คู่มือบริหารงบกองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2554

การบริหารงบบริการสุขภาพ
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คู่มือบริหาร
งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2554 เล่มที่ 3

การบริหารงบบริการสุขภาพ
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 เล่มที่ 3 การบริหารงบบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ISBN 978-616-7323-18-3

พิมพ์ครั้งที่ 1 ตุลาคม 2553

จำนวน 14,500 เล่ม

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

ปก ธนศักดิ์ โกมโลทก

รูปเล่ม วัฒนสินธุ์ สุวรัตนานนท์

พิมพ์ที่ บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด
5/37-41 ถนนรองเมือง ซ.5 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 02-214-4660, 02-214-3860 โทรสาร 02-612-4509
อีเมล์. smprt2005@yahoo.com

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำนำ

การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากจุดเริ่มต้นที่มี พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จนถึง ณ ปัจจุบัน ได้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการและได้รับบริการสาธารณสุขตามสิทธิที่พึงได้ในฐานะความเป็นประชาชนไทย ความสำคัญของการดำเนินงานอยู่ที่ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาวิชาชีพ และที่สำคัญอย่างมากคือผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ที่จะต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ทั้งนี้กระบวนการการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถือเป็นกลไกสำคัญหนึ่ง ที่จะช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

คู่มือการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดรายละเอียดของการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ในปีงบประมาณ 2554 คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะประกอบด้วย

เล่มที่ 1 การบริหารงบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (งบอัตราเหมาจ่ายรายหัว) และงบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

เล่มที่ 2 การบริหารงบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ และการบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค

เล่มที่ 3 การบริหารงบบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

เล่มที่ 4 การบริหารงบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง: บริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เชื่อมั่นว่าคู่มือทุกเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ให้บริการ รวมถึงผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน เพื่อร่วมกันผลักดันให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจ และผู้ให้บริการมีความสุข ทั้งยังก่อให้เกิดความเป็นธรรมที่ประชาชนพึงได้รับจากระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย

(นายแพทย์วินัย สวัสดิวร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1 ตุลาคม 2553

สารบัญ

บทที่ 1 การบริหารกองทุนโรคไต สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปีงบประมาณ 2554 **1**

- หลักการและเหตุผล 3
- แนวทางการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต 4
- วัตถุประสงค์ 5
- กรอบการบริหารงบประมาณปี 2554 6
- ระยะเวลาดำเนินการ 8
- ผลผลิต 8
- ผลลัพธ์ 8
- บทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง 9
- การกำกับติดตามประเมินผล 12
- ผู้บริหารจัดการในภาพรวม 13

บทที่ 2 การจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง **15**

- หลักการและเหตุผล 17
- วัตถุประสงค์ 18
- การบริหารงบประมาณ 18
- การบริหารจัดการ 19
- แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ 21

บทที่ 3 การจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม **27**

- หลักการและเหตุผล 29
- วัตถุประสงค์ 29
- การบริหารงบประมาณ 30
- การบริหารจัดการ 30
- แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ 35
- หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย 38
- วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนและชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริการ 40

บทที่ 4 การจัดบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไต **43**

- หลักการและเหตุผล 45
- วัตถุประสงค์ 46
- การบริหารงบประมาณ 46
- การบริหารจัดการ 46
- แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ 48

บทที่ 5 การจัดบริการยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายไต **61**

- หลักการและเหตุผล 63
- วัตถุประสงค์ 63
- การบริหารงบประมาณ 63
- การบริหารจัดการ 64
- แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ 66
- เงื่อนไขการจ่ายชดเชย 66
- การส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย 66
- การออกรายงานการจ่ายเงิน 67
- การอุทธรณ์ 67

บทที่ 6 การสนับสนุนยา Erythropoietin 69

- หลักการและเหตุผล 71
- แนวทางการสนับสนุน 71
- หลักการและเงื่อนไขการชดเชย 73
- วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนและชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริการ 74

บทที่ 7 การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไต สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 77

- ความหมาย 79
- วิธีการขออุทธรณ์ 79
- ขั้นตอนการขออุทธรณ์ 80

ภาคผนวก

ผนวก 1 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน 83

ผนวก 2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ CAPD 99

ผนวก 3 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ HD 113

ผนวก 4 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ KT 147

บทที่ 1

การบริหารกองทุนโรคไต สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย ปีงบประมาณ 2554

