

3



คู่มือบริหารกองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2559

การบริหารบบบริการ
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง



คู่มือบริหารกองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2559

การบริหารระบบบริการผู้ป่วย
ไตวายเรื้อรัง

คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เล่มที่ 3

การบริหารระบบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ISBN: 978-616-7859-40-8

พิมพ์ครั้งที่ 1: ตุลาคม 2558

จำนวน: 3,600 เล่ม

จัดทำโดย: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2, 3, 4 อาคารรัฐประศาสนภักดี
“ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550”
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง
เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730
www.nhso.go.th

ปกและรูปเล่ม: นายวัฒนสินธุ์ สุวรรตานนท์

พิมพ์ที่:

คำนำ

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับประเด็นสุขภาพและความมั่นคงของมนุษย์มาอย่างต่อเนื่อง และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการสร้างหลักประกันให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น และไม่ล้มละลายจากการเจ็บป่วยและค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง ด้วยบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน โดยคำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน

กระบวนการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมการลงทุนด้านสุขภาพของรัฐบาลที่จะทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สนับสนุนให้มีการจัดบริการและจัดหาบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยในปีงบประมาณ 2559 หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในภาพรวมเหมือนปี 2558 โดยยังคงเน้นการบริหารจัดการในระดับเขต ภายใต้การตัดสินใจของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นภายในเขตพื้นที่ และมีการจัดหาบริการสาธารณสุขให้ครบถ้วนสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในเขตพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยบริการต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน

คู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดรายละเอียด หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ 2559 คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย

เล่มที่ 1 การบริหารงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

เล่มที่ 2 การบริหารงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการบริหารงบบผู้ป่วยวัณโรค

เล่มที่ 3 การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

เล่มที่ 4 การบริหารงบบริการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง (บริการควบคุม ป้องกันและรักษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เชื่อมั่นว่าคู่มือทุกเล่มจะเป็นประโยชน์สำหรับทุกภาคส่วนในการร่วมกันผลักดันให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพที่มีความยั่งยืน ประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข และก่อให้เกิดความเป็นธรรมที่ประชาชนพึงได้รับจากระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตุลาคม 2558

สารบัญ

บทที่ 1 การบริหารจัดการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	7
หลักการและเหตุผล	7
แนวทางการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต	8
วัตถุประสงค์	9
กรอบการบริหารงบประมาณ	9
ระยะเวลาดำเนินการ	12
ผลผลิต	12
ผลลัพธ์	13
บทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง	13
บทที่ 2 การจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง	17
หลักการและเหตุผล	17
วัตถุประสงค์	18
การบริหารงบประมาณ	18
การบริหารจัดการ	19
แนวทางการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ	22
บทที่ 3 การจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	25
หลักการและเหตุผล	25
วัตถุประสงค์	25
การบริหารงบประมาณ	26
การบริหารจัดการ	26
แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ	32
หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย	33
วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนและชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริการ	35
บทที่ 4 การจัดบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไต	37
หลักการและเหตุผล	37
วัตถุประสงค์	37
การบริหารงบประมาณ	38
การบริหารจัดการ	38
แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ	40
บทที่ 5 การจัดบริการยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายไต	51
หลักการและเหตุผล	51
วัตถุประสงค์	51
การบริหารงบประมาณ	51
การบริหารจัดการ	52
แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ	54
เงื่อนไขการจ่ายชดเชย	54

การส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย	54
การออกรายงานการจ่ายเงิน	55
การอุทธรณ์	55
บทที่ 6 การสนับสนุนยา Erythropoietin	57
หลักการและเหตุผล	57
แนวทางการสนับสนุน	57
หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย	59
วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนและชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริการ	60
บทที่ 7 การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	63
ความหมาย	63
วิธีการขออุทธรณ์	63
ขั้นตอนการอุทธรณ์	64
ระยะเวลาในการขออุทธรณ์	65
บทที่ 8 การกำกับติดตามประเมินผล	67
หลักการและเหตุผล	67
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2559	67
ภาคผนวก	73
ภาคผนวก 1 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
1.1 แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)	74
1.2 การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) ฉบับที่ 3	80
1.3 การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) (เพิ่มเติม)	82
1.4 การสนับสนุนและจ่ายยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ฉบับที่ 2)	85
ภาคผนวก 2 คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
2.1 แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	94
2.2 แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD)	96
2.3 แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายฯ ให้เข้าถึงบริการทดแทนไต ระดับเขต	98
ภาคผนวก 3 แบบฟอร์มที่ใช้ในระบบบริหาร และบริการไตวาย	
3.1 แบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อพิจารณาขอใช้วิธีการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมถาวร	101
3.2 แบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อพิจารณาขอรับยากกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin)	104
ภาคผนวก 4 รายชื่อผู้ประสานงาน	107

1

บทที่

การบริหารจัดการบริการ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

1. หลักการและเหตุผล

การบริการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) เป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเกินความสามารถของครัวเรือนที่จะรับภาระได้ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ป้องกันการล้มละลายจากการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2550 คณะรัฐมนตรี ได้มีมติ อนุมัติ ให้ขยายชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ครอบคลุมการบำบัดทดแทนไต Renal Replacement Therapy (RRT) และตั้งแต่ 1 มกราคม 2551 เป็นต้นมา ได้คุ้มครองเรื่องการผ่าตัดปลูกถ่ายไต Kidney Transplantation (KT) ในกรณีที่สามารถหาไตบริจาคได้ และขยายการทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ทั้งผู้ป่วยรายเก่า และผู้ป่วยรายใหม่ ส่วนผู้ป่วยรายเก่าที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม Hemodialysis (HD) ตั้งแต่ ก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 ถ้าใช้วิธีเดิมไม่เปลี่ยนเป็น CAPD จะได้รับความคุ้มครองโดยร่วมจ่าย หนึ่งในสามส่วนของค่าฟอกเลือด ทั้งนี้ ให้ตั้งงบประมาณในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มเติมตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2552 เป็นต้นไป ต่อจากนั้น ได้มีการขยายสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมอีกโดยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 ขยายการให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับ ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลัง วันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามหลักเกณฑ์ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ต่อมาคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2555 ให้ยกเลิกการร่วมจ่ายตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2555 เป็นต้นไป สำหรับกรณีการทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่า ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

นอกจากนี้ ที่ประชุมเชิงนโยบายเรื่องการสร้างความเป็นเอกภาพและบูรณาการสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ เมื่อวันที่ 21 มิถุนายน 2555 ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานได้พิจารณาการบูรณาการ การให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีข้อเสนอให้ 3 กองทุนปรับเกณฑ์เข้ารับบริการให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยใช้มาตรฐานกลางของสมาคมวิชาชีพ และปรับปรุงระเบียบให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล ให้ได้รับวิธีการรักษาแบบเดิมอย่างต่อเนื่องภายใต้หลักเกณฑ์หรือประกาศของแต่ละกองทุน

2. แนวทางการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต

เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ ให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างเป็นธรรม สามารถควบคุมค่าใช้จ่าย และเกิดการใช้งบประมาณของประเทศอย่างคุ้มค่า ในปีงบประมาณ 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 สนับสนุนการบริการบำบัดทดแทนไต และเริ่มต้นด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) แก่ผู้ป่วยทุกราย ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม และสนับสนุนนโยบาย PD First Policy ต่อเนื่อง

2.2 จัดให้มีบริการทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)

2.3 พัฒนาระบบบริการทดแทนไตทั้งการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) ให้เพียงพอ มีคุณภาพมาตรฐาน และเป็นธรรมในการเข้าถึง รวมถึงมีการบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 การบูรณาการการจัดบริการบำบัดทดแทนไต แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้มีความเป็นเอกภาพ เท่าเทียม ทั้งด้านสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบ

2.5 สนับสนุนให้มีการพัฒนาและควบคุมคุณภาพมาตรฐานการให้บริการบำบัดทดแทนไต ควบคู่ไปกับการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูล

2.6 สนับสนุนให้ดำเนินการป้องกันภาวะไตเสื่อม โดยเชื่อมต่อบริการปฐมภูมิกับการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.7 สนับสนุนให้ผู้ป่วย ญาติ อาสาสมัคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสังคมได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

3. วัตถุประสงค์

3.1 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่มีคุณภาพ และมาตรฐานตามความจำเป็นด้านสุขภาพ

3.2 เพื่อให้มีการพัฒนาระบบบริการ สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

3.3 มีการบริหารจัดการและควบคุมกำกับเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากร และงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ

4. กรอบการบริหารงบประมาณ

งบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นงบประมาณที่ได้รับเป็นการเฉพาะแยกจากงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (Capitation) โดยในปีงบประมาณ 2559 จัดสรรเป็นประเภทบริการ ดังนี้

4.1 งบประมาณเพื่อการบริการทดแทนไต

4.2 งบประมาณเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ตารางที่ 1 รายการงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2559

รายการ	เป้าหมาย (ราย)	งบประมาณที่ได้รับ(บาท)
1. การบริการทดแทนไต	44,411	6,294,499,000
1.1 บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)	24,930	
1.2 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)	13,310	
1.3 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ รับประทาน EPO (HD SelfPay)	5,002	
1.4 บริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต		
ผ่าตัด (KT)	86	
รับยากดภูมิ (KTI)	1,083	
2. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง		23,600,000
รวม		6,318,099,000

ทั้งนี้ ให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเกลี่ยงบประมาณปี 2559 ระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ และในระหว่างปีหากมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าที่ได้รับงบประมาณหรือจำเป็นต้องจ่ายค่าใช้จ่ายตามบริการของปีที่ผ่านมาซึ่งเป็นไปตามหลักเกณฑ์การเรียกเก็บค่าบริการที่ สปสช.กำหนด ให้สามารถเบิกจ่ายได้โดยใช้งบประมาณปีปัจจุบัน และ/หรือ อาจใช้เงินคงเหลือตามระบบบัญชีเงินกองทุนรายการ “รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม” มาจ่ายได้ หรือ เสนอขอของบประมาณเพิ่มเติม

โดยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในแต่ละประเภทบริการให้เป็นไปตามข้อ 4.1 และ 4.2 ดังนี้

4.1 งบประมาณเพื่อการบริการทดแทนไต เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการทดแทนไตสำหรับประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมค่าบริการ ค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง การบริหารเป็นภาพรวมระดับประเทศ หลักเกณฑ์

การจ่ายค่าบริการทดแทนไต เป็นไปตามผลงานบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังนี้

4.1.1 การบริการสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ครอบคลุม ค่าใช้จ่ายการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษา ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยตรง ตามแนว เวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด รวมถึงการสนับสนุนค่าตอบแทนตามภาระงาน ที่เพิ่มขึ้น

4.1.2 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่า ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับ บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านทาง ช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องรวมทั้งการให้ยาที่จำเป็น การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา ตามแนว เวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่ รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 เป็นต้นไป และไม่ประสงค์จะรับ บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

4.1.3 การปลูกถ่ายไต ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าบริการกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึง ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและการติดตามผลภายหลัง การผ่าตัดปลูกถ่ายไต ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยกำหนด

4.2 งบประมาณเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ โดยเป็นการสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังให้มี ประสิทธิภาพมากขึ้น การบริหารเป็นภาพรวมระดับประเทศ

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยครอบคลุมกิจกรรมดำเนินงานเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ เช่น การสนับสนุนให้หน่วยบริการไปดำเนินการพัฒนาบุคลากร สนับสนุนการพัฒนาวิชาการแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดประชุมคณะกรรมการ คณะทำงาน การประชุมสัมมนา การสนับสนุนเครือข่ายผู้ป่วย การเผยแพร่ความรู้และรณรงค์สร้างความเข้าใจ และค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรของหน่วยบริการ เป็นต้น ทั้งนี้ การจ่ายเป็นไปตามเงื่อนไข หลักเกณฑ์ และวิธีการที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด หรือ โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (สปสช.เขต) หรือหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ดำเนินการหรือบริหารจัดการ

5. ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2559

6. ผลผลิต

6.1 มีหน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน กระจายในพื้นที่เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าถึงได้อย่างเพียงพอ

6.2 มีหน่วยบริการ/สถานบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ที่มีคุณภาพมาตรฐาน ให้การดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้อย่างเพียงพอ

6.3 มีระบบการบริการปลูกถ่ายอวัยวะ และจัดหาอวัยวะ ที่มีคุณภาพ มาตรฐานและเป็นธรรม ในการเข้าถึงบริการ

6.4 หน่วยบริการสนับสนุนการผลิตและพัฒนาบุคลากร ที่ให้บริการทดแทนไตโดยเฉพาะการผลิตพยาบาล PD เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในศูนย์บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง CAPD ให้ครบทุกแห่ง

6.5 มีระบบการพัฒนาและควบคุมคุณภาพมาตรฐานการให้บริการทดแทนไต โดยเฉพาะล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)

6.6 มีการจัดบริการ CKD clinic ในหน่วยบริการที่ให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) หรือที่มีความพร้อมในการให้บริการ

6.7 มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน รวมถึงสนับสนุนให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

7. ผลลัพธ์

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเข้าถึงบริการทดแทนไตตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึง และเป็นธรรม

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสมรรถนะทางสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่เป็นภาระของครอบครัว และสังคม

8. บทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

8.1 คณะกรรมการ/คณะทำงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบ

เพื่อให้การบริหารระบบบริการทดแทนไตระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงาน เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการสนับสนุนพัฒนาระบบในภาพรวม ดังนี้

8.1.1 คณะกรรมการ 3 คณะ ได้แก่

1) คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่เกี่ยวกับ การพัฒนา และให้ข้อเสนอเกี่ยวกับนโยบายงบประมาณ และระบบบริการ รวมทั้งกำลังคนของระบบบริการ กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการให้บริการ และการควบคุมคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการทดแทนไต

2) คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับเขต มีหน้าที่เกี่ยวกับการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายในเขต การพัฒนา การควบคุมกำกับ การดำเนินงานด้านคุณภาพบริการของหน่วยบริการ เสนอแนะแก้ไขปัญหาคัดสรรต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม พิจารณาคัดเลือก จัดลำดับ และกำหนดให้ผู้ป่วยไตวายในทุกจังหวัดในพื้นที่เขตรับผิดชอบ เข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธี CAPD หรือ HD หรือ KT ตามลำดับการขอเข้ารับบริการ ช้อบ่งชี้ทางการแพทย์และแนวทางที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด พิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการทดแทนไตของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจาก CAPD เป็น HD อย่างถาวร

3) คณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) มีหน้าที่เกี่ยวกับการพิจารณาข้อเสนอของคณะกรรมการฯ ระดับเขต และ

กรุงเทพมหานครในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้องได้ด้วยตนเองหรือไม่มีผู้ดูแลจำเป็นต้องเปลี่ยนเป็น วิธี HD อย่างถาวร พิจารณากรณีผู้ป่วยอุทธรณ์ผลการพิจารณาของคณะกรรมการฯ ระดับเขต และกรุงเทพมหานคร

8.1.2 คณะทำงาน 2 คณะ ได้แก่

1) คณะทำงานพัฒนาระบบบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายไต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เกี่ยวกับ การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายไต ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนเชิงระบบเพื่อให้มีการบริจาคตเพิ่มขึ้น เพื่อรองรับความต้องการในการปลูกถ่ายไตของผู้ป่วย สนับสนุนการประชาสัมพันธ์ และการเคลื่อนไหวยทางสังคมเพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจและบริจาคตอวัยวะเพิ่มขึ้น

2) คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลโรคไตแห่งประเทศไทย ทำหน้าที่เกี่ยวกับการจัดทำแผนแม่บทการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้สามารถเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลการทดแทนไตของระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในภาพรวมของประเทศ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา การเชื่อมโยงฐานข้อมูลและการใช้ข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

8.2 แผนงานสนับสนุนระบบบริการโรคไตวาย

8.2.1 ประสานงานและสนับสนุนการจัดประชุมและการดำเนินงานของคณะกรรมการ/คณะทำงานชุดต่างๆ ในส่วนกลางและเขต

8.2.2 ประสานงานองค์กรวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ร่วมมือกันพัฒนาระบบบริการทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง

8.2.3 ทำแผน และสนับสนุนการพัฒนาระบบในภาพรวม ให้สอดคล้องกับนโยบาย ทั้งในเรื่องงบประมาณ ระบบบริการ การพัฒนากำลังคน หลักเกณฑ์และแนวทางการให้บริการ และการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการทดแทนไต

8.2.4 ประสาน และสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สมาคมวิชาชีพ ให้มีการบริการบำบัดทดแทนไต ทั้งการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) การบริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) และการให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต เพื่อให้มีบริการที่เพียงพอสำหรับให้บริการผู้ป่วย

8.2.5 ประสานและสนับสนุน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต เพื่อให้ดำเนินการพัฒนาระบบในพื้นที่ให้สอดคล้องกับแนวทางที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

8.2.6 ดำเนินการจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไตทุกประเภท แก่หน่วยบริการสถานบริการ

8.2.7 ประสานให้มีการติดตาม ควบคุมกำกับและประเมินผล โดย สปสช.เขต และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพ

8.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

8.3.1 ประสานงานและสนับสนุนการจัดประชุมและการดำเนินงานของคณะกรรมการ/คณะทำงานชุดต่างๆ ระดับเขต

8.3.2 ประสานงานองค์กรวิชาชีพ หน่วยงาน คณะกรรมการต่างๆ ในระดับพื้นที่ และดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการตามระบบ

8.3.3 ทำแผนพัฒนาระบบ และสนับสนุนการดำเนินงานบริการบำบัดทดแทนไตในพื้นที่ให้สอดคล้องกับการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ

8.3.4 ประสานจัดหา ชี้นทะเบียน และสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสถานบริการ ที่ให้บริการ ล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และสนับสนุนให้เกิดการบริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) การบริจาคอวัยวะ และการให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต เพื่อให้มีบริการที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยในพื้นที่

8.3.5 ชี้แจงทำความเข้าใจหน่วยบริการ สถานบริการในเรื่องต่างๆ ตามแนวทางที่กำหนด

8.3.6 ประสานการลงทะเบียนผู้ป่วย และแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย

8.3.7 กำกับ ติดตาม สุ่มตรวจสอบการให้บริการของหน่วยบริการ สถานบริการ ทั้งในด้านคุณภาพมาตรฐานการเรียกเก็บชดเชยค่าบริการ โดยร่วมมือกับคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับเขต ตามข้อ 8.3.1 หรือคณะกรรมการในระดับเขตที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพฯ ระดับเขต คณะกรรมการด้าน Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

8.4 หน่วยบริการ สถานบริการ และเครือข่าย

8.4.1 ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรฐานวิชาชีพ

8.4.2 พัฒนาคุณภาพ การให้บริการให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน อย่างต่อเนื่อง

8.4.3 เก็บรวบรวม ข้อมูลคุณภาพการให้บริการ

8.4.4 รายงานผลการให้บริการ ทั้งเพื่อการชดเชยค่าบริการ และเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

8.4.5 ร่วมดำเนินการการบริหารวัสดุที่ใช้ในโครงการให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงการขอความร่วมมือจัดระบบของเครือข่ายเป็นคลังสำรองน้ำยา (Buffer) ในระดับพื้นที่

8.4.6 ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน ในด้านต่างๆ ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดเพื่อประสิทธิภาพ คุณภาพบริการ

9. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

ให้ดูรายละเอียดในบทที่ 8

2 บทที่

การจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD)

1. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทย ได้กำหนดให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) เป็นบริการแรกสำหรับการทดแทนไตให้กับผู้ป่วยทุกราย หรือที่เรียกว่า PD first policy เนื่องจากคำนึงถึงผลกระทบที่จะมีต่อผู้ป่วยและสังคมโดยรวม กล่าวคือ บริการ CAPD นั้น เป็นบริการที่ใช้เวลาของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการน้อยกว่า HD เป็นบริการที่ผู้ป่วยสามารถทำเองได้ที่บ้านด้วยตนเอง โดยไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ทำให้ประหยัดทั้งเวลาในการเดินทาง และค่าเสียโอกาสของผู้ป่วย และญาติในการทำงาน นอกจากนี้ คาดว่าบริการ CAPD เป็นบริการที่จะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า HD เพราะค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าน้ำยาล้างช่องท้องซึ่งมีโอกาสที่จะลดราคาลงได้ถ้ามีการบริหารจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง จึงได้กำหนด แผนพัฒนาระบบบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ในปี 2559 ดังนี้

