื่องที่จะทำให้ราคาค่าบริการเพิ่มขึ้น

HD & HD selfPay

HD

1. ค่าบริการฟอกเลือด
2. ค่าเตรียมเส้นสำหรับฟอกเลือด, ซ่อมเส้น, ทำเส้นใหม่ตามความจำเป็น
3. ยาเพิ่มระดับเม็ดเลือดแดง (EPO) (จ่ายเป็นยา)

HD selfPay

ยาเพิ่มระดับเม็ดเลือดแดง (EPO) (จ่ายเป็นยา)

KT & KTI

KT

1. ค่าบริการผ่าตัด (เหมาจ่ายตาม Protocol)
2. ค่าผ่าตัดนำอวัยวะออกจากผู้บริจาคสมองตาย, ผู้บริจาคมีชีวิต
3. ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัด

KTI

ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัด

สปสช

การเบิกจ่ายค่ายาของสิทธิข้าราชการ

1. การเบิกจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยนอก

2. การเบิกจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยใน

ใช้ค่าคำนวณจาก based rate และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของแต่ละกลุ่มโรค (DRGs)

3. การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ให้เบิกในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ โดยมีใบรับรองประกอบ

4. การขอเบิกค่ายากลับบ้าน

แยกต่างหากจาก DRGs ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 เป็นต้นไป

5. การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ระบบ OCPA (Oncology Prior Authorization) program โครงการเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวนทั้งสิ้น 21 รายการ และ 35 เงื่อนไขข้อบ่งชี้

การเบิกจ่ายค่ายาของสิทธิข้าราชการ

6. การเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรครูมาติก และโรคสะเก็ดเงิน ที่มีค่าใช้จ่ายสูง

Rheumatic Disease Prior Authorization: RDPA และ

Dermatology Disease Prior Authorization:DDPA

ตามรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

7. การเบิกจ่ายค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2)

8. การเบิกจ่ายค่ายาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2556 สามารถเบิกค่ายาแยกต่างหากจาก DRGs ได้

โครงการเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยโรคมะเร็ง

- หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 33 ลงวันที่ 19 มกราคม 2561
- หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 34 ลงวันที่ 19 มกราคม 2561
- หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 156 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2561
- หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 424 ลงวันที 20 กันยายน 2561
- หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 448 ลงวันที 2 ตุลาคม 2561
- หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 84 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562
- หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 85 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562
- หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 108 ลงวันที่ 6 มีนาคม 2562
- หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 122 ลงวันที่ 13 มีนาคม 2562
- หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 339 ลงวันที่ 12 กรกฎาคม 2562
- หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 340 ลงวันที่ 12 กรกฎาคม 2562
- หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 531 ลงวันที่ 12 พฤศจิกายน 2562
- หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 532 ลงวันที่ 12 พฤศจิกายน 2562
- หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 278 ลงวันที่ 19 มิถุนายน 2563
- หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 279 ลงวันที่ 19 มิถุนายน 2563

รายการยารักษาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา

ชื่อสามัญทางยา	ข้อบ่งใช้	ชื่อสามัญทางยา	ข้อบ่งใช้	ชื่อสามัญทางยา	ข้อบ่งใช้
Nilotinib	CML	Trastuzumab	BC Ovarian Ca	Lenalidomide	MDS :5q syndrome, MM
Dasatinib	CML, ALL	Rituximab	CLL/SLL, DLBCL, FCL, MCL, MZL	Osimertinib	NSCLC T790M
Bortezomib	MM	Abitaterone/ Enzalutamide	Prostate Ca	Sorafenib	Hepato Ca, Metas.Thyroid Ca
Sunitinib	GIST	Azacitidine	MDS, AML ≥ 65 Yr	Atezolizumab	NSCLC
Imatinib	CML, ALL, GIST	Ceritinib	NSCLC ALK+	Ribociclib	MBC HR+ HER-
Gefitinib	NSCLC	Panitumumab	Met. CRC RAS-WT	Ruxolitinib	Myelofibrosis
Bevacizumab	Colorectal CA	Pazopanib	RCC, STS	Pertuzumab	BC (ร่วมกับ Trastuzumab)

ยามะเร็งนอกระบบ OCPA

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓

รายการยารักษาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา
ที่ไม่ให้เบิกในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก/ไม่ให้เบิกแยกต่างหากจาก DRGs