บทที่ 1
การบริหารกองทุนโรคไต สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปีงบประมาณ 2554

1. หลักการและเหตุผล

การบริการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) เป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเกินความสามารถของครัวเรือนที่จะรับภาระได้ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ป้องกันการล้มละลายจากการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงดำเนินการเพื่อให้บริการทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอยู่ในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2550 คณะรัฐมนตรี ได้มีมติ อนุมัติ ให้ขยายชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมการบำบัดทดแทนไต Renal Replacement Therapy (RRT) โดยตั้งแต่ 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 ส่วนผู้ป่วยรายใหม่ที่จะใช้วิธีฟอกเลือดต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด โดยตั้งงบประมาณในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มเติมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 เป็นต้นไป

การบริหารจัดการกองทุนโรคไตวาย ในปีงบประมาณ 2554 จะครอบคลุมการให้บริการบำบัดทดแทนไต Renal Replacement Therapy (RRT) ทุกประเภทได้แก่ การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม Hemodialysis (HD) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต Kidney Transplantation (KT)และการให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต รวมถึงการพัฒนาระบบทั้งในด้านการพัฒนาวิชาการและกำลังคนเพื่อรองรับการให้บริการต่อเนื่องจากปีที่ผ่านมา โดยหน่วยบริการ / สถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการบำบัดทดแทนไต เบิกจ่ายชดเชยค่าบริการจากกองทุนโรคไตวายที่บริหารในลักษณะกองทุนกลาง ที่ สปสช.

2. แนวทางการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต

การบำบัดทดแทนไต เป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาก อันจะส่งผลกระทบถึงภาระการใช้จ่ายงบประมาณของประเทศ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ ให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างเป็นธรรม รวมทั้งสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายของโรค เพื่อให้เกิดการใช้งบประมาณของประเทศที่มีอยู่อย่างจำกัดให้คุ้มค่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนด แนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 ขยายบริการทดแทนไต และเริ่มต้นการให้บริการทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) แก่ผู้ป่วยทุกราย ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม

2.2 จัดบริการทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) ให้แก่ผู้ป่วยโดยไม่ต้องร่วมจ่าย และจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ในผู้ป่วยรายเก่า โดยให้ร่วมจ่ายในอัตราคงที่

2.3 พัฒนาระบบบริการทดแทนไตทั้ง การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) ให้เพียงพอ มีคุณภาพมาตรฐานและมีระบบที่เป็นธรรมในการเข้าถึง รวมถึงมีการบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 สนับสนุนให้มีการพัฒนาและควบคุมคุณภาพควบคู่ไปกับการวิจัยและการพัฒนาระบบข้อมูล

2.5 สนับสนุนให้ดำเนินการบริการทดแทนไตควบคู่ไปกับ การป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.6 สนับสนุนให้ผู้ป่วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสังคมได้มีส่วนร่วม

3. วัตถุประสงค์

3.1 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับบริการทดแทนไตที่มีคุณภาพ และมาตรฐานตามความจำเป็นด้านสุขภาพ

3.2 เพื่อให้มีการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีคุณภาพและเป็นธรรม

3.3 บริหารจัดการและควบคุมกำกับเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรและงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ

4. กรอบการบริหารงบประมาณ ปี2554

ตารางที่ 1 แสดงรายการของกรอบการบริหารงบประมาณ ปี 2554

รายการ	เป้าหมาย (ราย)	งบประมาณที่ได้รับ (บาท)
1. งบค่าบริการ	**16,351**	**3,200,050,500**
1.1 บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (PD&HD – criteria)		2,255,343,000
● บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (รายใหม่)	3,360	
● บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (รายเก่า)	5,300	
● บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีมีข้อห้ามทำPD	535	
● บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีเปลี่ยนจาก PD	1,416	
1.2 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายเก่า (co-pay)	5144	823,121,000
1.3 ผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT)	596	121,586,500
KT รายใหม่	50	
KT รายเก่า	546	
2. งบพัฒนาระบบบริการ		**26,500,000**
รวม		**3,226,550,500**

งบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เพิ่มเติมจากงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว วงเงิน 3,226,550,500 ล้านบาท (สามพันสองร้อยยี่สิบหกล้านห้าแสนห้าหมื่นห้าร้อยบาทถ้วน) โดยเป็นงบค่าบริการ จำนวน 3,200,050,500 ล้านบาท (สามพันสองร้อยล้านห้าหมื่นห้าร้อยบาทถ้วน) สำหรับจัดบริการบำบัดทดแทนไต ทั้งการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง(Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant : KT) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) ตามเงื่อนไขที่กำหนด และ งบประมาณสำหรับการพัฒนาระบบบริการ จำนวน 26,500,000 ล้านบาท (ยี่สิบหกล้านห้าแสนบาทถ้วน) มีกรอบการบริหารจัดการดังนี้

4.1 งบค่าบริการ

4.1.1 การบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง(CAPD) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตทุกรายที่ไม่มีข้อห้ามในการทำ CAPD โดยครอบคลุมการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไต การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคม โรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด รวมถึงการเยี่ยมและติดตามผู้ป่วยที่บ้าน

4.1.2 ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ตามเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยครอบคลุมค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การเตรียมเส้นเลือด ค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการให้ยาที่จำเป็น การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรายเก่า ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยครอบคลุมค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการให้ยาที่จำเป็น การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขณะผู้ป่วยรับบริการฟอกเลือด ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด ทั้งนี้ สปสช. จะจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการ สถานบริการหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในอัตรา 2 ใน 3 ของค่าบริการ และหน่วยบริการ สถานบริการหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง สามารถเรียกเก็บจากผู้ป่วยได้ 1 ใน 3 โดยจ่ายชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ไม่เกิน 1,000 บาทต่อครั้ง ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีและมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น จ่ายไม่เกิน 1200 บาทต่อครั้ง และหน่วยบริการ สถานบริการหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เรียกเก็บจากผู้ป่วยได้ไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง

4.1.3 การปลูกถ่ายไต (KT) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกรายที่สามารถปลูกถ่ายไตได้โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและผ่าตัดนำไตมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าบริการกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไต ตามข้อกำหนดขององค์กรวิชาชีพ

4.2 งบพัฒนาระบบบริการ

จะครอบคลุมกิจกรรม เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการ อาทิเช่น การพัฒนาบุคลากร การพัฒนา CAPD Technology center การพัฒนา Excellent center for KT การจัดประชุมคณะกรรมการ คณะทำงาน การประชุมสัมมนา การสนับสนุนเครือข่ายผู้ป่วย การเผยแพร่ความรู้และรณรงค์สร้างความเข้าใจ และค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร เป็นต้น

5. ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2554

6. ผลผลิต

6.1 มีหน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและเพียงพอสำหรับการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครบทุกจังหวัด

6.2 ทุกเขต มีหน่วยบริการ/สถานบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประเภทที่ทำสัญญาระยะยาวให้การดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

6.3 มีการผลิตและพัฒนาบุคลากร ที่จะให้บริการทดแทนไตโดยเฉพาะการผลิตพยาบาล PD เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในศูนย์บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง CAPD ให้ครบทุกแห่ง

6.4 มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ในระดับชุมชน รวมถึงสนับสนุนให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

7. ผลลัพธ์

7.1 ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถเข้าถึงบริการทดแทนไตตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึง และเป็นธรรม

7.2 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมี สมรรถนะทางสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่เป็นภาระของครอบครัว และสังคม

8. บทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

8.1 คณะกรรมการ / คณะทำงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบ

เพื่อให้การบริหารระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานเพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการพัฒนาระบบในภาพรวม ดังนี้

8.1.1 คณะกรรมการ 3 คณะ ได้แก่

1) คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาและให้ข้อเสนอเกี่ยวกับนโยบาย งบประมาณ และระบบบริการ รวมทั้งกำลังคนของระบบบริการ กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการให้บริการและการควบคุมคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการทดแทนไต
2) คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ระดับจังหวัดมีหน้าที่เกี่ยวกับการพิจารณาคัดเลือก จัดลำดับ และกำหนด ให้ผู้ป่วยไตวายในจังหวัด เข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธี CAPD หรือ HD หรือ KT ตามแนวทางที่กำหนด พิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการทดแทนไต ของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจาก CAPD เป็น HD อย่างถาวร รวมทั้งเสนอแนะแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในจังหวัด
3) คณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไต ผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) มีหน้าที่เกี่ยวกับการพิจารณาข้อเสนอของคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานครในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้องได้ด้วยตนเองหรือไม่มีผู้ดูแลจำเป็นต้องเปลี่ยนเป็นวิธี HD อย่างถาวร พิจารณากรณีผู้ป่วยอุทธรณ์ผลการพิจารณาของคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร

8.1.2 คณะทำงาน 2 คณะ

1) คณะทำงานพัฒนาระบบบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายไต ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำหน้าที่เกี่ยวกับการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายไต ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนเชิงระบบเพื่อให้มีการบริจาคไตเพิ่มขึ้น เพื่อรองรับความต้องการในการปลูกถ่ายไตของผู้ป่วย สนับสนุนการประชาสัมพันธ์ และการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจและบริจาคอวัยวะเพิ่มขึ้น

2) คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไต ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำหน้าที่เกี่ยวกับการจัดทำแผนแม่บทการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้สามารถเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลการทดแทนไตของระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในภาพรวมของประเทศ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา การเชื่อมโยงฐานข้อมูลและการใช้ข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

8.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ส่วนกลาง

8.2.1 ประสานงานและสนับสนุนคณะกรรมการ/คณะทำงานชุดต่างๆในส่วนกลาง

8.2.2 ประสานงานองค์กรวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ร่วมมือกันพัฒนาระบบบริการทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง

8.2.3 ทำแผนและสนับสนุนการพัฒนาระบบในภาพรวม ให้สอดคล้องกับนโยบาย ทั้งในเรื่องงบประมาณ ระบบบริการ การพัฒนากำลังคน หลักเกณฑ์และแนวทางการให้บริการ และการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการทดแทนไต

8.2.4 ประสานและสนับสนุนให้มีการบริการบำบัดทดแทนไต ทั้งการ ล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) การบริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) และการให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต เพื่อให้มีบริการที่เพียงพอสำหรับให้บริการผู้ป่วย

8.2.5 ประสานและสนับสนุน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (สปสช.เขต) เพื่อให้ดำเนินการ พัฒนาระบบในพื้นที่ ให้สอดคล้องกับแนวทางที่กำหนด

8.2.6 ดำเนินการจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไต ทุกประเภท แก่หน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

8.2.7 ประสานให้มีการติดตาม ควบคุมกำกับและประเมินผล

8.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

8.3.1 ประสานงานองค์กรวิชาชีพ หน่วยงานคณะกรรมการต่างๆ ในระดับพื้นที่ และดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการตามระบบ

8.3.2 ทำแผนพัฒนาระบบและสนับสนุนการดำเนินงานบริการบำบัดทดแทนไตในพื้นที่ให้สอดคล้องกับการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ

8.3.3 ประสานจัดหาขึ้นทะเบียนและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการ สถานบริการ ที่ให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)และสนับสนุนให้เกิดการบริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) การบริจาคอวัยวะและการให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต เพื่อให้มีบริการที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยในพื้นที่

8.3.4 ชี้แจงทำความเข้าใจหน่วยบริการ สถานบริการในเรื่องต่างๆ ตามแนวทางที่กำหนด

8.3.5 ประสานการลงทะเบียนผู้ป่วย และแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย กำกับติดตามการให้บริการของหน่วยบริการ สถานบริการ ทั้งในด้าน คุณภาพมาตรฐานการเรียกเก็บชดเชยค่าบริการ

8.4 หน่วยบริการ สถานบริการ และเครือข่าย

8.4.1 ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามมาตรฐานวิชาชีพ

8.4.2 พัฒนาคุณภาพ การให้บริการให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน อย่างต่อเนื่อง

8.4.3 เก็บรวบรวม ข้อมูลคุณภาพการให้บริการ

8.4.4 รายงานผลการให้บริการทั้งเพื่อการชดเชยค่าบริการ และเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

8.4.5 ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน ในด้านต่างๆ ตามที่ สปสช. กำหนด

9. การกำกับติดตามประเมินผล

9.1 สปสช.ส่วนกลางติดตามผลการดำเนินงานจากข้อมูลในโปรแกรม DMIS และวิเคราะห์ ตามตัวชี้วัดที่กำหนด โดย

- ติดตามการเข้าถึงบริการ พิจารณาจาก
    - สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับบริการทดแทนไตทุกวิธี
    - สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับบริการด้วยวิธี CAPD:HD
- ติดตามคุณภาพการให้บริการ พิจารณาจาก
    - อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย
    - อัตราการเปลี่ยนวิธีการรักษาจาก CAPD เป็น HD
    - อัตราการติดเชื้อของผู้ป่วย CAPD
- ระบบสารสนเทศเพื่อการติดตามผลการดำเนินงานจะใช้ระบบตามที่สปสช. กำหนด