1.1 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง CAPD หน่วยเดิม ต่อเนื่อง และขยายหน่วยบริการใหม่ที่เป็นเครือข่ายของหน่วยบริการเดิมในโรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อม เพื่อให้มีหน่วยบริการ CAPD ที่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้เพียงพอ

1.2 สนับสนุนให้มี Regional Renal Replacement Therapy Center (RRRTC) เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการ CAPD ผลิตและพัฒนาบุคลากร สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ งานวิชาการและการวิจัย

1.3 สนับสนุนให้มีการพัฒนาและควบคุมคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ CAPD ในหน่วยบริการและเครือข่าย

1.4 สนับสนุนคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับเขต ให้มีบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ ควบคุมคุณภาพ และประเมินผลการให้บริการ CAPD ในพื้นที่

1.5 ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้งแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พยาบาล นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และชมรมผู้ป่วยโรคไต รวมทั้ง สนับสนุนการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย CAPD ในชุมชน

1.6 สนับสนุนการรวมตัวทำกิจกรรมของแพทย์ พยาบาล PD และผู้ป่วย สนับสนุนการพัฒนาวิชาการและงานวิจัยแบบ R2R รวมทั้งให้มีการประชุมระดับชาติ

1.7 ให้มีการพัฒนาข้อเสนอทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าสู่ระบบบริการได้

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าถึงการบริการทดแทนไต และได้รับการ CAPD

2.3 เพื่อเตรียมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้มีความพร้อมจนกว่าจะสามารถรับบริการปลูกถ่ายไต

3. การบริหารงบประมาณ

ปีงบประมาณ 2559 จะสนับสนุนการพัฒนาระบบตามแผนพัฒนาระบบบริการดังกล่าวข้างต้น และจะชดเชยค่าบริการ CAPD ตามแนวทางที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

เป้าหมายบริการ: ผู้ป่วยรายเดิมที่ทำ CAPD ต่อเนื่องมาจากปีก่อน และผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2559

ระยะเวลาดำเนินการ: วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2559

4. การบริหารจัดการ

การสนับสนุนการบริการ CAPD เป็นการดำเนินงานในลักษณะการบริหารจัดการโรคเฉพาะ จึงต้องมีการดำเนินงานเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ลงทะเบียนผู้ป่วย และจ่ายชดเชยค่าบริการ ตามแนวทาง ดังนี้

4.1 การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

4.1.1 การสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยบริการ CAPD

ในปีงบประมาณ 2559 สนับสนุนให้มีการจัดตั้งหน่วยบริการ CAPD โดยเน้น การขยายเครือข่ายหน่วยบริการ CAPD สู่วิทยาลัยชุมชนที่มีศักยภาพ ภายใต้ความร่วมมือของ หน่วยบริการ CAPD เดิม คณะกรรมการฯ ระดับเขต และ สปสช.เขต

4.1.2 วิธีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ CAPD/หน่วยบริการเครือข่าย CAPD

1) หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ต้องเป็นหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ และมีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร สถานที่อุปกรณ์ รวมถึง มีระบบและเครือข่ายดูแล การรับผู้ป่วย ตามเกณฑ์ที่กำหนด กรณีเป็นโรงพยาบาลชุมชน จะต้องเริ่มต้นในลักษณะเป็นหน่วย บริการเครือข่ายกับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในพื้นที่ก่อน

2) หน่วยบริการแสดงความจำนงเพื่อเข้าร่วมบริการ ต่อ สปสช.เขต

3) คณะกรรมการที่กำหนดโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช.เขต จะตรวจประเมินความพร้อม ตามแนวทางที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

4) สปสช.เขต ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

5) หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

5.1) จัดให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการลงทะเบียน และจัดทำระบบข้อมูล รวมทั้งคลินิกบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ III, IV และ V (Chronic Kidney Disease clinic หรือ CKD clinic)

5.2) จัดให้มีศูนย์บริการ CAPD ที่มีสถานที่และเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสมและพอ เพียงเพื่อบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

5.3) จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตหรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดหนึ่งคนเป็นหัวหน้ารับผิดชอบศูนย์บริการ CAPD และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

5.4) จัดให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (การล้างไตผ่านช่องท้อง) หนึ่งคนเป็น CAPD case manager ประจำ ทำหน้าที่บริหารจัดการศูนย์บริการ CAPD จัดเตรียมสถานที่ ลงทะเบียนผู้ป่วย บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับบริการ CAPD ในเวลาที่เหมาะสม ให้ความรู้ผู้ป่วย และญาติ ติดตามเยี่ยม บันทึกข้อมูลการเบิกจ่าย ค่ามูลบริการและแก้ไขปัญหาต่างๆ

5.5) ให้บริการ CAPD ตามแผนการรักษาที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย กำหนด และจัดให้บริการผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือด (HD) ในกรณีผู้ป่วย CAPD มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการทดแทนไตชั่วคราว (Temporary HD) ตามหลักเกณฑ์ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด รวมทั้งรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการทดแทนไต

5.6) ประสานงานและฝึกอบรม ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของ โรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต.ในพื้นที่ เพื่อบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับน้ำยา CAPD ตามที่กำหนดและผู้ป่วย CAPD ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

5.7) ติดตามผลการให้บริการผู้ป่วย และมีระบบพัฒนาคุณภาพบริการของ ศูนย์ โดยการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

5.8) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติ และโรงพยาบาล เช่น การตั้งชมรมผู้ป่วยโรคไต การเป็นอาสาสมัคร การมีกิจกรรมร่วมกัน เป็นต้น

5.9) รายงานผลการลงทะเบียนผู้ป่วย ผลการให้บริการ การเยี่ยมบ้าน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และเบิกค่าชดเชยบริการทุกเดือนผ่านระบบที่กำหนด

5.10) ประเมินความพร้อมในการเป็นหน่วยบริการ CAPD เป็นประจำทุกปี ตามแนวทางที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือ สปสช.เขตกำหนด

4.2 การลงทะเบียนผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีสิทธิรับบริการ CAPD จะต้องเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ขอรับบริการ และต้องเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และหน่วยบริการต้องลงทะเบียนผู้ป่วยในโปรแกรม DMIS_CAPD

แนวทางข้อบ่งชี้ของการเริ่มต้นทำ Dialysis ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ควรเป็นดังนี้

4.2.1 เมื่อผู้ป่วยมีระดับอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (Estimated Glomerular Filtration Rate, eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 มล./นาที/1.73 ตารางเมตรและไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมชั่วคราว โดยอาจมีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังก็ได้ หรือ

4.2.2 เมื่อผู้ป่วยมีระดับ eGFR มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ร่วมกับ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังซึ่ง ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคองอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 1) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวายหรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้
- 2) ระดับโปแตสเซียมในเลือดสูง เลือดเป็นกรด หรือ ฟอสเฟตในเลือดสูง
- 3) ความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูริเมีย
- 4) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูริเมีย
- 5) คลื่นไส้อาเจียนเบื่ออาหาร น้ำหนักลดหรือมีภาวะทุพโภชนาการ

เนื่องจากข้อบ่งชี้ดังกล่าวต้องใช้ระดับ eGFR ในการพิจารณาโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยจึงได้กำหนด คำแนะนำในการรายงานผลค่า eGFR ดังนี้

- 1) ใช้วิธีคำนวณค่า eGFR โดยแทนค่าตัวแปรในสมการ The Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation สำหรับผู้ใหญ่และ Schwartz Equation สำหรับเด็ก (<18ปี)
- 2) ใช้วิธีการวัดค่าครีเอตินินในเลือดโดยวิธี Enzymatic และให้ใช้ค่าระดับครีเอตินิน โดยใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง เพื่อความแม่นยำในการคำนวณมากขึ้น

5. แนวทางการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

5.1 การสนับสนุนการชดเชยบริการ

หน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ CAPD จะรับการสนับสนุนการบริการ โดยมีรายละเอียดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุขสำหรับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ CAPD ในส่วนชดเชยค่าบริการแบบ เหมาจ่าย ให้เป็นไปตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยครอบคลุมบริการ ดังต่อไปนี้

5.1.1 การตรวจคัดกรอง ให้คำปรึกษา รวมทั้งค่าบริการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย CAPD

5.1.2 ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเกี่ยวข้องกับการล้างไต ผ่านทางช่องท้อง เช่น CBC BUN Creatinine Electrolyte ตรวจความพอเพียงของการล้างไต ทางช่องท้อง และชนิดของเยื่อช่องท้อง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ

5.1.3 ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ CAPD เช่น ยาปฏิชีวนะ Heparin (หรือยา กลุ่ม Anticoagulant เป็นต้น

5.1.4 กรณีผู้ป่วยใหม่ที่รอวางสายที่มีภาวะยูริเมีย และผู้ป่วยเก่าที่มีความจำเป็นต้อง หยุดล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) เป็นการชั่วคราว หากมีความจำเป็นต้องฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว (Temporary HD) สำนักงานจะจ่ายค่าตอบแทนในราคา 1,500 บาท ต่อครั้งของการบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) หรือตามอัตราค่าตอบแทน บริการ HD ตามปกติ ที่ปรับเปลี่ยนใหม่ ภายในระยะเวลา 90 วัน ทั้งนี้หากหน่วยบริการ CAPD ไม่สามารถให้ บริการ HD ได้เอง และส่งผู้ป่วยไปรับบริการ HD ที่หน่วยฟอกเลือดอื่นที่ไม่ได้เป็นหน่วย CAPD หน่วยบริการ CAPD ที่ส่งไปจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดให้หน่วยฟอกเลือดที่ส่งไป และเบิกค่าตอบแทนจากสำนักงาน ตามราคาที่สำนักงานกำหนด กรณีที่มีความจำเป็นต้องฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว (Temporary HD) มากกว่า 90 วันให้ทำเรื่องขอขยายระยะเวลาผ่าน คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับเขต

5.1.5 กรณีเจ็บป่วยอื่นๆ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นนอกเหนือจากของ CAPD หน่วยบริการ จะได้รับค่าใช้จ่ายเหมารายหัว ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และอื่นๆ ตามแนวทางเวชปฏิบัติการขอรับ

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รายละเอียดตามคู่มือแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

5.2 การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดค่าบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะตัดข้อมูลจากโปรแกรม DMIS_CAPD ทุกวันที่ 30 ของเดือน พิจารณาตรวจสอบ และออกรายงานขออนุมัติการจ่ายชดเชยในทุกวันที่ 30 ของเดือนถัดไป สำหรับข้อมูลบริการจะสิ้นสุดการส่งเบิกภายใน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการ เช่น ให้บริการในเดือนตุลาคม 2558 จะปิดการส่งเบิกได้ไม่เกินวันที่ 30 ตุลาคม 2559 โดยข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย

5.3 การอุทธรณ์หลังการจ่าย

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายชดเชยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ถูกต้องตามแนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการ หรือมีค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วย CAPD นอกเหนือจากแนวทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และเป็นภาระอย่างมากหรืออาจกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์มายัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใน 30 วันหลังได้รับรายงานการโอนเงินทาง www.nhso.go.th/acc

การจัดบริการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD)

1. หลักการและเหตุผล

แม้ว่าการให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง CAPD แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นนโยบายหลักในการจัดบริการบำบัดทดแทนไต แต่ก็มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวนหนึ่งที่มีความจำเป็นต้องใช้บริการฟอกเลือด (Hemodialysis: HD) เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง จึงได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีเป้าหมายในปี 2559 จะให้การสนับสนุนการพัฒนา และควบคุมคุณภาพมาตรฐานการให้บริการมากขึ้น

2. วัตถุประสงค์

2.1. เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ได้รับการดูแล รักษาที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

2.2. เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่สามารถรับบริการ CAPD ได้รับบริการทดแทนไตด้วยวิธี HD

2.3. เพื่อเตรียมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีความพร้อมจนกว่าจะได้รับบริการปลูกถ่ายไต

3. การบริหารงบประมาณ

เป้าหมายบริการในปีงบประมาณ 2559 จะสนับสนุนการพัฒนาระบบตามแผนพัฒนาระบบบริการดังกล่าวข้างต้น และ จะชดเชยค่าบริการ ผู้ป่วยรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD ตามเงื่อนไข ทั้งรายเก่าและรายใหม่

ระยะเวลาดำเนินการ: วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2559

4. การบริหารจัดการ

4.1 การจั่นทะเบียนหน่วยบริการ/สถานบริการที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

4.1.1 การสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยบริการ HD

ในปีงบประมาณ 2559 สนับสนุนให้มีการจัดตั้งหน่วยบริการ/สถานบริการ HD โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการควบคู่ไปกับการขยายหน่วยบริการ/สถานบริการ HD ให้มีการกระจายอย่างเพียงพอ ภายใต้ความร่วมมือของ คณะกรรมการฯ ระดับเขต และ สปสช.เขต

4.1.2 วิธีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ/สถานบริการ HD

1) หน่วยบริการ ที่ขึ้นทะเบียน ต้องเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์ รวมถึง มีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย ตามเกณฑ์ที่กำหนด/สำหรับสถานบริการต้องผ่านการขึ้นทะเบียนตามแนวทางการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลของสำนักสถานพยาบาลและกองประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

2) ต้องผ่านการตรวจรับรองคุณภาพมาตรฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยคณะอนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.)

3) หน่วยบริการ/สถานบริการ แสดงความจำนงเพื่อเข้าร่วมบริการ ต่อ สปสช.เขต โดยยอมรับเงื่อนไขการชดเชยค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดทั้งหมด

4) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช.เขต ตรวจเอกสารการประเมินตนเองของหน่วยบริการตามแนวทาง ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

- 5) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
- 6) มีการประเมินคุณภาพของการให้บริการ HD เป็นประจำทุกปี โดยใช้แบบประเมินตนเอง ตามแนวทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

4.1.3 หน้าที่ของหน่วยบริการ/สถานบริการ

- 1) หน่วยบริการ/สถานบริการที่สมัครเข้าร่วมให้บริการ จะต้องให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแก่ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางการให้บริการที่กำหนด และมีสิทธิได้รับการชดเชยค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดทั้งหมด
- 2) จัดให้มีการลงทะเบียนข้อมูลการรักษาผู้ป่วย HD ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และส่งให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามระบบที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
- 3) จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตหรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด อย่างน้อย 1 คนเป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบหน่วยบริการ/สถานบริการ HD และดูแลการบริการให้มีมาตรฐานตามที่กำหนด
- 4) จัดให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) อย่างน้อย 1 คนเป็น HD case manager ประจำ ทำหน้าที่บริหารจัดการ ดูแลความพร้อมของสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ จัดให้ผู้ป่วยได้รับการบริการตามมาตรฐานและตามสิทธิประโยชน์อย่างเหมาะสม
- 5) จัดให้มีบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีสถานที่และบุคลากรที่เหมาะสม และพอเพียงตามมาตรฐานที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด
- 6) จัดให้มีการบริการหรือกิจกรรมอื่นๆ ที่จำเป็น เช่น การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ การเยี่ยมบ้าน การรักษา หรือส่งต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เป็นต้น
- 7) จัดส่งข้อมูลและเบิกค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงตามอัตราที่สำนักงานกำหนด ผ่านโปรแกรมบันทึกการเบิกค่าใช้จ่ายของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)
- 8) อำนวยความสะดวกในการตรวจรับรองมาตรฐานจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หรือการตรวจประเมินจาก สปสช.เขต

9) มีการประเมินผลคุณภาพการให้บริการ HD อย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมคุณภาพบริการตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และสามารถนำมาแสดงได้เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สปสช.เขต ร้องขอ หรือตรวจสอบ

10) จัดเตรียมเวชระเบียนและเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น ใบ Hemo work sheet, ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ, คำสั่งการรักษาของแพทย์ โดยสามารถนำมาแสดงเมื่อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร้องขอเพื่อต้องการตรวจสอบ

11) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือคณะกรรมการฯ ระดับเขตกำหนด

หน่วยบริการ/สถานบริการ HD มีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ลงทะเบียนไว้ ตามมาตรฐาน กรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างบริการ HD หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลมีหน้าที่ต้องปฏิบัติในการรักษาภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ จนพ้นภาวะวิกฤติ และส่งต่อไปยังหน่วยบริการตามศักยภาพและเครือข่ายที่ สปสช.กำหนด โดยจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการปกติ

4.2 การลงทะเบียนผู้ป่วย

4.2.1 ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) ผู้ป่วย HD รายเก่า หมายถึง ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดมาก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และหมายรวมถึงผู้ป่วยที่รับสิทธิการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาจากระบบประกันสุขภาพอื่นๆ (เช่น สิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการข้าราชการ เป็นต้น) ก่อนที่จะเปลี่ยนมาเป็นผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับสิทธิ HD โดยไม่ต้องร่วมจ่าย

2) ผู้ป่วย HD รายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ว่าไม่สามารถใช้วิธีทดแทนไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) หรือต้องเปลี่ยนจาก CAPD เป็นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบถาวรตามหลักเกณฑ์หรือข้อบ่งชี้หรือข้อห้ามในข้อ 4.3 และผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับเขตว่าต้องใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยไม่ต้องร่วมจ่าย

ผู้ป่วย HD รายใหม่ ซึ่งไม่สมัครใจเลือกรับบริการทดแทนไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) และไม่ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

ระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับเขต เพื่อให้ใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามข้อ 4.3 ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดเอง โดยมีสิทธิได้รับการให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด เท่านั้น

4.3 ข้อบ่งชี้หรือข้อห้ามของการบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)

กำหนดเงื่อนไขดังต่อไปนี้ เป็นข้อบ่งชี้หรือข้อห้ามของการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.3.1 ข้อบ่งชี้ของการเปลี่ยน CAPD เป็น HD ไม่เกิน 3 เดือน หลังรักษาแล้วสามารถทำ CAPD ต่อได้ และผู้ป่วยได้รับสิทธิไม่ต้องร่วมจ่าย ได้แก่

- 1) มีการอักเสบของช่องท้องที่รักษาแล้วไม่ดีขึ้น
- 2) มีการอักเสบของช่องท้องจากเชื้อรา
- 3) มีการอักเสบประจำของแผลหน้าท้องที่วางสาย
- 4) มีการอักเสบของสายต่อของท่อในช่องท้อง
- 5) มีการอักเสบติดเชื้อภายในช่องท้อง
- 6) ได้รับการผ่าตัดอวัยวะในช่องท้อง

4.3.2 ข้อบ่งชี้ของการเปลี่ยน CAPD เป็น HD และหลังเปลี่ยนเป็น HD ผู้ป่วยได้รับสิทธิไม่ต้องร่วมจ่าย ได้แก่

- 1) น้ำยารั่วออกจากช่องท้องประจำไม่สามารถทำ CAPD
- 2) ยี่อบุช่องท้องเป็นพังผืดไม่สามารถทำ CAPD
- 3) ภาวะซีมเศร้าอย่างรุนแรง ไม่สามารถทำ CAPD

4.3.3 ข้อห้ามสัมพัทธ์ของการทำ CAPD ทำให้ผู้ป่วยมีสิทธิทำ HD ได้โดยไม่ต้องร่วมจ่าย และเมื่อข้อห้ามสัมพัทธ์ดังกล่าวสิ้นสุดลง ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนเป็น CAPD จึงจะได้รับสิทธิ ได้แก่

- 1) มีสิ่งแปลกปลอมในช่องท้องมาก่อน เช่น ใส่เส้นเลือดเทียม เป็นต้น
- 2) มีไส้เลื่อนที่ยังไม่แก้ไข หรือมีช่องทางติดต่อระหว่างช่องท้องกับอวัยวะภายนอก
- 3) อ้วนมาก (BMI>35 กก./ตรม.)
- 4) มี Recurrent diverticulitis หรือการอักเสบของลำไส้บ่อยๆ
- 5) มีการผ่าตัดนำกระเพาะหรือลำไส้ออกมาทางหน้าท้อง

6) ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำ CAPD ได้ และเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ ภายใต้คำแนะนำของคณะกรรมการระดับเขต

4.3.4 ข้อห้ามสมบูรณ์ของการทำ CAPD ทำให้ผู้ป่วยมีสิทธิทำ HD และไม่ต้องร่วมจ่ายได้แก่

- 1) มีรอยโรคบริเวณผิวหนังหน้าท้องที่ไม่สามารถวางสายได้
- 2) มีพังผืดภายในช่องท้องไม่สามารถวางสายได้
- 3) มีสภาพจิตบกพร่องอย่างรุนแรง ซึ่งอาจกระทบต่อการรักษาด้วยวิธี CAPD