รายการยารักษาโรคมะเร็ง

๑. Afatinib
๒. Aflibercept
๓. Atezolizumab
๔. Cabazitaxel
๕. Darbepoetin alfa
๖. Degarelix
๗. Denosumab
๘. Erlotinib (ผู้ป่วยเดิมที่อยู่ในระบบ OCPA ยังคงให้เบิกจ่ายตรงได้จนกว่าจะหมดรอบอนุมัติการเบิกจ่ายค่ายา)
๙. Ipilimumab
๑๐. Nab-paclitaxel
๑๑. Nintedanib
๑๒. Nivolumab
๑๓. PEG-filgrastim
๑๔. Pembrolizumab
๑๕. Pertuzumab
๑๖. Radium๒๒๓
๑๗. Ramucirumab
๑๘. Regorafenib
๑๙. Sorafenib
๒๐. Temsirolimus
๒๑. Trastuzumab Emtansine
๒๒. Vinorelbine oral

รายการยารักษาโรคโลหิตวิทยา

๑. Alemtuzumab
๒. Azacitidine
๓. Basiliximab
๔. Bendamustine Hydrochloride
๕. Brentuximab
๖. Carfilzomib
๗. Clofarabine
๘. Daratumumab
๙. Darbepoetin alfa
๑๐. Decitabine

กรมบัญชีกลาง

๑๑. ...

-๒-

๑๑. Nivolumab
๑๒. Obinutuzumab
๑๓. Plerixafor
๑๔. PEG-filgrastim
๑๕. Pomalidomide
๑๖. Ponatinib
๑๗. Pralatrexate
๑๘. Romiplostim
๑๙. Ruxolitinib

กรมบัญชีกลาง

ยามะเร็งนอกระบบ OCPA

✓ กรณีใช้ในผู้ป่วยนอก

1. ผู้ป่วยเก่าที่เคยได้รับยาก่อนวันที่ 14 ก.พ.61 สามารถใช้สิทธิ์ข้าราชการเบิกจ่ายตรงได้ถึง 13 ก.พ.61

2. ผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยเก่าที่ได้รับยาตั้งแต่ 14 ก.พ.61 เป็นต้นไป จะไม่สามารถใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ (เบิกจ่ายตรง) ให้ผู้ป่วยชำระเงินเองโดยออกใบเสร็จรับเงินพร้อมใบรับรองเหตุผลการใช้ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ (ระบุ A-E) เพื่อนำไปเบิกกับหน่วยงานต้นสังกัดต่อไป

✓ กรณีใช้ในผู้ป่วยใน ไม่สามารถเบิกเพิ่มเติมนอกเหนือจากระบบ DRG ได้

➢ ยารักษาโรคมะเร็งและโลหิตวิทยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเป็นทะเบียนยาใหม่/ยาชีววัตถุชนิดใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนกับ อย. ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 เป็นต้นไป จะไม่สามารถเบิกได้จนกว่าจะมีการพิจารณาปรับเข้าระบบ OCPA หรือกรอบรายการยา ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้อง ชำระเงินเองทั้งหมด โดยใบเสร็จจะอยู่ในช่องเบิกไม่ได้และไม่ออกใบรับรอง เหตุผลการใช้ยาดังกล่าว

ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม

รายการค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง และการทำหมันสิทธิประกันสังคม ได้แก่

1) การรักษาไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน ด้วยวิธีการฟอกโลหิต (Hemo Dialysis) และการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis)

2) การรักษาโรคมะเร็ง 10 ชนิดตามแนวทางการรักษาที่กำหนด (Protocol)

3) การรักษาโรคมะเร็งอื่นนอกเหนือโรคมะเร็ง 10 ชนิด

4) ค่ายาในการรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal Meningitis

5) การรักษาโรคสมองด้วยวิธี Stereotatic Radiosurgery

6) การใช้อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (Instrument)

7) ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการทำหมัน

8) ค่ายาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ในการรักษาโรคเกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือด สมอง (Stroke Fast Tract)

9) ค่ายาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้า ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Tract)

10) การเบิกอุปกรณ์กรณีทำหัตถการหัวใจของโรงพยาบาลจุฬาภรณ์

Value-Based Health Care Benefits

PATIENTS	PROVIDERS	PAYERS	SUPPLIERS	SOCIETY
Lower Costs & better outcomes	Higher Patient Satisfaction Rates & Better Care Efficiencies	Stronger Cost Controls & Reduced Risks	Alignment of Prices with Patient Outcomes	Reduced Healthcare Spending & Better Overall Health

NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society