9.2 สปสช.เขตติดตาม ควบคุมกำกับ การดำเนินงานในระดับพื้นที่

10. ผู้บริหารจัดการในภาพรวม

ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	อีเมลล์
นพ.สุรพล อริยปิติพันธ์	ผู้จัดการกองทุนโรคไตวาย	084-7512461	surapol.a@nhso.go.th
นางศิริพร สินธนัง	รองผู้จัดการกองทุนโรคไตวาย	02-1415042 084-7001648	siriporn.s@nhso.go.th
นายปราโมทย์ แย้มพร้อม	หัวหน้ากลุ่มงาน	02-1414143 081-9060260	Pramoat.y@ nhso.go.th
นางกัญจนา รัตนะ	หัวหน้างาน รับผิดชอบงานข้อมูลสารสนเทศ	02-1414147 fax 02-1439744	Kanchana.r@ nhso.go.th
น.ส.อวัสดา ช้างเพชร	หัวหน้างาน รับผิดชอบงาน CAPD	02-14141345 fax 02-1439744	awasda.c@ nhso.go.th
นางวาสนา จันทรพินิจ	เจ้าหน้าที่อาวุโส รับผิดชอบงาน KT HD	02-1414150 084-7050864 fax 02-1439744	wasana.c@ nhso.go.th
น.ส.มนสิชา ช่วยชุมพร	เจ้าหน้าที่อาวุโส รับผิดชอบการชดเชยค่าบริการ	02 1414146 087-1565059 fax 02-1439744	monsicha.c@ nhso.go.th

ผู้บริหารจัดการในพื้นที่ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ทุกเขต
เว็ปไซด์ของกองทุนโรคไตวาย : http://KDF. nhso.go.th

บทที่ 2
การจัดบริการล้างไต ผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 2
การจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD)

1. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทย ได้กำหนดให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับบริการล้างช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) เป็นบริการแรกสำหรับการทดแทนไตที่ให้กับผู้ป่วยทุกราย หรือที่เรียกว่า PD First Policy เนื่องจากคำนึงถึงผลกระทบที่จะมีต่อผู้ป่วยและสังคมโดยรวม กล่าวคือ บริการ CAPD นั้นเป็นบริการที่ใช้เวลาของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการน้อยกว่า HD เป็นบริการที่ผู้ป่วยสามารถทำเองได้ที่บ้านด้วยตนเอง โดยไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ทำให้ประหยัดทั้งเวลาในการเดินทาง และค่าเสียโอกาสของผู้ป่วยและ ญาติในการทำงาน นอกจากนี้คาดว่าบริการ CAPD เป็นบริการที่จะสามรถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า HD เพราะค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าน้ำยาล้างช่องท้องซึ่งมีโอกาสที่จะลดราคาลงได้ถ้ามีการบริหารจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง จึงได้กำหนด แผนพัฒนาระบบบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ในปี 2554 ดังนี้

1.1 สนับสนุนและขยายเป้าหมาย การให้บริการผู้ป่วย CAPD อย่างต่อเนื่อง

สนับสนุนหน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง CAPD หน่วยเดิมต่อเนื่อง และขยายหน่วยบริการใหม่ที่เป็นเครือข่ายของหน่วยบริการเดิมในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ เพื่อให้มีหน่วยบริการ CAPD ที่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ครบทุกจังหวัดและเพียงพอ

1.2 สนับสนุนให้มี CAPD Technology and Training Centers กระจายทุกภูมิภาค เพื่อดำเนินการพัฒนารูปแบบการให้บริการ CAPD การผลิตบุคลากร สนับสนุนงานวิชาการและการวิจัย ให้การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและประเมินผลหน่วยบริการในพื้นที่

1.3 พัฒนาเครือข่ายสนับสนุนและควบคุมคุณภาพ CAPD ประเมินและพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการระดับจังหวัด ขยายบทบาทการสนับสนุนและควบคุมคุณภาพบริการ CAPD ของ สปสช. เขต

1.4 พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้งอายุรแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พยาบาล CAPD PD Case manager นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และ ชมรมผู้ป่วยโรคไต สนับสนุนการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย CAPD ถึงชุมชน