ทั้งนี้ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพิจารณาหลักเกณฑ์ ข้อบ่งชี้ และข้อห้ามของการล้างไต ในบางประเด็นให้ชัดเจนขึ้น ดังนี้

3.1) ผู้ป่วยที่มีสติปัญญาบกพร่อง (Mental retardation) จัดเป็นผู้ป่วยที่มีสภาพจิตบกพร่องรุนแรง ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการรักษาด้วยวิธี CAPD เป็นข้อห้ามสมบูรณ์ (Absolute contraindication) สำหรับการล้างไตทางช่องท้อง

3.2) ภาวะพังผืดในช่องท้องที่เป็นข้อห้ามสมบูรณ์ มีรายละเอียดหรือระดับความรุนแรง เมื่อพิจารณาต้องมีหลักฐานทางการแพทย์บ่งบอกชัดเจนว่า มี Peritoneal fibrosis หรือ Peritoneal sclerosis หรือมี Bowel adhesion ซึ่งอาจทราบได้จากการตรวจ Abdominal CT scan หรือ Laparoscopic examination หรือการผ่าตัดวางสาย Tenckhoff แล้วประสบปัญหา

3.3) ภาวะ Pleuro peritoneal ถือเป็นข้อห้ามของการล้างไต

3.4) ภาวะรอยโรคบริเวณผิวหนังหน้าท้องที่ไม่สามารถวางสายได้นั้น มีความหมายถึง รอยโรคที่เป็นถาวรในบริเวณผิวหนังที่จะทำการผ่าตัดวางสาย Tenckhoff ได้แก่ แนว Midline หรือ Paramedian และผิวหนังบริเวณที่จะทำ Exit site ซึ่งรอยโรคดังกล่าวจะเป็นอุปสรรคต่อ Healing หรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (ตามหนังสือที่ สตท.42/ 2552 ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2552)

4.4 วิธีการลงทะเบียน

4.4.1. ผู้ป่วย HD รายใหม่ ซึ่งไม่สมัครใจเลือกรับบริการทดแทนไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์ม FM-31812-006 เพื่อเสนอรายชื่อต่อคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับเขต เพื่อพิจารณาขอใช้วิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2551 เป็นต้นไป และไม่สมัครใจเลือกรับบริการทดแทนไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ให้ใช้แบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อพิจารณารับยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (FM-31812 00-024)

4.4.2 คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับเขต พิจารณาและส่งรายชื่อผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาว่าต้องทำ HD พร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ สปสช.เขต

4.4.3 สปสช.เขต ดำเนินการลงทะเบียนในรายที่ได้รับอนุมัติในโปรแกรม DMIS_HD ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน ให้ส่งรายชื่อพร้อมแบบเสนอรายชื่อและเอกสารประกอบ เพื่อเสนอคณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) พิจารณาเมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติแล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะดำเนินการลงทะเบียนใน DMIS_HD ตามแนวทางการเกิดสิทธิที่ สปสช.กำหนด

4.4.4 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจสอบข้อมูลการลงทะเบียนในโปรแกรม DMIS_HD และส่งข้อมูลให้สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการเบิกชดเชยค่าบริการเดือนละ 2 ครั้ง

4.4.5 หน่วยบริการ/สถานบริการ รับข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการลงทะเบียนผ่านโปรแกรมของ สกส. เพื่อบันทึกการให้บริการผู้ป่วยจะได้รับสิทธิ HD ในวันที่ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการฯ

5. แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้การสนับสนุนค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงแก่หน่วยบริการหรือสถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการ ดังนี้

5.1 ชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD

สำหรับผู้ป่วย HD รายเก่า และผู้ป่วย HD รายใหม่ ครั้งละ 1,500 บาท ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ ปอด ตับร่วมด้วย และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหน่วยบริการหรือสถานบริการขนาดใหญ่ที่มีการให้บริการห่อผู้ป่วยไอซียู โดยชดเชยผู้ป่วยรายเก่า และผู้ป่วยรายใหม่ครั้งละ 1,700 บาท ไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์ ทั้งนี้กรณีที่มีความจำเป็นต้องฟอกเลือดเกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (โดยถือวันจันทร์เป็นวันแรกของสัปดาห์) ให้ระบุเหตุผล/ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในโปรแกรม HD ของ สกส. ทุกครั้ง ทั้งนี้ หากไม่ระบุข้อมูลตามที่กำหนด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะไม่พิจารณาจ่ายชดเชย

5.2 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

5.2.1 การให้ยา Erythropoietin ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

5.2.2 การชดเชยค่าเตรียมเส้นเลือด (Vascular access)

หน่วยบริการ/สถานบริการ ที่เข้าร่วมให้บริการ HD จะรับการสนับสนุนการบริการ โดยมีรายละเอียดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) ที่กำหนด

6. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

6.1 การจ่ายชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

อัตราค่าบริการฟอกเลือดดังกล่าวตามประกาศ ครอบคลุมการบริการ ดังต่อไปนี้

6.1.1 ค่าอุปกรณ์ ได้แก่ Dialyzer, Blood line, AVF needle, Bicarbonate dialysate, Anticoagulant

6.1.2 ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่แพทย์สั่งระหว่างการฟอกเลือด ได้แก่ Glucose, Analgesic, Antihistamine และ Transquilizer drug

6.1.3 ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, Electrolytes, Calcium, Phosphate, Albumin, KT/V, URR, HBsAg, HBsAb, Anti HCV., EKG และ Chest X-ray

6.1.4 การล้างไตต้องทำไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ยกเว้น 1.กรณีการล้างไตสัปดาห์แรก (โดยนับวันจันทร์เป็นวันแรก) น้อยกว่า 4 ชั่วโมง และ 2.กรณีผู้ป่วยอาการไม่ Stable ให้จ่ายชดเชยได้

6.1.5 กรณีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการล้างไต ที่จำเป็นเร่งด่วน ให้หน่วยบริการที่รักษาภาวะแทรกซ้อนนี้ เรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบปกติ เช่น กรณีฉุกเฉินผู้ป่วยในให้เรียกเก็บตามระบบ DRG จากกองทุนผู้ป่วยใน ยกเว้นในกรณีสถานบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เป็นสถานบริการตามสัญญา สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายตามข้อบังคับมาตรา 7 ได้

6.1.6 ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการอื่นๆ เบิกจ่ายตามแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เช่น กรณีส่งต่อ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

6.1.7 กรณีเปลี่ยนสิทธิหรือเสียชีวิต จะหมดสิทธิในการขอรับค่าใช้จ่ายในเดือนที่ตรวจสอบหรือเป็นไปตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

6.1.8 กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่หน่วยบริการที่ลงทะเบียนไว้ จะต้องทำการส่งตัวผู้ป่วยไปรับบริการฟอกเลือดอีกหน่วยบริการหนึ่ง หน่วยบริการที่รับลงทะเบียนจะต้องส่งตัวผู้ป่วยผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด (โปรแกรม สกส.) และหน่วยบริการที่ฟอกเลือดสามารถรับค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้

6.1.9 การเบิกชดเชยค่าบริการ หน่วย HD จะเบิกได้เฉพาะผู้ป่วยที่ลงทะเบียนและมารับบริการในหน่วยของตนเองเท่านั้น หาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจพบว่า มีการนำข้อมูลที่ไม่ได้รับบริการที่หน่วยของตนเองมาเบิก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะพิจารณาเรียกเงินคืนหรือดำเนินการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนดต่อไป

6.1.10 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องทำการฟอกเลือดที่หน่วยบริการหรือสถานบริการแห่งอื่น (ที่อยู่ในโครงการ) นอกเหนือจากที่รับบริการประจำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในกรณีดังกล่าวขอให้หน่วยบริการ/สถานบริการแห่งอื่นที่รักษา ประสานแจ้งหน่วยบริการ HD ที่ผู้ป่วยลงทะเบียนไว้ ให้ทำการส่งต่อผู้ป่วยผ่านโปรแกรม สกส. และหน่วยบริการ/สถานบริการแห่งอื่น ที่ล้างไตสามารถรับค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้ โดยไม่ให้เบิกค่าตัวกรองเพิ่ม (การส่งตัวในโปรแกรมของ สกส.ในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี 3 แบบ ได้แก่ 1.โอนย้าย คือการส่งตัวชนิดถาวร 2.ชั่วคราว คือการส่งตัวเป็นระยะเวลา 7 วัน และ 3.ร่วมดูแล คือการส่งตัวที่สามารถเบิกจ่ายได้ทั้ง 2 หน่วย)

6.1.11 กรณีมีการตรวจสอบพบว่าการเบิกนั้นๆ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยที่กำหนด หรือ ไม่มีคุณภาพในการให้บริการตามเกณฑ์และแนวทางการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะพิจารณาเรียกเงินคืนหรือดำเนินการตามที่สำนักงานกำหนดต่อไป

6.2 การชดเชยค่าเตรียมเส้นเลือด

6.2.1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ/หรือหน่วยบริการ/สถานบริการ ที่มีสัญญาให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

6.2.2 ผู้ป่วยที่มีสิทธิได้รับการเตรียมเส้นเลือด สำหรับทำ HD (Vascular Access) ต้องเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD และลงทะเบียนแล้วเท่านั้น/ผู้ป่วย HD รายใหม่ที่ได้รับสิทธิ EPO จะไม่มีสิทธิเบิกค่า Vascular Access

6.2.3 หน่วยบริการ/สถานบริการ ที่ให้บริการเตรียมเส้นเลือด สำหรับทำ HD (Vascular Access) แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายได้ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

6.2.4 กรณีที่มีการส่งตัวผู้ป่วยจากหน่วยบริการ สถานบริการ ที่ไม่สามารถให้บริการเตรียมเส้นเลือด สำหรับทำ HD ได้ ไปรับบริการที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หรือหน่วยบริการที่ทำสัญญาให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หน่วยบริการนั้น สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้

6.2.5 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดการตัดรอบข้อมูลเพื่อการจ่ายชดเชย ทุกวันที่ 1 และ 16 ของทุกเดือนและทำการตรวจสอบข้อมูลพร้อมทั้งออกรายงานและขออนุมัติการ จ่ายภายใน 30 วันนับจากวันที่ตัดข้อมูล

7. วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนและชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริการ

7.1 การบันทึกข้อมูลการให้บริการ HD

หน่วยบริการ สถานบริการ สามารถบันทึกข้อมูลการให้บริการ HD และข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรม HD ที่พัฒนาโดยสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) โดยก่อนบันทึกข้อมูลเพื่อรับค่าใช้จ่าย ต้องทำการรับข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยเข้าโปรแกรม HD ก่อน และศึกษาขั้นตอนได้จาก Web site ของ สกส. กรณีให้บริการผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการ ลงทะเบียน (ได้รับการอนุมัติสิทธิ HD แล้วแต่ยังไม่มียชื่อในทะเบียน) ให้เก็บข้อมูลบริการไว้และ บันทึกหลังจากมีชื่อผู้ป่วยในทะเบียนแล้ว

การบันทึกค่าบริการ

7.1.1 บันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาลด้วยโปรแกรมทะเบียนการรักษาทดแทนไต (HD) เมื่อให้บริการผู้ป่วยทุกราย สำหรับข้อมูลบริการจะสิ้นสุดการส่งเบิกภายใน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการ เช่น ให้บริการในเดือนตุลาคม 2558 จะปิดรับการส่งเบิกในวันที่ 30 ตุลาคม 2559 โดย ข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย

7.1.2 ใช้อัตรา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

7.1.3 หน่วยบริการ สถานบริการ ส่งข้อมูลการรักษาได้ทุกวัน สกส.จะมีการตรวจสอบ ข้อมูล และส่งเอกสารตอบกลับคำรักษาพยาบาลรายวัน (REP) ให้หน่วยบริการ/สถานบริการรับทราบ ในวันทำการถัดไป

7.1.4 สกส.จะส่งรายงานสรุปรายยอดรวมรายการคำรักษาพยาบาล (Statement) ให้ หน่วยบริการเดือนละ 2 ครั้ง

7.1.5 สกส. จะส่งรายงานสรุปรายการตามรายการยา Erythropoietin (EUR) ให้หน่วยบริการทุกวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

7.1.6 หลังจากได้รับข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำการประมวลผลและออกรายงานการชดเชยให้ภายใน 30 วัน นับจากตัดข้อมูล

7.2 การบันทึกข้อมูลการเตรียมเส้นเลือดสำหรับทำ HD (Vascular access)

บันทึกในโปรแกรม E- Claim ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่านั้น

7.3 การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ

การเบิกชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะรับข้อมูลมาพิจารณาตรวจสอบ และออกรายงานการจ่ายชดเชย

7.3.1 ค่าบริการ HD จะออกรายงานขออนุมัติจ่ายชดเชย เดือนละ 2 ครั้ง

7.3.2 การชดเชยค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับทำ HD (Vascular access) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือน และออกรายงานขออนุมัติจ่ายชดเชย ภายในวันที่ 30 ของเดือนถัดไป

7.4 การอุทธรณ์หลังการจ่าย

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายค่าบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ถูกต้องตามแนวทางการจ่ายค่าบริการดังกล่าวนี้ สามารถอุทธรณ์มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ภายใน 30 วันหลังรับรายงานการโอนเงินทาง www.nhso.go.th/acc กรณีค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะพิจารณาจากข้อมูลบริการที่บันทึกและการถูกปฏิเสธในโปรแกรมของ สกส.

4 บทที่

การจัดบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการ ปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT)

1. หลักการและเหตุผล

การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) เป็นเป้าหมายหลักสำหรับการจัดบริการบำบัดทดแทนไตแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของประเทศไทย เนื่องจากเป็นวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตและทำงานได้ดีที่สุด การผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากและไม่เพียงต้องการความรู้ความชำนาญของทีมงานในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังต้องการความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่การเตรียมการจัดหาอวัยวะที่จะปลูกถ่าย การจัดเตรียมความพร้อมของผู้บริจาคหรืออวัยวะที่บริจาค การเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการ จนถึงภายหลังจากการปลูกถ่ายไตแล้วก็ยังคงต้องมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพื่อลดผลจากภาวะภูมิคุ้มกันที่มีต่ออวัยวะที่ปลูกถ่าย

ดังนั้น เพื่อสนับสนุนการจัดบริการปลูกถ่ายไตให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยบริการ จึงกำหนดแผนพัฒนาระบบในปี 2559 โดยจะสนับสนุนการพัฒนาระบบบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ การพัฒนาบุคลากร รวมถึงระบบการจัดการให้ราคาขายถดถูภูมิคุ้มกันลดลง

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไต ด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีสามารถกลับมาใช้ชีวิตและทำงานได้ตามปกติ

3. การบริหารงบประมาณ

เป้าหมายบริการ ปีงบประมาณ 2559 จะสนับสนุนการพัฒนาระบบตามแผนพัฒนาระบบบริการดังกล่าวข้างต้น และการชดเชยค่าบริการผู้ป่วยที่รับบริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ระยะเวลาในการดำเนินการ: ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2559

4. การบริหารจัดการ

4.1 การจัดระเบียบหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่จะให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีผ่าตัดปลูกถ่ายไต ต้องแสดงความจำนงเข้าร่วมบริการ โดยต้องเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติเป็นสมาชิกสามัญตามเกณฑ์ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและให้บริการผู้ป่วยตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย สปสช.เขต ดำเนินการตรวจสอบเอกสารรับรอง และแจ้ง สปสช. ประกาศขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบบริการ KT และ สปสช.เขตจะเพิ่มหน่วยบริการในระบบ Data Center และออก Username และ Password ให้หน่วยบริการนั้นๆ ดำเนินการให้บริการและบันทึกข้อมูลกิจกรรมบริการของ KT ได้ โดยอาจจะมีการประเมินความพร้อมในการให้บริการทุกปีตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

4.2 หน้าที่ของหน่วยบริการ

จัดระบบการลงทะเบียนผู้รับบริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

4.2.1 จัดให้มีระบบการให้บริการ KT ที่มีสถานที่และเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสม และพอเพียงเพื่อบริการผู้ป่วยรับบริการปลูกถ่ายไต

4.2.2 จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต หรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดหนึ่งคน เป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบโครงการ และมีพยาบาลโรคไตเป็น KT case manager

4.2.3 ให้บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน

4.2.4 จัดบริการให้เป็นไปตามชุดบริการต่างๆ (Protocol) ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

4.2.5 จัดให้มีกิจกรรมการให้บริการในแต่ละชุดบริการ (Protocol) ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

4.2.6 จัดเตรียมระบบในการส่งข้อมูลต่างๆ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดเพื่อประกอบการขอรับการชดเชยหรือสนับสนุนค่าบริการ

4.2.7 จัดให้มีคณะกรรมการโดยมีจำนวน และองค์ประกอบตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดทำหน้าที่ คัดกรองเบื้องต้นผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

4.3 รายชื่อหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน

หน่วยบริการที่มีศักยภาพและได้แสดงความจำนงให้บริการ รวม 20 แห่ง ดังนี้

4.3.1	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	กรุงเทพมหานคร
4.3.2	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กรุงเทพมหานคร
4.3.3	โรงพยาบาลรามาธิบดี	กรุงเทพมหานคร
4.3.4	โรงพยาบาลราชวิถี	กรุงเทพมหานคร
4.3.5	โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพมหานคร
4.3.6	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพมหานคร
4.3.7	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	กรุงเทพมหานคร
4.3.8	โรงพยาบาลขอนแก่น	ขอนแก่น
4.3.9	โรงพยาบาลศรีนครินทร์	ขอนแก่น
4.3.10	โรงพยาบาลชลบุรี	ชลบุรี
4.3.11	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่	เชียงใหม่
4.3.12	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	นครราชสีมา
4.3.13	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	ปทุมธานี
4.3.14	โรงพยาบาลพุทธชินราช	พิษณุโลก
4.3.15	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	สงขลา
4.3.16	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	สุราษฎร์ธานี
4.3.17	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	อุบลราชธานี
4.3.18	โรงพยาบาลตำรวจ	กรุงเทพมหานคร
4.3.19	โรงพยาบาลหาดใหญ่	สงขลา
4.3.20	โรงพยาบาลอุดรธานี	อุดรธานี

หมายเหตุ: หากมีหน่วยบริการขึ้นทะเบียนเพิ่มเติมตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะประกาศเพิ่มเติมต่อไป

4.4 การลงทะเบียนผู้ป่วย

4.4.1 ผู้มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้ง สิทธิว่าง และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาว่าจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตตามเกณฑ์ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ส่วนผู้บริจาคไต (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้

4.4.2 การลงทะเบียนผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการลงทะเบียน โดยบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม DMIS_KT ซึ่งหน่วยบริการจะต้องตรวจสอบสิทธิก่อนการให้บริการทุกครั้ง และ ณ วันที่รับบริการ KT ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5. แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ

การสนับสนุนการให้บริการ KT ครอบคลุมตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด การปลูกถ่ายไต และการดูแลหลังปลูกถ่ายไต โดยการสนับสนุนเป็นไปตามแบบแผนการรักษา (Protocol) ตามที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยเสนอ โดย Protocol ดังกล่าว มีการจำแนกย่อย และมีค่าใช้จ่ายที่จ่ายเหมาะสมตาม Protocol โดยแบ่งการจ่ายเงินเป็น 2 ช่วง มีรายละเอียดดังนี้

5.1 ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

5.1.1 สำหรับผู้บริจาคอวัยวะ ทั้งผู้บริจาคที่มีชีวิต และผู้บริจาคสมองตาย

5.1.2 สำหรับผู้รับบริจาค

5.2 ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

ขตเซยให้หน่วยบริการ แบบราคาเหมาจ่ายค่าบริการต่อชุดบริการ (Protocol) ในระหว่างเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในจนกระทั่งจำหน่าย รวมทั้งเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 2 กรณี คือ

5.2.1 กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายตาม Protocol I-IV

5.2.2 กรณีมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย จ่ายตาม Protocol

1) Antibody Mediated Rejection ประกอบด้วย Protocol AMR-A และ Protocol AMR-B

2) Acute Cellular Rejection ประกอบด้วย Protocol ACR-A และ Protocol ACR-B

3) Delay Graft Function ประกอบด้วย Protocol DGF-A Protocol DGF-B และ Protocol DGF-C

ตารางที่ 2 รายละเอียดการสนับสนุนค่าบริการปลูกถ่ายไต

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด		
1.1 สำหรับผู้บริจาค (Donor)		
1.1.1 ผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor)		
1.1.1.1 ค่าเตรียมผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor)	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้รับบริจาค 1 ราย 	40,000
1.1.1.2 ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor) ระหว่างเข้ารับการผ่าตัด	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	32,800
1.1.2 ผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)		
1.1.2.1 ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor) (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย หรือหน่วยบริการที่ผ่าตัด)	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าดูแล Donor • ค่าผ่าตัด • ค่าน้ำยาถนอมอวัยวะ • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค 	40,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย
1.2 สำหรับเตรียมผู้รับบริจาค (Recipient)		
1.2.1 ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคที่มีชีวิต		
1.2.1.1 ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	31,300
1.2.2 ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคสมองตาย		
1.2.2.1 ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	31,300
1.2.2.2 ค่าส่งตรวจ Panel reactive antibody	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจ Panel reactive antibody ทุก 3 เดือน/ครั้ง จ่ายครั้งละ 	1,800
2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด		
2.1 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-I <ul style="list-style-type: none"> • สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย • ใช้ยากกดภูมิคุ้มกัน Cyclosporine + Mycophenolate • ไม่รวม Complication ต่าง ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ • ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล 	143,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย
<p>Protocol-II</p> <ul style="list-style-type: none"> • สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย • ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus + Mycophenolate • ไม่รวม Complication ต่าง ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ • ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล 	148,000
<p>Protocol-III</p> <ul style="list-style-type: none"> • สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย • ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab + Cyclosporine + Mycophenolate • ไม่รวม Complication ต่าง ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ • ค่ายา Basiliximab X 2 dose • ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล 	287,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย
Protocol-IV <ul style="list-style-type: none"> สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab + Cyclosporine + Mycophenolate ไม่รวม Complication ต่าง ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจเอกซเรย์ ค่าผ่าตัด ค่าห้องและค่าอาหาร ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ค่ายา Basiliximab X 2 dose ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล 	292,000
2.2 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีมีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol ACR-A (Acute Cellular Rejection) <ul style="list-style-type: none"> ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Acute Cellular Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ค่ายา Methylprednisolone ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่ม Protocol DGF-B) 	23,000
Protocol ACR-B (Refractory Acute Cellular Rejection) <ul style="list-style-type: none"> ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Acute Cellular Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ค่ายา Methylprednisolone ค่ายา Anti-thymocyte globulin ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่ม Protocol DGF-B) 	493,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย
<p>Protocol AMR-A (Antibody Mediated Rejection)</p> <ul style="list-style-type: none"> ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Antibody Mediated Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ค่ายา Methylprednisolone ค่ายา Intravenous immunoglobulin ค่า Plasmapheresis และตัวกรอง Plasma flux ค่าสาย Double lumen catheter ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย Protocol DGF-C) 	340,000
<p>Protocol AMR-B (Refractory Antibody Mediated Rejection)</p> <ul style="list-style-type: none"> ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Antibody Mediated Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ค่ายา Methylprednisolone ค่ายา Intravenous Immunoglobulin ค่ายา Rifuximab ค่า Plasmapheresis และตัวกรอง Plasmaflux ค่าสาย Double lumen catheter ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย Protocol DGF-C) 	426,000
<p>Protocol DGF-A (Delay Graft Function)</p> <ul style="list-style-type: none"> ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ค่าสาย Double lumen catheter ค่าทำ Acute hemodialysis 	56,000

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย ต่อราย
Protocol DGF-B (Delay Graft Function Acute Cellular Rejection) <ul style="list-style-type: none"> ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol ACR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function ร่วมกับ Acute Cellular Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ค่าสาย Double lumen catheter ค่าทำ Acute hemodialysis ไม่รวมค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน Protocol ACR-A และ ACR-B) 	40,000
Protocol DGF-C (Delay Graft Function with Antibody Mediated Rejection) <ul style="list-style-type: none"> ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol AMR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function ร่วมกับ Antibody Mediated Rejection เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ค่าทำ Acute hemodialysis ไม่รวมค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ และค่าสาย Double lumen catheter (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน Protocol AMR-A และ AMR-B) 	35,000

5.3 สรุป

5.3.1 ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

ประเภทการจ่าย		เงื่อนไข	อัตราจ่าย (บาท)
ผู้บริจาค	สมองตาย	ผ่าตัดนำอวัยวะออก	40,000 ต่อไต 1 ข้าง
	มีชีวิต	เตรียมผู้บริจาค	40,000
		ผ่าตัดนำอวัยวะออก	32,800
ผู้รับบริจาค		ก่อนรับผ่าตัด	31,300
		ค่าตรวจ PRA ทุก 3 เดือน	1,800 ต่อครั้ง

5.3.2 ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด แยกเป็นประเภท ดังนี้

- 1) อัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ตามตารางที่ 4)
- 2) อัตราจ่ายกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย (ตามตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 แสดงอัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

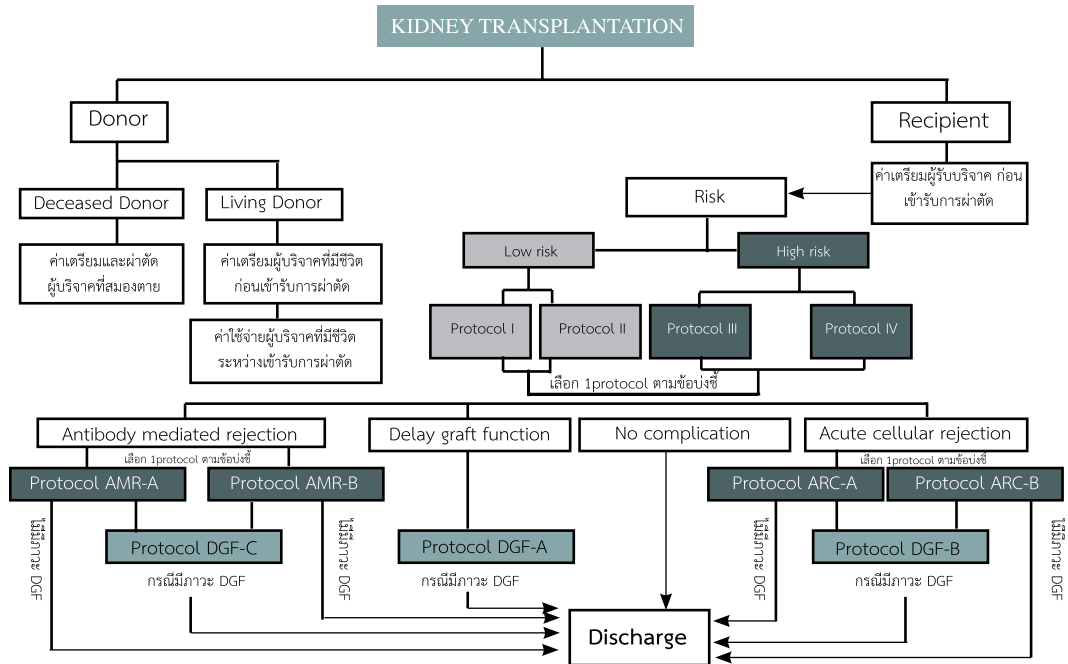
Protocol	อัตราจ่าย (บาท)
Protocol-I	143,000
Protocol-II	148,000
Protocol-III	287,000
Protocol -IV	292,000

ตารางที่ 5 แสดงอัตราจ่ายกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย

Protocol	อัตราจ่าย (บาท)
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 (Delay graft function)	56,000
Protocol DGF-B (Delay graft function with acute cellular rejection)	40,000
Protocol DGF-C (Delay graft function with antibody mediated rejection)	35,000

หมายเหตุ: การรับบริการปลูกถ่ายไต ให้หน่วยบริการประจำจัดทำใบส่งตัวผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการที่ทำข้อตกลงปลูกถ่ายไต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้ถือว่าใบส่งตัวนั้นครอบคลุมการส่งตัวรักษาโรคอื่น ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไต 1 ปี

แผนภาพที่1 แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการปลูกถ่ายไต



หมายเหตุ:

1. ภาวะแทรกซ้อน Protocol AMR และ Protocol ACR สามารถเกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัด (ในช่วงระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาล) หน่วยบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเพิ่มเติมจาก Protocol 1-4 ได้ โดยบันทึกข้อมูลในโปรแกรม DMIS-KT แพทย์ผู้รักษาจะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามข้อบ่งชี้ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย
2. ภาวะแทรกซ้อน Protocol DGF (Delay graft function) สามารถเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว และกลับมาอนในโรงพยาบาลใหม่ หน่วยบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามที่กำหนด

5.3.3 เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

- 1) การจ่ายค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่ายตาม Protocol ที่กำหนด หากมีการปรับเปลี่ยน Protocol ระหว่างรับการรักษา จะได้รับค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณา
- 2) ค่าบริการที่จ่ายนี้ไม่ครอบคลุมโรคแทรกซ้อน หรือโรคที่เป็นอยู่เดิม หากหน่วยบริการต้องให้บริการในกรณีโรคแทรกซ้อน หรือโรคเดิม ให้ส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปี 2559 (หน่วยบริการประจำหรือ

หน่วยบริการที่ร่วมโครงการต้องแจ้งให้ผู้ป่วยผ่านระบบส่งต่อตั้งแต่แรกเริ่มเข้าสู่โครงการ เพื่อป้องกันการปฏิเสธการจ่ายในกรณีที่มีการรักษาโรคอื่นๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อน หรือโรคเดิม เป็นต้น)

3) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากโครงการตามขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขนี้ จนกระทั่งสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้มีสิทธิ เช่น เสียชีวิต หรือเปลี่ยนสิทธิ

4) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด ในช่วงเวลาประมาณ 21 วัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่าย ระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดใน Protocol

5.3.4 งดการจ่ายเงิน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดการตัดข้อมูลเพื่อจ่ายชดเชย ทุกสิ้นเดือน และทำการตรวจสอบและออกรายงานขออนุมัติจ่ายชดเชยภายใน 30 วัน

5.3.5 การส่งเอกสารหลักฐานเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม DMIS-KT ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยน Protocol หรือเสียชีวิต ระหว่างผ่าตัด หรืออื่นๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาจขอสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยได้

5.3.6 การอุทธรณ์

หน่วยบริการที่ได้ให้บริการนอกเหนือจากแนวทางปฏิบัติที่กำหนดใน Protocol สามารถส่งหลักฐาน คือ สำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาขออุทธรณ์ได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ทั้งนี้ผลการอุทธรณ์ให้ถือตามผลการพิจารณาของคณะกรรมการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด



การจัดบริการยากดภูมิคุ้มกัน ภายหลังการปลูกถ่ายไต

1. หลักการและเหตุผล

เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้จัดระบบการสนับสนุน การให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต (Immunosuppressive drug) ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและหน่วยบริการที่ร่วมโครงการ ด้วยแนวทางการสนับสนุนดังนี้

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับบำบัดทดแทนไตด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้เข้าถึงยากดภูมิคุ้มกัน

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน มีคุณภาพชีวิต และได้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีสามารถกลับมาใช้ชีวิตและทำงานได้ตามปกติ

3. การบริหารงบประมาณ

เป้าหมาย: ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตรายเก่า (ผ่าตัดก่อน 1 ตุลาคม 2551) และรายใหม่ (ผ่าตัดหลัง 1 ตุลาคม 2551)

ระยะเวลาในการดำเนินการ: ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 จนถึง วันที่ 30 กันยายน 2559

4. การบริหารจัดการ

การรับยากดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressive drug) ภายหลังจากการปลูกถ่ายไต โดยเกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มกันต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ยากดภูมิคุ้มกันต้องเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น

4.1 การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่จะดำเนินการให้บริการจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน ต้องแสดงความจำนงเข้าร่วมบริการ โดยต้องเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ซึ่ง สปสช.จะดำเนินการตรวจรับรองและขึ้นทะเบียน โดยอาจจะมีการประเมินความพร้อมในการให้บริการทุกปี ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

4.1.1 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน มีจำนวน 22 แห่ง ดังนี้

- | | |
|--|---------------|
| 1) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช | กรุงเทพมหานคร |
| 2) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า | กรุงเทพมหานคร |
| 3) โรงพยาบาลรามาริบัติ | กรุงเทพมหานคร |
| 4) โรงพยาบาลราชวิถี | กรุงเทพมหานคร |
| 5) โรงพยาบาลศิริราช | กรุงเทพมหานคร |
| 6) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ | กรุงเทพมหานคร |
| 7) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช | กรุงเทพมหานคร |
| 8) โรงพยาบาลขอนแก่น | ขอนแก่น |
| 9) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ | ขอนแก่น |
| 10) โรงพยาบาลชลบุรี | ชลบุรี |
| 11) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ | เชียงใหม่ |
| 12) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา | นครราชสีมา |
| 13) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ | ปทุมธานี |
| 14) โรงพยาบาลพุทธชินราช | พิษณุโลก |
| 15) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร | พิษณุโลก |

16) โรงพยาบาลระยอง	ระยอง
17) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	สงขลา
18) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	สุราษฎร์ธานี
19) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	อุบลราชธานี
20) โรงพยาบาลตำรวจ	กรุงเทพมหานคร
21) โรงพยาบาลหาดใหญ่	สงขลา
22) โรงพยาบาลอุดรธานี	อุดรธานี

หมายเหตุ: ทั้งนี้หากมีหน่วยบริการเพิ่มเติม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะประกาศเพิ่มต่อไป

4.1.2 หน้าที่ของหน่วยบริการ

ให้บริการยากดภูมิคุ้มกันแก่ผู้ป่วยที่หน่วยบริการนั้นได้ผ่าตัดปลูกถ่ายไต ให้ หรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมาจากหน่วยบริการ/สถานบริการอื่นๆ โดยดำเนินการ ดังนี้

- 1) จัดระบบการลงทะเบียนผู้รับบริการรับยากดภูมิคุ้มกันภายหลังปลูกถ่ายไต
- 2) จัดให้มีระบบการให้บริการจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน ที่มีสถานที่และเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสมและพอเพียงเพื่อบริการผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไตอย่างต่อเนื่อง
- 3) จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต หรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด และมีพยาบาลโรคไตเป็น KT case manager
- 4) ให้บริการการจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressive drug) ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) การให้บริการเป็นไปตามเงื่อนไขการจ่าย ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย
- 6) จัดเตรียมระบบในการส่งข้อมูลต่างๆ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดเพื่อประกอบการขอรับการชดเชยหรือสนับสนุนค่าบริการ

4.2 การลงทะเบียนผู้ป่วย

ผู้มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึง สิทธิว่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตจากหน่วยบริการ สถานบริการต่างๆ ทั้งรายเก่า และรายใหม่

การลงทะเบียนผู้ป่วย

ให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ ลงทะเบียนผู้ป่วยที่มีสิทธิรับบริการยากดภูมิคุ้มกัน ภายหลังจากปลูกถ่ายไตในโปรแกรม DMIS_KT เมื่อได้รับการลงทะเบียนแล้ว หน่วยบริการจะตรวจสอบสิทธิก่อนการให้บริการทุกครั้ง และ ณ วันที่รับบริการรับยากดภูมิคุ้มกันหลังปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง

5. แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ

เกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มกันภายหลังจากปลูกถ่ายไต ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันด้วย โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต ดังนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราการชดเชยต่อเดือน (บาท)
หลังผ่าตัด 1-6 เดือน	30,000
หลังผ่าตัด 7-12 เดือน	25,000
หลังผ่าตัด 13-24 เดือน	20,000
หลังผ่าตัด 25 เดือนขึ้นไป	15,000

6. เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

การจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายชดเชยต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือสิ้นสุดตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

7. การส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการ บันทึกข้อมูลการรักษาและติดตามผลให้ครบถ้วน ในโปรแกรม DMIS_KT เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายในวันที่ 30 ของทุกเดือน โดยหน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้ยาได้ไม่เกิน 1 ครั้ง/เดือน

8. การออกรายงานการจ่ายเงิน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดรอบในการตัดข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย วันที่ 30 ของทุกเดือน และพิจารณาออกรายงานเพื่อขออนุมัติจ่ายเงิน ทุกวันที่ 30 ของเดือนถัดไป

9. การอุทธรณ์

กรณีที่หน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับการพิจารณาจ่าย สามารถดำเนินการอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วันหลังรับรายงานการโอนเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (วันที่ปรากฏในข้อมูลการจ่ายชดเชยใน www.nhso.go.th/acc)

6 บทที่

การสนับสนุนยา Erythropoietin

1. หลักการและเหตุผล

เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับบริการทดแทนไตที่มีคุณภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงกำหนดให้การสนับสนุนยา Erythropoietin ซึ่งเป็นยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเป็นต่อการรักษาพยาบาล

2. แนวทางการสนับสนุน

2.1 ให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิรับบริการล้างไตทางช่องท้อง CAPD และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD และผู้ป่วยรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลังวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด มีสิทธิได้รับยาตามความจำเป็น และข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ รวมทั้งราคาของยาแต่ละชื่อยา ตามตารางที่ 6 ดังนี้

ตารางที่ 6 แสดงรายการสนับสนุนยา Erythropoietin

ชื่อยา	ขนาดยา	ระดับ Hct ≤ 30% เบิกได้ตามจ่ายจริงและไม่เกิน	ระดับ Hct > 30% เบิกได้ตามจ่ายจริงและไม่เกิน
Epiao	4,000 ü	4,000 ü X 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 ü X 4 ครั้งต่อเดือน
Eporon	4,000 ü	4,000 ü X 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 ü X 4 ครั้งต่อเดือน
Renogen	4,000 ü	4,000 ü X 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 ü X 4 ครั้งต่อเดือน
Hema-plus	4,000 ü	4,000 ü X 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 ü X 4 ครั้งต่อเดือน
Espogen	4,000 ü	4,000 ü X 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 ü X 4 ครั้งต่อเดือน
Recombinant Human EPO	4,000 ü	4,000 ü X 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 ü X 4 ครั้งต่อเดือน
Eritromax	4,000 ü	4,000 ü X 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 ü X 4 ครั้งต่อเดือน
Hypercrit	4,000 ü	4,000 ü X 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 ü X 4 ครั้งต่อเดือน
Epokine	4,000 ü	4,000 ü X 8 ครั้งต่อเดือน	4,000 ü X 4 ครั้งต่อเดือน

หมายเหตุ: รายการยาอาจมีการเปลี่ยนแปลงในระหว่างปีตามสถานการณ์ทางตลาด

2.2 ให้หน่วยบริการ/สถานบริการที่ร่วมให้บริการ CAPD และ HD มีสิทธิเบิกยา Erythropoietin ที่ใช้บริการผู้ป่วย ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และเบิกค่าบริหารจัดการ ค่าบริการอื่นๆ และการส่งข้อมูลการใช้ยาดังกล่าว ในอัตรา 50 บาทต่อการใช้ยา 1 ครั้ง และรวมทั้งเดือน ไม่เกิน 200 บาทต่อผู้ป่วยที่ต้องให้ยา 1 คน โดยเบิกยาและส่งข้อมูลผ่านระบบตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดทุกเดือน

2.3 หน่วยบริการ/สถานบริการที่ให้ยา Erythropoietin ชื่อทางการค้าชื่อใดชื่อหนึ่ง ควรใช้ยาชื่อนั้นต่อเนื่องกันอย่างน้อย 1 ปี ยกเว้นมีเหตุจำเป็นทางการแพทย์ก็สามารถเปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่นหรือที่มีชื่ออื่นได้ โดยให้หน่วยบริการ/สถานบริการทำหนังสือชี้แจงเหตุผลในการเปลี่ยนยาให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบ รวมทั้งต้องติดตามระดับ Hematocrit(Hct) ทุก 4 สัปดาห์ในผู้ป่วย HD และ ทุก 8 สัปดาห์ ในผู้ป่วย CAPD เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยาผู้ป่วยกรณีผู้ป่วย HD จะต้องลงนามผู้ให้ยาพร้อมติดสติ๊กเกอร์กำกับลงในใบ HemoSheet ทุกครั้ง หากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจสอบแล้วพบว่าระดับ Hct. ที่ตรวจได้ไม่ตรงกับข้อมูลที่หน่วยบริการ/สถานบริการบันทึกเบิกสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจพิจารณาเรียกคืนยาได้

2.4 การให้ยา Erythropoietin ต้องให้โดยบุคลากรทางการแพทย์ของหน่วยบริการ หรือสถานบริการโดยตรง สำหรับผู้ป่วย CAPD อาจให้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายที่อยู่ใกล้บ้านได้โดยจะต้องส่งยาด้วยระบบ Cold chain และมีใบส่งตัวผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะได้รับยาเมื่อมารับบริการฟอกเลือดในหน่วย HD โดยไม่ให้ผู้ป่วยนำยาไปฉีดเองที่บ้าน

3. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

3.1 ผู้ที่มีสิทธิรับยา เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีสิทธิล้างไตทางช่องท้อง CAPD ผู้ป่วยมีสิทธิฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD และผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลังวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (ผู้ป่วยที่จ่ายค่าฟอกเลือดเอง)

3.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายชดเชยยาให้หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ CAPD และหน่วยบริการ/สถานบริการ ที่มีสัญญาให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

3.3 หน่วยบริการ/สถานบริการ ที่ให้ยาแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสิทธิเบิกยาได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

3.4 การประมวลผลข้อมูลเพื่อชดเชยยา Erythropoietin จะดูจากผล Hct ขนาดยา และชื่อยาที่ใช้กับผู้ป่วย รายละเอียดการคำนวณจำนวนยาสำหรับหน่วยบริการ CAPD และ หน่วยบริการ/สถานบริการ HD จะใช้วิธีการคำนวณแบบเดียวกัน

3.5 ค่า Hematocrit (Hct) ที่ใช้ในเป็นเกณฑ์ คือค่า Hct ต่ำสุดของเดือนในกรณีที่หน่วยบริการไม่ได้ตรวจในครั้งใด ก็จะใช้ค่า Hct ที่หน่วยบริการนั้นตรวจให้แก่ผู้ป่วยในครั้งก่อน แต่ไม่เกิน 28 วันในผู้ป่วย HD และไม่เกิน 60 วัน ในกรณีผู้ป่วย CAPD

3.6 รอบบัญชีที่ใช้ในการคำนวณคือ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันสิ้นเดือนของแต่ละเดือน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะชดเชยยาให้แก่หน่วยบริการ/สถานบริการ เดือนละ 1 ครั้ง

4. วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุน และชดเชยค่าใช้จ่าย ในการบริการ

4.1 การบันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin และค่าบริหารจัดการยา

4.1.1 หน่วยบริการ CAPD

1) บันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรม DMIS_CAPD โดยบันทึกข้อมูลหลังจากให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกเดือน และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะตัดข้อมูลการบริการของเดือนที่ผ่านมา ในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะประมวลข้อมูลและคำนวณเพื่อชดเชยยา Erythropoietin ตามแนวทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ซึ่งยาจะส่งถึงหน่วยบริการหลังจากตัดข้อมูลประมาณ 10 วัน

3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำการประมวลและคำนวณค่าบริหารจัดการยา เพื่อจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการ ทุกสิ้นเดือน

4) หน่วยบริการสามารถตรวจสอบข้อมูลการได้รับชดเชยยา หรือ Erythropoietin Usage Report (EUR) ได้ที่ Web site DMIS_CAPD

4.1.2 หน่วยบริการ/สถานบริการ HD

1) บันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรมฟอกเลือด ที่พัฒนาโดยสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)

2) หน่วยบริการ/สถานบริการ ส่งข้อมูลการรักษาได้ทุกวัน สทส.จะมีการตรวจสอบข้อมูล และส่งเอกสารตอบรับรายวัน (REP) ให้หน่วยบริการ/สถานบริการรับทราบในวันทำการถัดไป

3) สทส. จะตัดข้อมูลการบริการของรอบเดือนที่ผ่านมา ในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป และจะประมวลผลเพื่อส่งยาให้หน่วยบริการ/สถานบริการ ซึ่งยาจะส่งถึงหน่วยบริการหลังจากตัดข้อมูลประมาณ 10 วัน

4) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะประมวลและคำนวณค่าบริหารจัดการยา เพื่อจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการทุกสิ้นเดือน

5) สทส.จะส่งรายงานสรุปรายงานการให้ยา Erythropoietin (EUR) พร้อมค่าบริหารจัดการยา ให้หน่วยบริการเดือนละ 1 ครั้ง

4.2 การกำหนดรอบข้อมูล และการออกรายงาน

4.2.1 การชดเชยยา Erythropoietin แก่หน่วยบริการ/สถานบริการ หลังได้รับข้อมูลจาก สกส. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะดำเนินการจัดส่งยา โดยหน่วยบริการ/สถานบริการจะได้รับยา ประมาณ 10 วัน หลังตัดข้อมูล

4.2.2 การชดเชยค่าบริการจัดการยา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกรายงานขออนุมัติจ่ายชดเชย เดือนละ 1 ครั้ง

4.3 การอุทธรณ์หลังการจ่าย

กรณีที่หน่วยบริการเห็นว่าการจ่ายชดเชยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ถูกต้องตามแนวทางการจ่ายชดเชยดังกล่าวนี้ สามารถอุทธรณ์ มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ภายใน 30 วันหลังรับรายงานการจ่ายยา

ทั้งนี้ รายละเอียดการสนับสนุนต่างๆ เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และแนวทางการสนับสนุนยา Erythropoietin สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับบริการทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)



การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไต สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

1. ความหมาย

การอุทธรณ์การจ่ายชดเชย เป็นการขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณา ทบทวนการจ่ายชดเชยค่าบริการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ตรวจสอบข้อมูล การจ่ายและทำการโอนเงินให้แล้ว และทางหน่วยบริการ/สถานบริการ ไม่เห็นด้วยกับผล การพิจารณาการจ่ายชดเชยค่าบริการ นั้น

การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการจะเกิดขึ้นได้ หลังจากหน่วยบริการ/สถานบริการได้ ทราบผลการจ่ายชดเชยค่าบริการในแต่ละงวดแล้ว และมีความเห็นแย้งกับผลการจ่ายชดเชย ทั้งกรณีไม่ได้รับการชดเชย ได้รับการชดเชยไม่ครบ หรือไม่ตรงกับที่ขอเบิก (กรณีที่ยังไม่ถึงรอบ การพิจารณา หรือยังไม่ได้รับการตรวจสอบ จึงไม่ใช่การขออุทธรณ์)

2. วิธีการขออุทธรณ์

2.1 ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) ให้หน่วยบริการทำหนังสือ เรื่องการขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายโดยระบุสาเหตุ และลงนามโดย ผู้บริหารหน่วยบริการ พร้อมกับแนบหลักฐานประกอบ ได้แก่

2.1.1 รายงานการจ่ายเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จาก www.nhso.go.th/acc

2.1.2 สำเนาการบันทึกข้อมูล Follow up ในโปรแกรม DMIS_CAPD

2.2 ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD)

2.2.1 ให้หน่วยบริการ/สถานบริการ บันทึกขอแก้ไขข้อมูล พร้อมทั้งแนบหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ ในโปรแกรม HDepac ของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) รายละเอียดดังคู่มือการใช้งานโปรแกรม HDepac (Download คู่มือที่ CS3.chi.or.th/hdepac)

2.3 ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin)

2.3.1 กรณีผู้ป่วย HD ให้ใช้วิธีการเช่นเดียวกับการอุทธรณ์ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในข้อ 2.2

2.3.2 กรณีผู้ป่วย CAPD ให้ทำหนังสือขออุทธรณ์ ลงนามโดยผู้บริหารพร้อมแนบเอกสาร ได้แก่

- 1) รายงานการจ่ายชดเชยยา Erythropoietin (EUR) จากโปรแกรม DMIS_CAPD
- 2) รายงานการเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจาก www.nhso.go.th/acc (กรณีอุทธรณ์ค่าบริหารจัดการยา)
- 3) บันทึก ผลการตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit)

3. ขั้นตอนการอุทธรณ์

3.1 หน่วยบริการ/สถานบริการจัดทำหนังสือแจ้งการขออุทธรณ์ พร้อมแนบหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ให้ครบถ้วน สำหรับ HD และ Erythropoietin ในผู้ป่วย HD ให้ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม HDepac เท่านั้น

3.2 หน่วยบริการ/สถานบริการ สามารถอุทธรณ์ มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ ภายใน 30 วันหลังรับรายงานการจ่าย และต้องเป็นข้อมูลการให้บริการที่ย้อนหลังไม่เกิน 360 วัน นับจากวันที่รับบริการ

3.3 การตัดรอบการรับข้อมูลอุทธรณ์เพื่อนำมาตรวจสอบและพิจารณาจ่าย จะดำเนินการทุก 3 เดือน

3.4 กรณีอุทธรณ์ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) จะพิจารณาจากข้อมูลที่หน่วยบริการ/สถานบริการบันทึกในโปรแกรมของ สกส. และมีผลการตอบรับเป็นปฏิเสธการชดเชย เท่านั้น กรณีไม่มีข้อมูลจาก สกส. จะไม่พิจารณา

3.5 หน่วยบริการ/สถานบริการ สามารถตรวจสอบข้อมูลการโอนเงิน ได้ทาง Website พร้อมกับงวดการจ่ายชดเชยปกติทาง www.nhso.go.th/acc

4. ระยะเวลาในการขออุทธรณ์

กำหนดภายใน 30 วัน (รวมวันหยุดราชการ) โดยนับจากวันที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแจ้งรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ (วันที่ปรากฏในข้อมูลการจ่ายชดเชยใน www.nhso.go.th/acc) สำหรับการอุทธรณ์จะสิ้นสุดภายใน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการ เช่น ให้บริการในเดือนตุลาคม 2558 จะปิดรับการอุทธรณ์ในวันที่ 30 ตุลาคม 2559 โดยข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ที่จะขอรับค่าใช้จ่า

8

บทที่

การกำกับติดตาม ประเมินผล

1. หลักการและเหตุผล

การกำกับติดตามประเมินผล เป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับการบริหารจัดการในทุกระดับ ช่วยให้ทราบว่าแผนงาน โครงการมีความก้าวหน้า บรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร ผลที่ได้จากการกำกับติดตามประเมินผลจะช่วยให้มีข้อมูลความสำเร็จ จุดแข็ง หรือข้อจำกัดและแนวทางในการปรับปรุงประสิทธิภาพในการดำเนินงาน เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันถึงความสำเร็จตามเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ที่กำหนดไว้ใน บทที่ 1 ในปีงบประมาณ 2559 จึงได้มีการกำหนดตัวชี้วัดของระบบบริการโรคไตวายไว้ ดังต่อไปนี้

2. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2559

2.1 การเข้าถึงบริการ พิจารณาจาก

2.1.1 อัตราการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตเทียบกับอัตราความชุกของการเกิดโรค

ชื่อตัวชี้วัด	อัตราการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตเทียบกับอัตราความชุกของการเกิดโรค
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เข้าถึงการบำบัดทดแทนไต
ความสำคัญ	การบำบัดทดแทนไตเป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง การดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานป้องกันการล้มละลายจากการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงซึ่งเกินความสามารถของครัวเรือนที่จะรับภาระได้

ชื่อตัวชี้วัด	อัตราการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตเทียบกับอัตราความชุกของการเกิดโรค
วิธีการวัด (Measurement tool)	สัดส่วนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่เข้าถึงการบริการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธี CAPD HD และ KT ตามเกณฑ์ (ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยแห่งประเทศไทย) เมื่อเทียบกับความชุก (Prevalence) ของผู้ป่วยที่ต้องรับบริการทดแทนไต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ความชุก (Prevalence) ของผู้ป่วยที่ต้องรับบริการทดแทนไต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง ผู้ป่วยรายเก่า ที่รับบริการทดแทนไตต่อเนื่อง และประมาณการผู้ป่วยรายใหม่ตามอุบัติการณ์ตามปีงบประมาณ (ประมาณการผู้ป่วยรายใหม่ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย)
ตัวตั้ง (Numerator)	จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรายเก่าที่ต้องรับบริการทดแทนไตต่อเนื่อง+ผู้ป่วยรายใหม่ที่ลงทะเบียนรับบริการทดแทนไต
ตัวหาร (Denominator)	ผู้ป่วยรายเก่าที่รับบริการทดแทนไตต่อเนื่อง + ผู้ป่วยรายใหม่ ตามประมาณการตามปีงบประมาณ
วิธีคำนวณ (Calculation method)	$\frac{\text{ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรายเก่าที่ต้องรับบริการทดแทนไตต่อเนื่อง} + \text{ผู้ป่วยรายใหม่ที่ลงทะเบียนรับบริการทดแทนไต}}{(\text{ผู้ป่วยรายเก่าที่รับบริการทดแทนไตต่อเนื่อง} + \text{ผู้ป่วยรายใหม่ตามประมาณการตามปีงบประมาณ})} \times 100$
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล DMIS ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ประมาณการผู้ป่วยรายใหม่ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
เวลาในการรายงาน	รายงานทุก 3 เดือน และรายงานสรุปผลการดำเนินงานรายปีงบประมาณ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ รายงาน	หน่วยบริการ: บันทึกข้อมูลบริการผ่านโปรแกรม DMIS สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลาง: รวบรวมและจัดทำรายงานข้อมูลการมารับบริการในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ รายไตรมาส และนำเสนอผ่านระบบบริการข้อมูลสารสนเทศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติติดตามและประเมินผลผลลัพธ์ ประสิทธิภาพการดำเนินงานการให้บริการในระดับประเทศและระดับเขตสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบกับนโยบาย แผนการดำเนินงาน การบริหารจัดการ มาตรฐานการให้บริการและปัจจัยแวดล้อมในพื้นที่

2.1.2 อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

ชื่อตัวชี้วัด	อัตราการเข้าถึงของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต
วัตถุประสงค์	เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการผ่าตัดปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ความสำคัญ	การผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยไตกลับมาใช้ชีวิตและทำงานได้ดีที่สุด ลดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดี
วิธีการวัด (Measurement tool)	สัดส่วนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต
ตัวตั้ง (Numerator)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ปีงบประมาณปัจจุบัน - จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ปีงบประมาณที่ผ่านมา
ตัวหาร (Denominator)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ปีงบประมาณที่ผ่านมา
วิธีคำนวณ (Calculation method)	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ปีงบประมาณปัจจุบัน} - \text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ปีงบประมาณที่ผ่านมา} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ปีงบประมาณที่ผ่านมา}}$
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล DMIS ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เวลาในการรายงาน	รายงานทุก 3 เดือน และรายงานสรุปผลการดำเนินงานรายปีงบประมาณ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ รายงาน	<p>หน่วยบริการ : บันทึกข้อมูลบริการผ่านโปรแกรม DMIS</p> <p>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลาง: รวบรวมและจัดทำรายงาน ข้อมูลการมารับบริการในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ รายไตรมาส และนำเสนอผ่านระบบบริการข้อมูลสารสนเทศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติติดตามและประเมินผลผลลัพธ์ ประสิทธิภาพการดำเนินงานการให้บริการในระดับประเทศและระดับเขตสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยวิเคราะห์ผล เปรียบเทียบกับนโยบาย แผนการดำเนินงาน การบริหารจัดการ มาตรฐานการให้บริการและปัจจัยแวดล้อมในพื้นที่</p>

2.1.3 ร้อยละ CKD clinic ตั้งแต่ระดับ F1 ขึ้นไปในแต่ละเครือข่าย

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละ CKD clinic ตั้งแต่ระดับ F1 ขึ้นไปในแต่ละเครือข่าย
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ความสำคัญ	การชะลออัตราการเกิดไตเสื่อม ที่มีสาเหตุจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง นับเป็นเป้าหมายสำคัญของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์แห่งชาติ เพื่อลดอัตราการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
วิธีการวัด (Measurement tool)	<p>CKD clinic หมายถึง หน่วยบริการในสถานบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ครบทุกระยะและเป็นการส่งเสริมป้องกันการชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องมีองค์ประกอบ 3 ข้อ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> บุคลากร ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> แพทย์ พยาบาล นักกำหนดอาหาร หรือ นักโภชนาการ เภสัชกร ระบุคนที่แน่นอน นักกายภาพบำบัด ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับศักยภาพของโรงพยาบาล EDUCATION PROGRAM ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> การใช้ยา การรับประทานอาหาร การปฏิบัติตัว ในระดับ รพศ./รพท. มีการให้คำแนะนำและเตรียมพร้อมผู้ป่วย CKD มีการจัดทำระบบข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
	<p>หมายเหตุ</p> <ol style="list-style-type: none"> กำหนดให้ รพ.ระดับ รพศ. (A)/รพท. (S)/รพท.ขนาดเล็ก (M1) ที่จัดตั้ง CKD Clinic ต้องมีองค์ประกอบครบ ทั้ง 3 ข้อ ถ้าไม่มีต้องพัฒนาต่อไป ระดับ รพช. (M2, F1) จัดให้มีบริการรักษา และให้ความรู้ผู้ป่วย CKD ตามองค์ประกอบและมีบุคลากรตามกรอบอัตรากำลังและมีแนวทาง (CPG) การส่งต่อผู้ป่วย CKD ไป รพ. A, S, M1 ตามความรุนแรงของโรค
ตัวตั้ง (Numerator)	<p>A 1 = จำนวน รพ.ระดับ A, S, M1 ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ที่มีการจัดตั้ง CKD clinic ใน รพ.</p> <p>A 2 = จำนวน รพ.ระดับ M2, F1 ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ที่มีการจัดตั้ง CKD clinic ใน รพ.</p>

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละ CKD clinic ตั้งแต่ระดับ F1 ขึ้นไปในแต่ละเครือข่าย
ตัวหาร (Denominator)	จำนวนเป้าหมาย Service Plan B 1 = จำนวน รพ.ระดับ A, S, M1 ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่ง (N = 116 แห่ง) B 2 = จำนวน รพ.ระดับ M2, F1 ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่ง (N = 164 แห่ง)
วิธีคำนวณ (Calculation method)	1. $(A1/B1) \times 100$ 2. $(A2/B2) \times 100$
แหล่งข้อมูล	การรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต
เวลาในการรายงาน	รายงานสรุปผลการดำเนินงานรายปีงบประมาณ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ รายงาน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลาง: รวบรวมและจัดทำรายงาน ข้อมูลการมารับบริการในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และนำเสนอผ่านระบบ บริการข้อมูลสารสนเทศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติติดตามและ ประเมินผลผลลัพธ์ ประสิทธิภาพการดำเนินงานการให้บริการในระดับประเทศ และระดับเขตสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยวิเคราะห์ผลเปรียบเทีย กับนโยบาย แผนการดำเนินงาน การบริหารจัดการ มาตรฐานการให้บริการและ ปัจจัยแวดล้อมในพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต: ติดตามผลการดำเนินงานการให้ บริการในระดับหน่วยบริการและพื้นที่รับผิดชอบ โดยวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบกับ มาตรฐานการให้บริการและปัจจัยแวดล้อมในพื้นที่

2.2 ติดตามคุณภาพการให้บริการ พิจารณาจาก

2.2.1 อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD

ชื่อตัวชี้วัด	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา 12 เดือน หลังเริ่มต้นรับการรักษา
วัตถุประสงค์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายสนับสนุน PD first policy เพื่อติดตามคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ CAPD ในหน่วยบริการและเครือข่าย และปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย
ความสำคัญ	เพื่อประเมินผลสำเร็จของการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตัวชี้วัดนี้ใช้ติดตามประสิทธิผลการดำเนินงานภาพรวม
ความหมาย	โอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้อง ในระยะเวลา 12 เดือนหลังเริ่มต้นรับการรักษา ด้วยการวิเคราะห์ทางสถิติ
วิธีการวัด (Measurement tool)	วิเคราะห์ Survival function ด้วยวิธีของ Kaplan-Meier ในผู้ป่วยล้างไตผ่านทางช่องท้อง (ไม่นับรวมผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อน 90 วันหลังเริ่มการรักษา)
ตัวตั้ง (Numerator)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้องที่รอดชีวิต
ตัวหาร (Denominator)	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้องทั้งหมด
วิธีคำนวณ (Calculation method)	เข้าสู่สูตรคำนวณของ Kaplan-Meier
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล DMIS ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เวลาในการรายงาน	รายงานสรุปผลการดำเนินงานรายปีงบประมาณ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ รายงาน	หน่วยบริการ: บันทึกข้อมูลบริการผ่านโปรแกรม DMIS สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลาง: รวบรวมและจัดทำรายงานข้อมูลการมารับลงทะเบียนเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และนำเสนอผ่านระบบบริการข้อมูลสารสนเทศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ติดตามและประเมินผลผลลัพธ์ ประสิทธิภาพการดำเนินงานการให้บริการในระดับประเทศและระดับเขตสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบกับนโยบาย แผนการดำเนินงาน การบริหารจัดการ มาตรฐานการให้บริการและปัจจัยแวดล้อมในพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต: ติดตามผลการดำเนินงานการให้บริการในระดับหน่วยบริการและพื้นที่รับผิดชอบโดยวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบกับมาตรฐานการให้บริการและปัจจัยแวดล้อมในพื้นที่



**ກາດ
ພນວກ**



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการบำบัดทดแทนไต
ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)
พ.ศ. ๒๕๕๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ มาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับข้อ ๔ วรรคสอง แห่งข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๔๗ และข้อ ๖๓ ของเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๕๗ รวมทั้งมติคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๕๗ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องแนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไต ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) พ.ศ.๒๕๕๖ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๕๖

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เข้าถึงบริการทดแทนไตระดับจังหวัด หรือระดับเขต

“หน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้หมายรวมถึง สถานบริการสาธารณสุข ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบให้เข้าร่วมโครงการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

/ข้อ ๓ หลักเกณฑ์...