1.5 สนับสนุนการรวมตัวกิจกรรมของแพทย์ และพยาบาล CAPD และผู้ป่วย สนับสนุนการพัฒนาวิชาการและงานวิจัยแบบ R2R รวมทั้งให้มีการประชุมระดับชาติ

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เข้าถึงการบริการทดแทนไต และได้รับบริการ CAPD

2.3 เพื่อเตรียมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้มีความพร้อมจนกว่าจะสามารถรับบริการปลูกถ่ายไต

3. การบริหารงบประมาณ

ปีงบประมาณ 2554 จะสนับสนุนการพัฒนาระบบตามแผนพัฒนาระบบบริการดังกล่าวข้างต้น และจะชดเชยค่าบริการ CAPD ตามแนวทางการสนับสนุนค่าบริการที่กำหนด

เป้าหมายบริการ : ผู้ป่วยรายเดิมที่ทำ CAPD ต่อเนื่องมาจากปีก่อนและผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2554

ระยะเวลาดำเนินการ : วันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2554

4. การบริหารจัดการ

การสนับสนุนการบริการ CAPD เป็นการดำเนินงานในลักษณะ การบริหารจัดการโรคเฉพาะ จึงต้องมีการดำเนินงานเพื่อขึ้นทะเบียน หน่วยบริการและ ลงทะเบียนผู้ป่วย และจ่ายชดเชยค่าบริการ ตามแนวทาง ดังนี้

4.1 การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

4.1.1 การสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์บริการ CAPD

ในปีงบประมาณ 2551 และ 2552 ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณเบื้องต้นจำนวน 1 ล้านบาท เพื่อพัฒนาการจัดการและจัดบริการCAPD ให้แก่ หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สำหรับในปีงบประมาณ 2553 - 2554 จะสนับสนุนงบประมาณตามความจำเป็นแก่โรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อมร่วมเป็นเครือข่ายบริการกับหน่วยบริการ CAPD เดิม

4.1.2 วิธีการขึ้นทะเบียนศูนย์บริการ CAPD

1) หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ต้องเป็นหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือ โรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อม
2) ยื่นแบบแสดงความจำนงเพื่อเข้าร่วมบริการ ต่อ สปสช.เขต
3) คณะกรรมการที่แต่งตั้งโดย สปสช.เขต จะตรวจประเมินความพร้อม ตามแนวทางของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
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 ที่มีสถานที่และเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสมและพอเพียงเพื่อบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
   5.3) จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตหรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดหนึ่งคนเป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบโครงการ และมีพยาบาลโรคไตหนึ่งคนเป็น CAPD Case Manager ประจำ

5.4) ให้บริการ CAPD ตามแผนการรักษาที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด และจัดให้บริการผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือด (HD) ในกรณีผู้ป่วย CAPD มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการทดแทนไตชั่วคราวไม่เกิน 90 วัน ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด รวมทั้งรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการทดแทนไต

5.5) ประสานงานและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยในพื้นที่ เพื่อบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับน้ำยา CAPD ตามที่กำหนดและผู้ป่วย CAPD ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

5.6) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติ และโรงพยาบาล เช่น การตั้งชมรมผู้ป่วยโรคไต การเป็นอาสาสมัคร การมีกิจกรรมร่วมกัน เป็นต้น

5.7) รายงานผลการลงทะเบียนผู้ป่วย ผลการให้บริการทดแทนไต การเยี่ยมบ้าน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และเบิกค่าชดเชยบริการทุกเดือนผ่านระบบที่กำหนด

4.2 การลงทะเบียนผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีสิทธิรับบริการ CAPD จะต้องเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ณ วันที่ขอรับบริการ และต้องเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสุดท้ายระยะที่ V ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยศูนย์บริการ CAPD ต้องลงทะเบียนผู้ป่วยผ่านโปแกรม DMIS_CAPD

4.3 บทบาท case manager พยาบาลโรคไต ทำหน้าที่เป็น CAPD Case Manager โดย สปสช. สนับสนุนให้รับการอบรมในหลักสูตรเฉพาะทางที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง เมื่อผ่านการอบรมแล้วจะมีหน้าที่ ในการจัดเตรียมสถานที่ภายในศูนย์บริการ CAPD จัดให้มีการลงทะเบียนผู้ป่วย บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับบริการ CAPD เช่น ให้ความรู้ทั่วไปในการดูแลเปลี่ยนน้ำยาล้างไตให้กับผู้ป่วย และ ญาติ รวมถึงการติดตาม เยี่ยมผู้ป่วย ประสานการวางสายทางหน้าท้องกับศัลยแพทย์หรือแพทย์ที่มีความชำนาญในการวางสาย บันทึกข้อมูลการเบิกน้ำยา ข้อมูลบริการและปัญหาโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็นต้น

5. แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ

ในช่วงเริ่มต้นโครงการ เมื่อปีงบประมาณ 2551 สปสช. ได้สนับสนุนการชดเชยค่าบริการแก่ศูนย์บริการ CAPD ในรูปแบบที่แตกต่างกันตามความพร้อม และระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการ แต่ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2552 เป็นต้นไปหน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ CAPD จะรับการสนับสนุนการชดเชยค่าบริการ เป็นระบบเดียวกันทุกแห่ง ซึ่งเป็นการจ่ายเพิ่มจากที่หน่วยบริการได้รับการชดเชยจากงบเหมาจ่ายรายหัวตามชุดสิทธิประโยชน์ปกติ (Additional Pay) โดย แบ่งการสนับสนุนเป็น 2 ส่วน คือ

5.1 การสนับสนุนน้ำยา CAPD ยา Erythropoietin และ สาย Tenchkoff catheter

เพื่อควบคุมคุณภาพ และประกันความเสี่ยงให้หน่วยบริการในเรื่องราคาของยาและเวชภัณฑ์ยาที่อาจเปลี่ยนแปลงตามภาวะตลาด ลดภาระการจัดหาของหน่วยบริการ จึงจะสนับสนุนน้ำยา CAPD ยา Erythropoietin และสาย Tenchkoff catheter ให้แก่หน่วยบริการ โดยบริหารจัดการผ่านระบบ Vendor Managed Inventory (VMI) ขององค์การเภสัชกรรม

5.1.1 น้ำยา CAPD

สนับสนุน น้ำยา CAPD ให้แก่ผู้ป่วยโดยองค์การเภสัชกรรมจะเป็นผู้จัดส่งให้ถึงหน่วยบริการใกล้บ้านผู้ป่วย หรือถึงบ้านผู้ป่วยโดยตรง(ตามที่หน่วยบริการระบุ) ซึ่งหน่วยบริการสามารถสั่งน้ำยา CAPD ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD ให้แก่ผู้ป่วยได้ ตามความจำเป็นทางการแพทย์และไม่เกิน 150 ถุง ต่อเดือน (สั่งครั้งละ ไม่เกิน 2 เดือน)

5.1.2 ยา Erythropoietin

สนับสนุนยา Erythropoietin ที่ผ่านการคัดเลือกด้านคุณภาพโดยคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง ให้แก่หน่วยบริการโดย หน่วยบริการสามารถสั่งยาผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD เพื่อจ่ายให้แก่ผู้ป่วยตามความจำเป็น โดยพิจารณาจากระดับ Hct เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) การบริหารยา Erythropoietin หน่วยบริการจะต้องนัดและให้ยาผู้ป่วยที่หน่วยบริการโดยตรง หรือที่หน่วยบริการใกล้บ้านผู้ป่วย เช่น สถานีอนามัย เป็นต้น (ไม่อนุญาตให้ยาผู้ป่วยไปฉีดที่บ้านเอง)

5.1.3 สาย Tenchkoff catheter

สนับสนุนสาย Tenchkoff catheter ให้แก่หน่วยบริการ โดยหน่วยบริการสามารถสั่งผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD เพื่อใช้กับผู้ป่วยรายใหม่ และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน โดยทั่วไปไม่เกิน 1 สาย /ผู้ป่วย 1 ราย /ปี ยกเว้นบางรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนมากกว่าให้แจ้ง สปสช.ทราบ

5.2 ค่าใช้จ่ายในการบริการ

5.2.1 ค่าชดเชยบริการแบบเหมาจ่ายสำหรับหน่วยบริการในการให้บริการประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย การดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ค่ายาพื้นฐาน และยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการบริการCAPD โดยตรง รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนโดยตรงที่เกิดจากการบริการ CAPD ตามแนวทาง เวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยหรือ สปสช. กำหนด ในอัตรา 4,000 บาท/ผู้ป่วย 1 ราย / เดือน