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หรือ Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ให้เป็นไปตาม เอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๔ บรรดาประกาศ หลักเกณฑ์ หรือคำสั่งอื่นใด ที่กำหนดไว้แล้วซึ่งขัดหรือแย้งกับ ประกาศนี้ ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ข้อ ๕ ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗

(นายประทีป ธนกิจเจริญ)

รองเลขาธิการ รักษาการแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการบำบัดทดแทนไต
ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) พ.ศ. ๒๕๕๗
ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้การสนับสนุนหน่วยบริการที่เข้าร่วม
โครงการ CAPD ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ดังนี้

๑. คุณสมบัติหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่ร่วมโครงการต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
และผ่านการประเมินตามแบบประเมินหน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง(CAPD)
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒. คุณสมบัติผู้ป่วยที่จะได้รับสิทธิในโครงการ

(๑) เป็นผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการบำบัด
ทดแทนไตตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

(๓) ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ เป็นผู้สมควรได้รับการรักษาโดยการล้างไต
ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)

(๔) ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโครงการ CAPD จากหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ
และมีการบันทึกข้อมูลการรักษาลงในโปรแกรม DMIS_CAPD หรือโปรแกรมอื่นที่สำนักงาน
กำหนด รวมทั้งบันทึกการติดตาม ตามที่สำนักงานกำหนด

๓. การสนับสนุนหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับการสนับสนุนจากสำนักงาน ดังนี้

๓.๑ การสนับสนุนน้ำยาและเวชภัณฑ์

(๑) การสนับสนุนน้ำยา CAPD

สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย โดยสำนักงาน หรือองค์การเภสัชกรรม หรือหน่วยงานของรัฐ
อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย จะเป็นผู้จัดส่งให้หน่วยบริการ หรือส่งให้ผู้ป่วยโดยตรง(ตามที่หน่วยบริการ
ระบุ) หน่วยบริการสามารถสั่งน้ำยา CAPD ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD หรือโปรแกรมอื่นที่
สำนักงานกำหนดให้แก่ผู้ป่วยได้ ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ คนละไม่เกิน ๔ ถังต่อวัน

กรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้น้ำยา CAPD เกินกว่า ๔ ถังต่อวัน ให้หน่วยบริการแจ้ง
ให้สำนักงานเพื่อพิจารณาสนับสนุนเพิ่มเป็นรายกรณีไป

/ (๒) การ...

๕

(๒) การสนับสนุนยา Erythropoietin

สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย โดยใช้หลักเกณฑ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พ.ศ. ๒๕๕๕ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๕๕

(๓) การสนับสนุนสาย Tenckhoff catheter

สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย โดยหน่วยบริการสามารถสั่งผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD หรือ โปรแกรมอื่นที่สำนักงานกำหนด เพื่อใช้กับผู้ป่วยรายใหม่ และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนโดยทั่วไปไม่เกิน ๑ สาย ต่อผู้ป่วย ๑ ราย ต่อปี กรณีมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนเกินกว่าที่กำหนดให้หน่วยบริการให้บริการแล้วแจ้งสำนักงานทราบ

๓.๒ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

(๑) ค่าตอบแทนหน่วยบริการแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติม(On top)

จ่ายในอัตรา ๓,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วย ๑ รายต่อเดือนสำหรับหน่วยบริการ เพิ่มเติมจากแบบเหมาจ่ายรายหัว ในการให้บริการประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย การวางสาย Tenckhoff catheter การบริการ CAPD แบบผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยใน หรือ ค่ายาพื้นฐาน และยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการบริการ CAPD โดยตรง รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนโดยตรงที่เกิดจากการบริการ CAPD ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หรือตามที่สำนักงานกำหนด ตลอดจนเป็นค่าภาระงานแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องตามระเบียบของหน่วยบริการนั้นๆ

กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น ให้หน่วยบริการที่รับลงทะเบียน CAPD เป็นผู้ตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการบริการ CAPD ให้กับหน่วยบริการหรือสถานบริการที่รับส่งต่อ และค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากการบริการ CAPD โดยตรง ให้หน่วยบริการหรือสถานบริการรับส่งต่อเบิกจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ค่าสนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งให้ชมรมผู้ป่วยหรืออาสาสมัครอื่น จ่ายให้หน่วยบริการที่มีผู้ป่วย CAPD มากกว่า ๓๐ รายขึ้นไป ในอัตรา ๖๐,๐๐๐ บาทต่อหน่วยบริการต่อปี

๓.๓ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายกรณีอื่น นอกจากค่าใช้จ่ายตาม ๓.๒ แล้ว สำนักงานได้กำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายกรณีอื่นไว้ ดังนี้

(๑) กรณีผู้ป่วยย้ายหน่วยบริการ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายในเดือนนั้นๆ ให้หน่วยบริการใหม่ที่ให้การรักษา

/(๒) กรณี...



(๒) กรณีผู้ป่วยใหม่ที่มีภาวะยูรีเมีย และผู้ป่วยเก่าที่มีความจำเป็นต้องหยุดล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) เป็นการชั่วคราว หากมีความจำเป็นต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว(Temporary HD) สำนักงานจะจ่ายค่าตอบแทนในราคา ๑,๕๐๐ บาท ต่อครั้งของการบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(HD) หรือตามอัตราค่าตอบแทน บริการ HD ตามปกติ ที่ปรับเปลี่ยนใหม่เป็นระยะเวลาไม่เกิน ๙๐ วัน ทั้งนี้หากหน่วยบริการ CAPD ไม่สามารถให้บริการ HD ได้เอง และส่งผู้ป่วยไปรับบริการ HD ที่หน่วยฟอกเลือดอื่น หน่วยบริการ CAPD จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดให้หน่วยฟอกเลือดที่ส่งไปนั้น และเบิกค่าตอบแทนจากสำนักงาน ตามราคาที่สำนักงานกำหนด กรณีที่มีความจำเป็นต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว(Temporary HD) มากกว่า ๙๐ วันให้ทำเรื่องขออุทธรณ์ผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต

(๓) กรณีที่ไม่สามารถกลับมารักษาโดย CAPD ได้ต้องเปลี่ยนเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบถาวร ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง(CAPD) เมื่อได้รับการอนุมัติฯ สำนักงานจะจัดให้มีการลงทะเบียนและเบิกค่าใช้จ่ายตามประกาศของสำนักงาน ว่าด้วยการสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis:HD)

(๔) กรณีเจ็บป่วยอื่น ๆ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นนอกเหนือจาก CAPD หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายรายหัว ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และอื่นๆ ตามแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน

๔. วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนจากสำนักงาน

๔.๑ การรับการสนับสนุนน้ำยา CAPD ยา Erythropoietin และ สาย Tenckhoff catheter

(๑) หน่วยบริการบันทึกข้อมูล เบิกจ่ายน้ำยา CAPD ยา Erythropoietin และสาย Tenckhoff catheter และอุปกรณ์อื่นๆ เช่น Transfer set , out port clamp , minicap ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD หรือโปรแกรมอื่นที่สำนักงานกำหนด

(๒) สำนักงานจะให้การสนับสนุนผ่านระบบการบริหารจัดการผลิตภัณฑ์ ตามที่สำนักงานกำหนด

๔.๒ การขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

(๑) การขอรับค่าตอบแทนหน่วยบริการแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติม(On top) ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการบริการ และการนัดติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD หรือโปรแกรมอื่นที่สำนักงานกำหนดทุกเดือน โดยสำนักงานจะตรวจสอบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและการให้บริการ และตอบแทนให้เป็นรายเดือนหรือตามที่ได้รับรายงานข้อมูลการให้บริการ

/(ข) กรณี...



(๒) สนับสนุนให้หน่วยบริการเพื่อจัดกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งให้ชมรมผู้ป่วยโรคไต หรืออาสาสมัครอื่น

(ก) หน่วยบริการจัดทำโครงการสนับสนุนกิจกรรมอาสาสมัครผู้ป่วยโรคไตตามแบบฟอร์ม CAPD ๔P ทุกปี เสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

(ข) สำนักงานจะสนับสนุนงบประมาณเมื่อได้รับและเห็นชอบตามแผนงานหรือโครงการ หน่วยบริการละ ๒๐,๐๐๐ บาท ต่อปี ผ่านหน่วยบริการ CAPD โดยตรง

(ค) หน่วยบริการส่งรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบฟอร์ม CAPD ๔R ทุกปี เสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณก่อนรับการสนับสนุนในปีต่อไป

๕. การอุทธรณ์หลังการจ่าย

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายค่าตอบแทนของสำนักงานไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ หรือมีค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วย CAPD นอกเหนือจากแนวทางที่สำนักงานกำหนด และเป็นภาระอย่างมากหรืออาจกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ หน่วยบริการมีสิทธิอุทธรณ์ต่อสำนักงาน ภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ได้รับรายงานการจ่ายเงิน





ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยวิธีการฟอกเลือด
ด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) (ฉบับที่ ๓)
พ.ศ. ๒๕๕๕

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยรายเก่าเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖(๑๔) และมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๙/๒๕๕๕ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕ เลขธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกความใน ข้อ ๑ (๑) ของประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) ลงวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๒ และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๑ (๑) ผู้ป่วย HD รายเก่าที่มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้ป่วยที่เปลี่ยนสิทธิจากระบบอื่น เช่น สิทธิประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการข้าราชการ เป็นต้น ซึ่งได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ โดยรับบริการที่หน่วยบริการ หรือสถานบริการ HD ที่ได้ขึ้นทะเบียนกับสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยผู้ป่วยไม่ต้องร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การสนับสนุนครั้งละ ๑,๕๐๐ บาทหรือ ๑,๗๐๐ บาท ตามข้อ ๓ (๑) และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงตามข้อ ๓ (๒) โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ แต่ต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ รวมทั้งมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์”

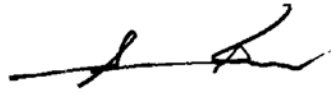
ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน ข้อ ๓ (๑) ของประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) ลงวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๒ และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

/ข้อ ๓(๑)...

“ข้อ ๓ (๑) ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วย HD รายเก่าตามข้อ ๑ (๑) และผู้ป่วย HD รายใหม่ตามข้อ ๑ (๒) ครั้งละ ๑,๕๐๐ บาท แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี และมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น เช่น โรคหัวใจ ปอด ตับ ร่วมด้วย และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหน่วยบริการหรือสถานบริการขนาดใหญ่ที่มีการให้บริการหอผู้ป่วยไอซียู จ่ายค่าบริการครั้งละ ๑,๗๐๐ บาท สำหรับผู้ป่วยตามข้อ ๑(๑) และผู้ป่วยตามข้อ ๑(๒)”

ข้อ ๓ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๕



(นายวินัย สวัสดิ์วร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD)(เพิ่มเติม)

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖(๑๔) และมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๙/๒๕๕๑ วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๑ และครั้งที่ ๕/๒๕๕๒ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๒ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกความใน ข้อ ๓(๒)(ข) ของประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(Hemodialysis : HD) ลงวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๒ และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“ (ข) ค่าใช้จ่ายสำหรับ vascular access ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้เป็นไปตามแนวทางการเบิกจ่ายแนบท้ายประกาศนี้ ”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๓ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

(นายประทีป ธนกิจเจริญ)
รองเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการเบิกจ่าย vascular access สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ชนิดของ vascular access	ข้อบ่งชี้	ราคาจ่าย	จำนวนครั้งในการเบิก	หน่วยบริการ หรือสถานบริการ
Tunnel cuffed catheter	สำหรับผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษาจาก CAPD เป็น chronic hemodialysis ในกรณีดังนี้ (๑) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD (๒) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่รอใช้ AVF หรือ AVG (๓) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ไม่สามารถทำ AVF หรือ AVG	๑๒,๐๐๐ บาท (รวมค่าสายและ ค่าใส่สาย)	เบิกตามจริง แต่ไม่เกิน ๑ ครั้ง/ปี	ศูนย์ฟอกเลือดหรือโรงพยาบาล
AVF	สำหรับผู้ป่วย chronic hemodialysis ในกรณีดังนี้ (๑) ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษาจาก CAPD เป็น chronic hemodialysis (๒) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD (๓) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ต้องทำ AVF ใหม่	๘,๐๐๐ บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่า OR และค่าห้องปฏิบัติการ)	เบิกตามจริง แต่ไม่เกิน ๑ ครั้ง/ปี	โรงพยาบาล

ชนิดของ vascular access	ข้อบ่งชี้	ราคาจ่าย	จำนวนครั้งในการเบิก	หน่วยบริการ หรือสถานบริการ
AVG	สำหรับผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ไม่สามารถทำ AVF ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้ (๑) ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษาจาก CAPD เป็น chronic hemodialysis (๒) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD (๓) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ต้องทำ AVG ใหม่	๘,๐๐๐ บาท (รวมค่าผ่าตัด, ค่า OR และ ค่าห้องปฏิบัติการ แต่ไม่รวมค่า graft) <u>ค่า graft ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท</u>	เบิกตามจริง แต่ไม่เกิน ๑ ครั้ง/ปี	โรงพยาบาล
Temporary double lumen catheter	สำหรับผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่รอใช้ AVF หรือ AVG	๕,๐๐๐ บาท (รวมค่าสายและค่าใส่สาย)	จำนวนครั้งเบิกตามจริง แต่ไม่เกิน ๑ ครั้ง/ปี	ศูนย์ฟอกเลือดหรือโรงพยาบาล

หมายเหตุ

๑. ผู้ป่วยใหม่ที่ต้องทำ temporary hemodialysis ก่อนทำ CAPD ให้รวมค่าสาย Temporary double lumen catheter อยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัว ๓,๐๐๐ บาท/คน/เดือน
๒. ผู้ป่วย CAPD ที่ต้องทำ temporary hemodialysis หลังจากเริ่มทำ CAPD เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ให้รวมค่าสาย Temporary double lumen catheter อยู่ในค่าเหมาจ่าย ๓,๐๐๐ บาท/คน/เดือน
๓. ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการแก้ไข AVF หรือ AVG สามารถเบิกค่าแก้ไขเพิ่มเติมตามที่ใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๘,๐๐๐ บาท ในระยะเวลา ๑ ปี
๔. ในกรณีที่หน่วยบริการหรือสถานบริการมีความจำเป็นต้องใช้รายการต่างๆ หรืออุปกรณ์ในการรักษาเพิ่มเติมจากที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ในประกาศนี้ และมีค่าใช้จ่ายที่สูงอย่างชัดเจน หน่วยบริการหรือสถานบริการสามารถอุทธรณ์ค่าใช้จ่ายดังกล่าวว่าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้
๕. ปีหมายถึงปีงบประมาณ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย(ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๕๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงบัญชีรายการยา กรณีสนับสนุนยา Erythropoietin (ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง) แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) จากหน่วยบริการหรือสถานบริการที่ร่วมให้บริการ ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙/๒๕๕๑ เมื่อวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๑ และครั้งที่ ๕/๒๕๕๒ เมื่อวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๖๓ ของเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๕๗ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกรายชื่อยาในบัญชีตามตารางรายการยา Erythropoietin ในข้อ ๒ ของประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พ.ศ.๒๕๕๕ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๕๕ และใช้บัญชีรายการยาตามตารางแนบท้ายประกาศนี้แทน

ข้อ ๒ ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๘ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๘

(นายวินัย สวัสดิวัตน์)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บัญชีรายการยา Erythropoietin ที่สนับสนุนแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ดังนี้

ชื่อยา	ขนาดยา	ระดับ Hct \leq 30% เบิกได้ตามจ่ายจริงและไม่เกิน	ระดับ Hct $>$ 30% เบิกได้ตามจ่ายจริงและไม่เกิน
Epiao	4,000 ู	4,000 ู X 8 ต่อเดือน	4,000 ู X 4 ต่อเดือน
Eporon	4,000 ู	4,000 ู X 8 ต่อเดือน	4,000 ู X 4 ต่อเดือน
Renogen	4,000 ู	4,000 ู X 8 ต่อเดือน	4,000 ู X 4 ต่อเดือน
Hema-plus	4,000 ู	4,000 ู X 8 ต่อเดือน	4,000 ู X 4 ต่อเดือน
Esrogen	4,000 ู	4,000 ู X 8 ต่อเดือน	4,000 ู X 4 ต่อเดือน
Recombinant Human EPO	4,000 ู	4,000 ู X 8 ต่อเดือน	4,000 ู X 4 ต่อเดือน
Eritromax	4,000 ู	4,000 ู X 8 ต่อเดือน	4,000 ู X 4 ต่อเดือน
Hypercrit	4,000 ู	4,000 ู X 8 ต่อเดือน	4,000 ู X 4 ต่อเดือน
Hemapo	4,000 ู	4,000 ู X 8 ต่อเดือน	4,000 ู X 4 ต่อเดือน
Epokine	4,000 ู	4,000 ู X 8 ต่อเดือน	4,000 ู X 4 ต่อเดือน
Binocrit	4,000 ู	4,000 ู X 8 ต่อเดือน	4,000 ู X 4 ต่อเดือน



การคำนวณจำนวนยา Epoetin และค่าบริหารยา ที่จัดสรรให้กับหน่วยบริการ

ข้อกำหนดของข้อมูลที่ใช้:

1. รอบบัญชีที่ใช้ในการคำนวณคือ 1 เดือน โดยนับตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันสิ้นเดือนของแต่ละเดือน
2. ข้อมูลแต่ละรอบบัญชีได้จากข้อมูลการให้บริการฟอกเลือดที่ส่งเบิกไปยัง สปส. โดยตัดข้อมูลเพื่อใช้คำนวณแต่ละรอบบัญชีในวันตัดยอดรอบ Statement แรกของเดือนถัดไป กรณีข้อมูลส่งช้าไม่ทันการตัดยอดของรอบบัญชีนั้นๆ จะไม่มีการคำนวณยา Epoetin และค่าบริหารยาให้ ทั้งนี้ให้หน่วยบริการใช้ระบบลู่รวมไปยัง สปสช.
3. ค่า Hematocrit(Hct) ที่ใช้เป็นเกณฑ์ คือ Hct ค่าต่ำสุดของเดือน โดยใช้ค่า Hct ของผู้ป่วยรายหนึ่งๆ จากทุกหน่วยบริการในเดือนนั้น ค่า Hct นี้เป็นค่าที่ตรวจในแต่ละครั้งที่ได้บันทึกไว้ กรณีที่หน่วยบริการไม่ได้ตรวจในครั้งใด ก็จะใช้ค่า Hct ที่หน่วยบริการนั้นตรวจให้แก่ผู้ป่วยนี้ในครั้งก่อนแต่ไม่เกิน 28 วันแทน
4. การคำนวณ Epoetin ที่ใช้กับผู้ป่วยรายหนึ่งๆ ในรอบบัญชีหนึ่งๆ จะรวบรวมข้อมูลการใช้ยา Epoetin ในของทุกหน่วยบริการ โดยนำไปใช้คำนวณเฉพาะยาที่ให้ตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด กล่าวคือ
 - 4.1 เป็นบันทึกการฟอกเลือดที่มีการเลือก “ขอเบิก” ไว้
 - 4.2 ค่า Hct ครั้งนั้นต้องไม่เกินค่าที่ระบุว่าสามารถให้ Epoetin ได้ (36%)
 - 4.3 Epoetin ที่ให้ต้องเป็นยาที่อยู่ในบัญชีรายชื่อทางการค้าที่ สปสช. กำหนดไว้
5. การคำนวณปริมาณยา Epoetin กรณีที่มีการใช้มากกว่า 1 ชื่อทางการค้าในหน่วยบริการ 1 แห่ง หรือมากกว่า 1 แห่ง จะใช้สัดส่วนของปริมาณยา Epoetin แต่ละชื่อทางการค้าที่จัดสรรให้เป็นเกณฑ์ในการคำนวณ
6. การคำนวณครั้งการบริหารยา Epoetin นับจากจำนวนครั้งของการใช้ตามข้อ 4
7. การคำนวณค่าบริหารยากรณีผู้ป่วยใช้บริการในหน่วยบริการมากกว่า 1 แห่ง จะจัดสรรตามสัดส่วนจำนวนครั้งการบริหารยาของทุกหน่วยบริการในรอบบัญชีนั้น

วิธีการคำนวณจำนวนยา Epoetin และค่าบริหารยา

1. กรณีใช้ยา Epoetin ชนิดเดียว จำนวนยาที่ใช้ ให้เทียบตามตารางชื่อยาและHct ค่าต่ำสุดประกอบ โดยเบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกินที่กำหนด กรณีไปใช้บริการมากกว่า 1 รพ. ให้แบ่งตามสัดส่วนตามจำนวนยาที่ใช้

ตัวอย่าง :

กรณี 1. ผู้ป่วยรับบริการ รพ.เดียว ใช้ยาชนิดเดียว และใช้ยาเกินกำหนด

- ผู้ป่วยรับบริการเพียง รพ.เดียว ได้รับการฉีดยาชนิด Eritrogen รับบริการ 9 ครั้ง จำนวนยาที่ใช้จัดรวม 36,000 หน่วย Hct ค่าต่ำสุดของผู้ป่วยหาได้ 32%

พิจารณาชนิดของยา Eritrogen ประกอบกับ ระดับ Hct จากตารางชื่อยา Epoetin

ชื่อยา	ขนาดยา	ระดับ Hct ≤ 30% เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน	ระดับ Hct > 30% - 36% เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน
Eritrogen	4,000	4,000 x 8. คือเดือน	4,000 x 4 คือเดือน

ฉะนั้น ผู้ป่วยรายนี้ สามารถจ่ายยา Eritrogen ได้ 20,000 หน่วย เท่านั้น

กรณี 2. ผู้ป่วยรับบริการ 2 รพ. ใช้ยาชนิดเดียวกัน

กรณี 2.1 ใช้ยาไม่เกินกำหนด

- ผู้ป่วยรับบริการและได้รับการฉีดยาชนิด Eritrogen ดังนี้

จะได้ จำนวนยา Eritrogen ที่ฉีดให้ผู้ป่วย รวม 16,000 หน่วย Hct ต่ำสุดคือ 30% เมื่อเทียบตารางชื่อยา Epoetin แล้ว ใช้ไม่เกินกำหนด 40,000 หน่วย จึงจ่ายยาได้ 16,000 หน่วย

สรุป

$$\text{รพ. A ได้รับยา} = 12,000.00 \text{ หน่วย}$$

$$\text{รพ. B ได้รับยา} = 4,000.00 \text{ หน่วย}$$

กรณี 2.2 ใช้ยาเกินกำหนด

- ผู้ป่วยรับบริการและได้รับการฉีดยาชนิด Eritrogen ดังนี้

$$\text{รพ. A รับประทาน 4 ครั้ง จำนวนยาที่ใช้ฉีดรวม 16,000 หน่วย Hct ต่ำสุดของผู้ป่วยได้ 32\%}$$

$$\text{รพ. B รับประทาน 2 ครั้ง จำนวนยาที่ใช้ฉีดรวม 8,000 หน่วย Hct ต่ำสุดของผู้ป่วยได้ 34\%}$$

จะได้ จำนวนยา Eritrogen ที่ฉีดให้ผู้ป่วย รวม 24,000 หน่วย Hct ต่ำสุดคือ 32% เมื่อเทียบตารางชื่อยา Epoetin แล้ว ใช้ไม่เกินกำหนด 20,000 หน่วย จึงจ่ายยาได้ 20,000 หน่วย จึงแบ่งยาให้ทั้ง 2 รพ. ดังนี้ โดยให้แบ่งตามสัดส่วนตาม จำนวนยาที่ใช้ดังนี้

$$\text{สูตร รพ. ได้รับยา} = [\text{จำนวนยาที่ฉีดรวมของ รพ.} / \text{จำนวนยาที่ฉีดรวมทั้งหมด}] \times \text{จำนวนยาที่จ่ายได้}$$

$$\text{รพ. A ได้รับยา} = [16,000/24,000] \times 20,000 = 13,333.3300 \text{ หน่วย}$$

$$\text{รพ. B ได้รับยา} = [8,000/24,000] \times 20,000 = 6,666.6700 \text{ หน่วย}$$

- กรณีใช้ยา Epoetin ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป จะต้องคำนวณจำนวนยาที่ฉีดให้เป็นหน่วยเดียวกันก่อน โดยใช้ยาชนิดที่ให้ขนาด ยาใช้มากที่สุดเป็นมาตรฐาน จากนั้นก็คำนวณตามสัดส่วน

วิธีการแปลงยาให้เป็นหน่วยเดียวกัน (Base)

$$\text{สูตร จำนวนยาที่แปลงเป็นหน่วยมาตรฐาน(Base)} = u \times [M/U]$$

กำหนด u = จำนวนยาที่ใช้ฉีดรวมของยาที่ต้องการแปลงเป็นหน่วยมาตรฐาน

M = จำนวนยาที่จ่ายได้ตามตารางของยามาตรฐานตามเงื่อนไข Hct

U = จำนวนยาที่จ่ายได้ตามตารางของยาที่ต้องการแปลงตามเงื่อนไข Hct

วิธีการแปลงยาจากหน่วยมาตรฐานให้เป็นหน่วยเดิมของยา (Net)

$$\text{สูตร จำนวนยาหน่วยมาตรฐานแปลงเป็นหน่วยเดิม Net}(u) = u' \times [U/M]$$

กำหนด u' = จำนวนยาตามหน่วยมาตรฐาน ที่ได้รับการจัดสรรตามสัดส่วน

M = จำนวนยาที่จ่ายได้ตามตารางของยามาตรฐานตามเงื่อนไข Hct

U = จำนวนยาที่จ่ายได้ตามตารางของยาที่ต้องการแปลงตามเงื่อนไข Hct

ตัวอย่าง :

กรณี 1. ผู้ป่วยรับบริการ รพ.เดียว ใช้จ่าย 2 ชนิดไม่เกินกำหนด

ผู้ป่วย ได้รับการฉีดยา ดังต่อไปนี้

- ชนิด Epokine รับบริการจำนวน 2 ครั้ง
จำนวนยาที่ใช้ฉีดรวม 8,000 หน่วย(a)
- ชนิด Renogen รับบริการจำนวน 6 ครั้ง
จำนวนยาที่ใช้ฉีดรวม 24,000 หน่วย(b)

ในการรับบริการทั้งหมดรวม 8 ครั้ง หากค่า Hct ต่ำสุดของผู้ป่วยได้ 30%

พิจารณาชนิดของยา Epokine และ Renogen ประกอบกับ ระดับ Hct จากตารางชื่อยา Epoetin

ชื่อยา	ขนาดยา	ระดับ Hct $\leq 30\%$ เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน
Epokine	4,000	4,000 x 8 ต่อเดือน(C)
Renogen	4,000	4,000 x 10 ต่อเดือน(D)

จะได้ว่า Renogen ให้ขนาดยาใช้ได้มากที่สุด ดังนั้นจึงต้องแปลง Epokine ให้เป็นหน่วยเดียวกับ Renogen จากสูตร จำนวนยาที่แปลงเป็นหน่วยมาตรฐาน แทนค่าได้ดังนี้

$$\text{ยาชนิด Epokine Base(a)} = 8,000 \times [40,000/32,000] = 10,000 \text{ หน่วย}$$

จากนั้นนำผลรวมจำนวนยาทั้งหมดที่ได้เป็นหน่วยเดียวกัน(c) = Base(a) + b = 34,000 หน่วย

นำผลรวมที่ได้(c) มาเทียบกับตารางชื่อยา Epoetin อีกครั้ง จะได้ว่าไม่เกินที่กำหนด(D) ดังนั้นจึงจ่ายยาได้ตามจริงแต่ไม่เกินที่กำหนด (Quota) คือ 34,000 หน่วย

$$\text{Quota(c)} = 34,000 \text{ หน่วย}$$

จากนั้นจัดสรรตามสัดส่วนยาของแต่ละชนิดตามหน่วยมาตรฐาน ดังนี้

$$\text{ยาชนิด Epokine(a')} = \text{Base(a)} = 10,000 \text{ หน่วย}$$

$$\text{ยาชนิด Renogen(b')} = b = 24,000 \text{ หน่วย}$$

จากนั้นพิจารณาชนิด Epokine(a') ให้แปลงจากหน่วยมาตรฐานให้เป็นตามหน่วยชนิดยาเดิม

จากสูตร จำนวนยาหน่วยมาตรฐานแปลงเป็นหน่วยเดิม แทนค่าได้ดังนี้

$$\text{ยาชนิด Epokine Net(a)} = 10,000 \times [32,000/40,000] = 8,000 \text{ หน่วย}$$

สรุป

- ยาชนิด Epokine จ่ายยาได้ = Net(a) = 8,000 หน่วย
- ยาชนิด Renogen จ่ายยาได้ = b' = 24,000 หน่วย

หมายเหตุ : กรณียาชนิดเดียวกัน ใช้ใน 2 รพ. ขึ้นไป ให้แบ่งตามสัดส่วนตามจำนวนยาที่ใช้เช่นเดียวกัน โดยใช้หลักการเดียวกันกับวิธีการคำนวณ ข้อ 1. กรณี ที่ 2

กรณี 2. ผู้ป่วยรับบริการ รพ.เดียว ใ้ยา 2 ชนิด เกินกำหนด

ผู้ป่วย ได้รับการฉีดยา ดังต่อไปนี้

- ชนิด Epokine รับบริการจำนวน 4 ครั้ง
จำนวนยาที่ใช้ฉีดรวม 16,000 หน่วย(a)
- ชนิด Renogen รับบริการจำนวน 6 ครั้ง
จำนวนยาที่ใช้ฉีดรวม 24,000 หน่วย(b)

ในการรับบริการทั้งหมดรวม 10 ครั้ง หากค่า Hct ค่าสุดของผู้ป่วยได้ 30%

พิจารณาชนิดของยา Epokine และ Renogen ประกอบกับ ระดับ Hct จากตารางชื่อยา Epoetin

ชื่อยา	ขนาดยา	ระดับ Hct \leq 30% เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน
Epokine	4,000	4,000 x 8 ต่อเดือน(C)
Renogen	4,000	4,000 x 10 ต่อเดือน(D)

จะได้ว่า Renogen ให้ขนาดยาใช้ได้มากที่สุด ดังนั้นจึงต้องแปลง Epokine ให้เป็นหน่วยเดียวกับ Renogen จากสูตร จำนวนยาที่แปลงเป็นหน่วยมาตรฐาน แทนค่าได้ดังนี้

$$\text{ยาชนิด Epokine Base(a)} = 16,000 \times [40,000/32,000] = 20,000 \text{ หน่วย}$$

จากนั้นนำผลรวมจำนวนยาทั้งหมดที่ได้เป็นหน่วยเดียวกัน(c)

$$c = \text{Base(a)} + b = 20,000 + 24,000 = 44,000 \text{ หน่วย}$$

นำผลรวมที่ได้(c) มาเทียบกับตารางชื่อยา Epoetin อีกครั้ง จะได้ว่าเกินที่กำหนด(D) ดังนั้นจึงจ่ายยาได้ตามจริงแต่ไม่เกินที่กำหนด (Quota) คือ 40,000 หน่วย

$$\text{Quota(c)} = 40,000 \text{ หน่วย}$$

จากนั้นจัดสรรตามสัดส่วนยาของแต่ละชนิดตามหน่วยมาตรฐาน

$$\text{ยาชนิด Epokine(a')} = [\text{Quota(c)}/c] \times \text{Base(a)} = [40,000/44,000] \times 20,000 = 18,181.8200 \text{ หน่วย}$$

$$\text{ยาชนิด Renogen(b')} = [40,000/44,000] \times 24,000 = 21,818.1800 \text{ หน่วย}$$

จากนั้นพิจารณาชนิด Epokine(a') ให้แปลงจากหน่วยมาตรฐานให้เป็นตามหน่วยชนิดยาเดิม จากสูตร จำนวนยาหน่วยมาตรฐานแปลงเป็นหน่วยเดิม แทนค่าได้ดังนี้

$$\text{ยาชนิด Epokine Net(a)} = 18,181.8200 \times [32,000/40,000] = 14,545.4600 \text{ หน่วย}$$

สรุป

- ยาชินิด Epokine จ่ายยาได้ Net(a) = 14,545.4600 หน่วย
- ยาชินิด Renogen จ่ายยาได้ b' = 21,818.1800 หน่วย

หมายเหตุ : กรณียาชินิดเดียวกัน ใช้ใน 2 รพ. ขึ้นไป ให้แบ่งตามสัดส่วนตามจำนวนยาที่ใช้เช่นเดียวกัน โดยใช้หลักการเดียวกันกับวิธีการคำนวณ ข้อ 1. กรณี ที่ 2

3. ยอดจำนวนการใช้จ่าย Epoetin ทั้งหมดของ รพ. ในรอบบัญชี คือ การรวมจำนวนยาทั้งหมดที่ได้รับการจัดสรรในรอบบัญชีนี้ กับ จำนวนยาที่ยกมาเบิกจากรอบบัญชีที่แล้วตามชนิดของยา นำมาคำนวณหาจำนวนยาที่จัดส่งได้ คิดเต็มตามหน่วยบรรจุ(ขวด) เศษเกินจากปริมาณบรรจุต่อขวดให้ยกไปเบิกในรอบบัญชีถัดไป

ตัวอย่าง :

ยาชินิด Epokine ขนาดบรรจุ 4,000 หน่วยต่อขวด

- ยอดขายจัดสรรครั้งนี้ได้ 2,025,000 หน่วย

- ยอดขายยกมาจากรอบบัญชีที่แล้ว 3,500 หน่วย

ยอดขายรวมเบิกได้ $2,025,000 + 3,500 = 2,028,500$ หน่วย

ดังนั้น ยอดขายจัดส่งได้ $2,028,500 / 4,000 = 507$ ขวด

หรือ $507 \times 4,000 = 2,028,000$ หน่วย

เศษของยาคงเหลือยกไป $2,028,500 - 2,028,000 = 500$ หน่วย

4. การคำนวณค่าบริการยา ในอัตราครั้งละ 50 บาท รวมไม่เกิน 200 บาทต่อรายต่อเดือน การนับจำนวนครั้งที่รับบริการที่มีการฉีดตามชนิดยาที่ประกาศ มีการฉีดยาให้ผู้ป่วย มีHc(%) ในครั้งนั้นไม่เกินที่ประกาศ รวมถึงมีการขอเบิก

- กรณีไปรับบริการ รพ.เดียว พิจารณา ในอัตรา 50 บาท/ครั้ง/คน รวมทั้งเดือนไม่เกิน 200 บาท

- กรณีไปรับบริการ ตั้งแต่ 2 รพ.

ตัวอย่าง ได้รับข้อมูลจาก รพ. ดังนี้

รพ. A ผู้ป่วย ได้รับยาชินิด Renogen รับบริการจำนวน 5 ครั้ง(a)

จำนวนยาที่ใช้รวม 20,000 หน่วย

รพ. B ผู้ป่วย ได้รับยาชินิด Renogen รับบริการจำนวน 1 ครั้ง(b)

จำนวนยาที่ใช้รวม 4,000 หน่วย

ดังนั้น จำนวนครั้งที่ใช้ยารวม $a + b = 5 + 1 = 6$ (c)

จึงแบ่งจ่ายเงินค่าบริการยา ให้ทั้ง 2 รพ. ดังนี้

ผู้ป่วยรับบริการทั้งหมด 6 ครั้ง ได้รับเงินค่าบริการยา 200 บาท โดยให้แบ่งตามสัดส่วนตามจำนวนครั้งที่ใช้ยาดังนี้

รพ. A ได้รับค่าบริการยา = $[a / c] \times 200 = [5/6] \times 200 = 167$ บาท

รพ. B ได้รับค่าบริการยา = $[b / c] \times 200 = [1/6] \times 200 = 33$ บาท

-: ตัวอย่างใบสรุป EUR สำหรับสถานพยาบาล:-



สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)

979/103-104 ชั้น 31 อาคารเอสเอ็มทีแอนด์อี อ.พหลโยธิน สามเสนใน พญาไท กรุงเทพฯ

โทร : 0-2298-0405-8 โทรสาร : 0-2298-0409 URL: <http://www.chi.or.th>

ที่ 10000_EURSUM_200908

วันที่ 18 กันยายน 2552

เรื่อง แจ่งสรุปยอดการใช้ยา Epoetin ของผู้ป่วยนอกโรคไตวายเรื้อรัง - ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตัวอย่าง (10000)

สิ่งที่ส่งมาด้วย บัญชีรายการการใช้ยา Epoetin ของผู้ป่วยนอกฯ เลขที่ 10000_EURSTM_200908

สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ ขอส่งบัญชีการใช้ยา Epoetin ของผู้ป่วยนอกโรคไตวายเรื้อรัง ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเอกสารเลขที่ 10000_EURSTM_200908 โดยสรุปการใช้ยาและค่าบริหารยา ดังนี้ บริการตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2552 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2552

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ให้ยา Epoetin	101 ราย	จำนวนบริการ	729 ครั้ง
ได้รับค่าบริหารยารั้งละ 50 บาท ไม่เกิน 200 บาทต่อรายต่อเดือน รวมทั้งสิ้น			19,107 บาท
จำนวนยา Epoetin แยกตามชื่อยา			
- Eporon(05)	จำนวนยาที่ได้รับทั้งสิ้น	8,000 หน่วย	คิดเป็นจำนวน 2 ขวด
- Erypo(08)	จำนวนยาที่ได้รับทั้งสิ้น	2,064,000 หน่วย	คิดเป็นจำนวน 516 ขวด

รายละเอียดการใช้ยาของแต่ละรายการ แสดงไว้ในเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ที่แนบมาด้วย หากท่านตรวจสอบความถูกต้องแล้ว ขอให้โปรดดำเนินการเบิกตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในแนวทางปฏิบัติ

หากพบข้อมูลผิดพลาด โปรดแจ้ง สทส. ภายในวันที่ 25 กันยายน 2552

ขอแสดงความนับถือ

นายสุชาติ สรณสถาพร

ผู้อำนวยการสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ

-: ตัวอย่างบัญชีรายการ EUR สำหรับสถานพยาบาล:-

บัญชีรายการการใช้ยา Epoetin ของผู้ป่วยนอกไตวายเรื้อรัง - ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประจำเดือน สิงหาคม 2552

เลขที่เอกสาร : 10000_EURSTM_200908

ออกโดย สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ 18 กันยายน 2552

โรงพยาบาลตัวอย่าง (10000)

จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาและเบิกได้

101 ราย

จำนวนเงินค่าบริหารยารวมทั้งสิ้น

19,107 บาท

ยอดจำนวนการใช้ยา Epoetin

ชื่อยา(รหัส)	จัดสรรครั้งนี้ (Unit)	ยกมา (Unit)	รวมเบิกได้ (Unit)	ยอดจัดส่งได้		คงเหลือยกไป (Unit)
				(Unit)	(ขวด)	
Eporon(05)	9,231	0	9,231	8,000	2 @4000 iu	1,231
Erypo(08)	2,065,816	0	2,065,816	2,064,000	516 @4000 iu	1,816

รายการการใช้ยา Epoetin

ผู้ป่วยรับบริการตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2552 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2552

ลำดับ	HN	EPOTN	RepHDs	RepEPO	effHDs	effHct	effEPO	netEPO	EpoAdm	St
1	0577851	08	9	36,000	8	28	32,000	24,000	200	
2	0678580	08	6	24,000	6	18	24,000	24,000	200	
3	0782674	08	9	36,000	9	30	36,000	24,000	200	
		x	4	16,000						
4	0795592	08	9	36,000	9	30	36,000	24,000	200	
5	0964713	08	6	24,000	6	23	24,000	24,000	200	
6	104985	08	5	20,000	5	30	20,000	19,355	143	*
7	132873	05	3	12,000	3	30	12,000	9,231	200	
		08	6	24,000	6	30	24,000	18,462		
...										
99	202063	08	9	36,000	9	28	36,000	24,000	200	
100	22113	08	9	36,000	9	30	36,000	24,000	200	
101	227042	08	8	32,000	7	28	28,000	24,000	200	

หมายเหตุ :

Unit : ปริมาณยา หน่วยเป็น iu

ยกมา : ยอดยาค้างส่งจากรอบบัญชีที่แล้ว - เป็นจำนวนยา(iu) ที่เป็นเศษเกินจากปริมาณบรรจุต่อขวดหรือ packing ที่จัดส่งได้

ยอดจัดส่งได้ : จำนวนยา คำนวณตามหน่วยบรรจุเพื่อจัดส่ง ที่กำหนดเป็น 1 ขวดหรือ 1 packing(หลายขวด) แสดงเป็นหน่วย iu

ซึ่งเท่ากับ จำนวนขวด คูณ ปริมาณยา(iu) ต่อขวด หรือ จำนวน packing คูณ ปริมาณยา(iu) ต่อ packing

คงเหลือยกไป : ยอดยาคงเหลือยกไป - จำนวนยา(iu)ที่เป็นเศษเกินจากปริมาณบรรจุต่อขวด หรือ packing ที่จัดส่งได้ ยกไปเบิกในรอบบัญชีถัดไป

HN : เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย

EPOTN : รหัสยา Epoetin กรณีมีการใช้ยา มากกว่า 1 ชนิด จะแสดงข้อมูลตามรหัสยาในแต่ละบรรทัด

x หมายถึง ยาชนิดอื่นๆ ที่ไม่ได้อยู่ในข้อกำหนด

RepHDs : จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการในรอบเดือน

RepEPO : จำนวน Epoetin รวมทั้งหมดที่ รพ.แจ้ง

effHDs : จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการที่มีการให้ยา EPO ที่นำไปใช้คำนวณเพื่อการจัดส่ง

effHct : Hematocrit(%) ที่เบิกได้ เป็นค่าต่ำสุดในเดือนนั้น แต่มากกว่าศูนย์ ที่นำไปใช้คำนวณเพื่อการจัดส่ง

effEPO : จำนวน Epoetin รวมทั้งนำไปใช้คำนวณเพื่อการจัดส่ง

netEPO : จำนวน Epoetin ที่จัดส่งตามข้อกำหนด และแบ่งให้ตามหน่วยบริการที่ใช้ยา

EpoAdm : ค่าบริหารยาค่าร้อยละ 50 บาท ไม่เกิน 200 บาทต่อรายต่อเดือน

st : รหัสแสดงสถานะข้อมูล

ว่าง - รายการปกติ

* - มีการไปรับบริการที่ รพ. อื่น

คำสั่ง
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๑๔๐ / ๒๕๕๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อให้การบริการและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖ (๑๒) และมาตรา ๓๖ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิก

(๑) คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๔๖๔/๒๕๕๑ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๑

(๒) คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๔๗/๒๕๕๒ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลงวันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๕๒

(๓) คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๓๑๑/๒๕๕๓ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลงวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๓

ข้อ ๒ แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

- | | | |
|--|----------------|------------------|
| (๑) ศาสตราจารย์นายแพทย์สุชาติ | อินทรประสิทธิ์ | ที่ปรึกษา |
| (๒) นายแพทย์ศุภชัย | คุณรัตน์พฤษ์ | ประธานกรรมการ |
| (๓) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย | | รองประธานกรรมการ |
| (๔) รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | | รองประธานกรรมการ |
| ที่ได้รับมอบหมาย | | |
| (๕) ผู้แทนกรมบัญชีกลาง | | กรรมการ |
| (๖) ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม | | กรรมการ |
| (๗) ผู้แทนองค์การเภสัชกรรม | | กรรมการ |
| (๘) เลขาธิการมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย | | กรรมการ |
| (๙) ผู้อำนวยการศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย | | กรรมการ |

/(๑๐) นายก...

(๑๐) นายกสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย		กรรมการ
(๑๑) นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย		กรรมการ
(๑๒) ประธานชมรมโรคไตเด็กแห่งประเทศไทย		กรรมการ
(๑๓) ประธานชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย		กรรมการ
(๑๔) ประธานชมรมเพื่อนโรคไตแห่งประเทศไทย		กรรมการ
(๑๕) ประธานมูลนิธิเพื่อผู้ป่วยโรคไต		กรรมการ
(๑๖) พลดรีแพทย์หญิงอุษณา	ลูวีระ	กรรมการ
(๑๗) แพทย์หญิงนันทกา	จันทวานิช	กรรมการ
(๑๘) ศาสตราจารย์นายแพทย์เกรียง	ตั้งสง่า	กรรมการ
(๑๙) ศาสตราจารย์แพทย์หญิงธัญญารัตน์	ธีรพรเลิศรัฐ	กรรมการ
(๒๐) ศาสตราจารย์นายแพทย์วสันต์	สุเมธกุล	กรรมการ
(๒๑) รองศาสตราจารย์นายแพทย์ทวี	ศิริวงศ์	กรรมการ
(๒๒) พลโทนายแพทย์ถนอม	สุภาพร	กรรมการ
(๒๓) รองศาสตราจารย์ดอกเตอร์ศิริอร	สินธุ	กรรมการ
(๒๔) นายแพทย์วิรัช	เกษมทรัพย์	กรรมการ
(๒๕) ประธานกลุ่มภารกิจสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ (สปสช)		กรรมการ
(๒๖) ผู้อำนวยการแผนงานสนับสนุนระบบบริการโรคไตวาย (สปสช)		กรรมการ และเลขานุการ

ข้อ ๓ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๒ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- (๑) พัฒนาและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนโยบาย งบประมาณ และระบบบริการ รวมทั้งกำลังคนของระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (๒) กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการให้บริการ และการควบคุมคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (๓) แต่งตั้งคณะทำงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น
- (๔) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๗



(นายประทีป ธนกิจเจริญ)
รองเลขาธิการ รักษาการแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๕๙๔/๒๕๕๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD)

เพื่อให้การบริหารจัดการในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) ตามข้อเสนอของคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร เป็นไปด้วยความเรียบร้อย เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖(๑๒) และมาตรา ๓๖ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ประกอบด้วย

- | | | | |
|-----|--------------------------------------|----------------|-------------------------|
| (๑) | ศาสตราจารย์นายแพทย์สุชาติ | อินทรประสิทธิ์ | เป็นประธานกรรมการ |
| (๒) | นายแพทย์ปัญญา | กิริติหัตถยากร | เป็นรองประธานกรรมการ |
| (๓) | พลตรีแพทย์หญิงอุษณา | ลูวีระ | เป็นกรรมการ |
| (๔) | พลตรีนายแพทย์ถนอม | สุภาพร | เป็นกรรมการ |
| (๕) | แพทย์หญิงนันทกา | จันทวานิช | เป็นกรรมการ |
| (๖) | แพทย์หญิงปิยธิดา | จึงสมาน | เป็นกรรมการ |
| (๗) | ผู้อำนวยการสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ | | เป็นกรรมการและเลขานุการ |

ข้อ ๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑ มีหน้าที่

(๑) พิจารณาข้อเสนอของคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ได้ด้วยตนเอง หรือไม่มีผู้ดูแลในการทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) จำเป็นต้องเปลี่ยนเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) เพื่อให้คำแนะนำแก่เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณา

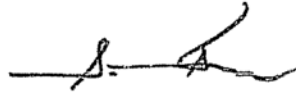
(๒)/...

(๒) พิจารณาและให้คำแนะนำแก่เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ได้ด้วยตนเอง อนุมัติผลการพิจารณา หรือกรณีที่คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร หรือ

(๓) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๕๑



(นายวินัย สวัสดิ์ทวี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๕๖ / ๒๕๕๘

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไต ระดับเขต

เพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไต ด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นไปด้วยความเป็นธรรม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖ (๑๒) มาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิก

(๑) คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๕๑๘/๒๕๕๑ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด ลงวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๑

ข้อ ๒ แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไต ระดับเขต มีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

- (๑) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต เป็นประธานกรรมการ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
- (๒) ผู้ทรงคุณวุฒิ เขตละไม่เกิน ๒ คน เป็นกรรมการ
- (๓) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตหรือแพทย์ที่เกี่ยวข้อง หรือพยาบาลโรคไต จังหวัดละ ๑ คน เป็นกรรมการ
- (๔) ประธานชมรมเพื่อนโรคไต หรือผู้แทนผู้ป่วยโรคไตในเขต เป็นกรรมการ เขตละ ๒ คน
- (๕) เจ้าหน้าที่ที่ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ กรรมการและเลขานุการ แห่งชาติเขตมอบหมาย

/ข้อ๑ให้ผู้อำนวยการ.....

ข้อ ๓ ให้ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ประสานงานกับหน่วยงาน หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งกรรมการในข้อ ๒ และเป็นผู้ออกคำสั่งแต่งตั้งให้เป็นกรรมการ

ข้อ ๔ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๒ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

(๑) พิจารณาคัดเลือก จัดลำดับ และกำหนดให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสิทธิเข้ารับการทดแทนไตด้วยวิธี CAPD หรือ HD ตามลำดับการขอเข้ารับบริการ และตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และแนวทางการให้บริการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(๒) พิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการทดแทนไตของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความจำเป็นจาก CAPD เป็น HD อย่างถาวรตามข้อบ่งชี้ หรือข้อห้ามสัมพัทธ์ และข้อห้ามสัมบูรณ์ตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยกรณีอุทธรณ์ให้เสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง(CAPD) เพื่อพิจารณาต่อไป

(๓) เสนอแนะการแก้ไขปัญหา และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๔) แต่งตั้งคณะทำงานย่อยภายในแต่ละจังหวัด ตามความจำเป็น

(๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘



(นายวินัย สวัสดิ์วร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการดำเนินงานประกอบการแต่งตั้ง
คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไต ระดับเขต

๑. การคัดเลือกหรือได้มาของกรรมการฯ ให้ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ดำเนินการและออกคำสั่งแต่งตั้งผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
๒. ผู้ทรงคุณวุฒิ เขตละไม่เกิน ๒ คน เช่น ประธานอนุ ม.๔๑ ในจังหวัดที่ตั้งเขต หรือแพทย์อาวุโสในจังหวัดที่ตั้งเขต โดยเป็นอายุรแพทย์โรคไต หรือแพทย์สาขาอื่นๆได้
๓. ประธานชมรมเพื่อนโรคไต หรือผู้แทนผู้ป่วยโรคไตในเขต ควรเป็นในจังหวัดที่ตั้งเขต หรือผู้ที่สามารถมาประชุมได้ทุกครั้ง
๔. การตั้งคณะทำงานย่อยในแต่ละจังหวัดที่มีความจำเป็น ควรประกอบด้วยรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์หรือแพทย์อาวุโส หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม และอายุรแพทย์โรคไต โดยมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เป็นเลขานุการ
๕. ควรจัดให้มีการประชุมเป็นประจำ เพื่อไม่ให้กระทบต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย

แบบฟอร์มที่ใช้ในระบบบริหารงาน และบริการไตวาย



แบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อพิจารณาใช้วิธีการรักษาบำบัดทดแทนไต
ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมถาวร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โรงพยาบาล.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย (พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน)

1. ผู้ป่วย (นาย/ นาง/ นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน.....
 อายุ.....ปี อาชีพ.....สิทธิการรักษา.....
 ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ หมู่บ้าน.....
 ซอย.....ถนน.....ตำบล/ แขวง.....
 อำเภอ/ เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....
 สถานภาพสมรส () โสด () สมรส () หม้าย/ หย่า/ แยก
 มีบุตร.....คน
 อาชีพบุตรคนที่ ๑.....อาชีพบุตรคนที่ ๒.....
 อาชีพบุตรคนที่ ๓.....อาชีพบุตรคนที่ ๔.....
 อาชีพบุตรคนที่ ๕.....อาชีพบุตรคนที่ ๖.....

ส่วนที่ 2 แพทย์ผู้รักษา

1. สาเหตุของโรค (Cause of ESRD)

() Glomerulonephritis : Biopsy-proven (มีผล Kidney biopsy)

() Focal segmental glomerulosclerosis () Membranous nephropathy
 () Membranoproliferative GN () IgA nephropathy
 () Mesangial proliferative IgM nephropathy () Chronic allograft nephropathy
 () Unknown
 () อื่นๆ.....

() Alport's syndrome () Allograft failure
 () Analgesic nephropathy () Aplastic/ dysplastic kidney disease
 () Chronic urate nephropathy () Diabetic nephropathy
 () Lupus nephritis () Obstructive nephropathy
 () Polycystic kidney disease () Presumed glomerulonephritis (No biopsy)
 () Unknown
 () อื่นๆ ระบุ.....

2. Co-morbid

.....

3. ประวัติการรักษา.....

.....

.....

4. ประวัติการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

4.1 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตั้งแต่วันที่.....

หน่วยบริการที่ผู้ป่วยรับการรักษา คือ.....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ BUN.....mg/dl creatinine.....mg/dl

GFR.....ml/min วันที่..... CBC.....วันที่.....

Ultrasound kidney size: right.....cm, left.....cm serum albumin.....

5. ประวัติการรักษาบำบัดทดแทนไตที่ผ่านมา

() 5.1 ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ตั้งแต่วันที่.....ชื่อหน่วยบริการ.....

() 5.2 ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตั้งแต่วันที่.....ชื่อหน่วยบริการ.....

() 5.3 ผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ตั้งแต่วันที่.....ชื่อหน่วยบริการ.....

() 5.4 ผู้ป่วยยังไม่เคยรับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีใดๆ มาก่อน

6. การจำแนกระดับสมรรถนะผู้ป่วย

() ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล (patient totally depend on others)

() ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ (patient can do self-care)

() ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันและร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ (self-care and also significant social participation)

() ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้ (employed and still work)

7. สรุปความเห็นของแพทย์ผู้รักษา (กรณีผู้ป่วยจิตเวชและ/หรือสายตาสายตาไม่ดีที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ให้แนบใบรับรองแพทย์ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม)

.....

.....

8. วันที่เริ่มขอใช้สิทธิฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.....จำนวน.....ครั้ง/ สัปดาห์

หน่วยบริการที่รับบริการฟอกเลือด.....รหัสหน่วยบริการ.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ให้การรักษา

(.....)

ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาล.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเพิ่มเติมผู้ป่วยที่มีข้อห้ามสัมพัทธ์ กรณีไม่มีผู้ดูแล ให้ระบุรายละเอียด

3.1 ทางด้านการแพทย์.....

.....

ลงชื่อ.....อายุรแพทย์
(.....)

ตำแหน่ง.....

3.2 ทางด้านการพยาบาล.....

.....

ลงชื่อ.....พยาบาล
(.....)

ตำแหน่ง.....

3.2 ทางด้านสังคม.....

.....

ลงชื่อ.....นักสังคมสงเคราะห์
(.....)

ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 4 คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด..... สปสช.เขต.....

สรุปมติที่ประชุม ครั้งที่...../.....วันที่.....

() เห็นชอบในหลักการและอนุมัติให้เปลี่ยนการรักษาของผู้ป่วยเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

() ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก (ให้ระบุเหตุผล).....

.....

() ส่งสปสช.ส่วนกลางเพื่อพิจารณา

ลงชื่อ.....ประธานหรือรองประธานคณะกรรมการ
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
(.....) (.....)

ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....



แบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อพิจารณา
ขอรับยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โรงพยาบาล.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย (พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน)

1. ผู้ป่วย (นาย/ นาง/ นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน.....
อายุ.....ปี อาชีพ.....สิทธิการรักษา.....
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ หมู่บ้าน.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล/ แขวง.....
อำเภอ/ เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....
สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย/ หย่า/ แยก
มีบุตร.....คน
อาชีพบุตรคนที่ ๑.....อาชีพบุตรคนที่ ๒.....
อาชีพบุตรคนที่ ๓.....อาชีพบุตรคนที่ ๔.....
อาชีพบุตรคนที่ ๕.....อาชีพบุตรคนที่ ๖.....

ส่วนที่ 2 แพทย์ผู้รักษา

1. สาเหตุของโรค (Cause of ESRD)

- () Glomerulonephritis : Biopsy-proven (มีผล Kidney biopsy)
() Focal segmental glomerulosclerosis () Membranous nephropathy
() Membranoproliferative GN () IgA nephropathy
() Mesangial proliferative IgM nephropathy () Chronic allograft nephropathy
() Unknown
() อื่นๆ.....

- () Alport's syndrome () Allograft failure
() Analgesic nephropathy () Aplastic/ dysplastic kidney disease
() Chronic urate nephropathy () Diabetic nephropathy
() Lupus nephritis () Obstructive nephropathy
() Polycystic kidney disease () Presumed glomerulonephritis (No biopsy)
() Unknown
() อื่นๆ ระบุ.....

2. Co-morbid

3. ประวัติการรักษา

.....
.....
.....

4. ประวัติการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

4.1 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่วันที่.....

สถานบริการที่ผู้ป่วยติดตามการรักษา คือ.....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ BUN.....mg/dl creatinine.....mg/dl

GFR.....ml/min วันที่..... CBC.....วันที่.....

Ultrasound kidney size: right.....cm, left.....cm serum abumin.....

5. ประวัติการรักษาบำบัดทดแทนไตที่ผ่านมา

() 5.1 ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ตั้งแต่วันที่.....ชื่อสถานบริการ.....

() 5.2 ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตั้งแต่วันที่.....ชื่อสถานบริการ.....

() 5.3 ผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ตั้งแต่วันที่.....ชื่อสถานบริการ.....

() 5.4 ผู้ป่วยยังไม่เคยรับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีใดๆ มาก่อน

6. การจำแนกระดับสมรรถนะผู้ป่วย

() ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล (patient totally depend on others)

() ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ (patient can do self-care)

() ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันและร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ (self-care and also significant social participation)

() ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้ (employed and still work)

7. สรุปความเห็นของแพทย์ผู้รักษา (ระบุความจำเป็นในการฟอกเลือด)

.....

8. วันที่เริ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.....จำนวน.....ครั้ง/ สัปดาห์ รพ.ที่รับบริการ

ฟอกเลือด.....รหัสหน่วยบริการ.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ให้การรักษา

(.....)

ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาล.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเพิ่มเติมของผู้ป่วย ระบุเหตุผล ที่ต้องการเลือกวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

.....
.....
.....

ภาค
ผนวก
4

รายชื่อผู้ประสานงาน

สถานที่ปฏิบัติงาน	ชื่อ - นามสกุล	โทรศัพท์	อีเมลล์
แผนงานสนับสนุนระบบ บริการโรคไตวาย สปสช.	นพ.อุดม อรุณรุ่งศรี	08 4751 2459	udom.a@nhso.go.th
	นางกัญจนา รัตนะ	0 2141 4147	kanchana.r@nhso.go.th
	นางอรทัย สุวรรณรักษ์	0 2141 4345	orathai.s@nhso.go.th
	นางภิญญาดา กุลสันต์	0 2141 4146	pinyada.k@nhso.go.th
	นางสาวมนัสสินีย์ รัตนเมธินนท์	0 2141 4150	Manatsanee.r@nhso. go.th
	นางสาวณัฐฐาพัชร์ อรรถพันธ์	0 2141 4124	Natthapat.a@nhso.go.th
	นางสาวมณฑิรา รุจิรานนท์	0 2141 4290	Monthira.r@nhso.go.th
สปสช.เขต 1 เชียงใหม่	นายประธาน พงษ์ป่า	0 5328 5355	pratan.p@nhso.go.th
สปสช.เขต 2 พิษณุโลก	นางสาวประทีน อิ่มสุขศรี	0 5524 5111	pratin.e@nhso.go.th
สปสช.เขต 3 นครสวรรค์	นางนิภาภัทร คงโต	0 5637 1831	nipapat.k@nhso.go.th
สปสช.เขต 4 สระบุรี	นางสุวรรณี ศรีปราชญ์	0 3621 3205	suwannee.s@nhso.go.th
สปสช.เขต 5 ราชบุรี	นางสาวณัฐมน ปิยะรัตน์สถิตย์	0 3233 2590 09 8277 7680	natamon.p@nhso.go.th
สปสช.เขต 6 ระยอง	นางสรिता ศรีมะเรียง	0 3886 4313 # 5480	sarita.s@nhso.go.th
สปสช.เขต 7 ขอนแก่น	นางสาวสุจิตา สละ	0 4336 5200-3	suketa.s@nhso.go.th
สปสช.เขต 8 อุดรธานี	นางสาววรรณภา สระทองहन	0 4232 5681-5	wannanapa.s@nhso.go.th
สปสช.เขต 9 นครราชสีมา	นางสาวอรุณรัตน์ กุณา	0 4424 8870-4	arunruch.k@nhso.go.th
สปสช.เขต 10 อุบลราชธานี	นางสาวจันทร์ฉาย ประมุขกุล	0 4524 0591	Junchay.p@nhso.go.th
สปสช.เขต 11 สุราษฎร์ธานี	นางอวยพร พรพิริยล้ำเลิศ	0 7727 4811	uayporn.p@nhso.go.th
สปสช.เขต 12 สงขลา	นางสาวกรชูลี บริสุทธิ์	0 7423 3888	Pornchulee.b@nhso.go.th
สปสช.เขต 13 กทม.	นางบุญสิงห์ มีมะโน	0 2142 0968	Boonsing.m@nhso.go.th
สำนักบริหารสารสนเทศ การประกัน (โปรแกรม DMIS)	IT helpdesk	0 2141 4200	ithelpdesk@nhso.go.th
สำนักงานกลางสารสนเทศ	โปรแกรม HD และ HDepac	0 2298 0405	