5.2.2 ค่าสนับสนุนตามภาระงานสำหรับแพทย์ พยาบาล CAPD และเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องโดยตรง ของหน่วยไตเทียมหรือ CAPD ที่แยกระบบบริการต่างหาก เพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การนัดดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การสนับสนุนและติดตามเยี่ยมบ้าน รวมทั้ง ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ อัตรา 2,000 บาท / ผู้ป่วย 1 ราย / เดือน

5.2.3 ค่าสนับสนุนตามภาระงานแก่ แพทย์ ที่ผ่านการฝึกอบรมการวางสาย Tenchkoff catheter ในหลักสูตรที่ สปสช. ให้การสนับสนุนหรือเห็นชอบ หรือที่มีประสบการณ์การวางสายเป็นที่ยอมรับและได้ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ผู้วางสาย Tenchkoff catheter กับ สปสช. ในการผ่าตัดวางสายล้างช่องท้องอย่างถาวร ตามแนวเวชปฏิบัติ อัตรา 2,000 บาท / ครั้งของการวางสายจนสำเร็จ

5.2.4 สนับสนุนให้หน่วยบริการเพื่อจัดกิจกรรมอาสาสมัครเฉพาะหน่วยที่มีผู้ป่วย CAPD มากกว่า 30 รายขึ้นไป ในอัตรา 60,000 บาท /หน่วยบริการ/ปี

5.3 หลักเกณฑ์การสนับสนุนและการจ่ายชดเชย

5.3.1 ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงบริการทดแทนไตระดับจังหวัด ว่าเป็นผู้ที่มีสิทธิรับการล้างไตทางช่องท้อง CAPD

5.3.2 ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยในโครงการ CAPD จากหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการฯ และ มีการบันทึกข้อมูล การรักษา ลงในโปรแกรม DMIS_CAPD ครบถ้วน รวมทั้งบันทึกการติดตามตามที่ สปสช. กำหนด

5.3.3 เมื่อผู้ป่วยย้ายหน่วยบริการ สปสช. จะจ่ายค่าใช้จ่ายในเดือนนั้นๆ ให้หน่วยบริการที่ให้การรักษาและ สปสช. จะยุติการจ่าย เมื่อมีการเปลี่ยนสิทธิเป็นสิทธิอื่น หรือเสียชีวิตก่อนเข้ารับบริการ

5.3.4 กรณีเปลี่ยนวิธีการรักษา จาก CAPD เป็น HD และกลับมารักษาโดยการทำ CAPD และหรือกรณีมีความจำเป็นต้องทำ Temporary HD ก่อนทำ CAPD ภายในระยะเวลารวม 90 วัน (Temporary HD) ทั้งในกรณีพักท้องหรือภาวะยูรีเมีย สปสช. จะจ่ายชดเชยในราคา 1,500 บาทต่อครั้งในการให้บริการ HD หรือตามอัตราค่าชดเชย บริการ HD ตามปกติที่ปรับเปลี่ยนใหม่ ทั้งนี้หากหน่วยบริการ CAPD ไม่สามารถให้บริการ HD ได้เอง และส่งผู้ป่วยไปรับบริการ HD ที่หน่วยฟอกเลือดอื่น หน่วยบริการ CAPD จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดให้หน่วยฟอกเลือดที่ส่งไปนั้นโดยเบิกชดเชยจาก สปสช. ในโปรแกรม DMIS ในส่วนของ Temporary Hemodialysis

5.3.5 กรณีที่ไม่สามารถกลับมารักษาโดย CAPD ได้ต้องเปลี่ยนเป็น HD ถาวร (Permanent HD) ต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ ฯ ระดับจังหวัด หลังการอนุมัติ สปสช.จะจัดให้มีการลงทะเบียนเข้าสู่ HD ถาวร และเบิกค่าใช้จ่ายตามแนวทาง HD ถาวร ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับสิทธิประโยชน์ ณ วันที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการระดับจังหวัด

5.3.6 กรณีเจ็บป่วยอื่นๆ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นนอกเหนือจาก CAPD โดยตรง หน่วยบริการรับค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายรายหัว ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและอื่นๆ ตามแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ สปสช.

5.4 วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนและชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริการ

5.4.1 การรับการสนับสนุน น้ำยา CAPD ยา Erythropoietin และสายTenchkoff catheter

1) หน่วยบริการบันทึกข้อมูล เบิกจ่ายน้ำยา CAPD ยา Erythropoietin และสาย Tenchkoff catheter ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD

2) สปสช. สนับสนุนโดยบริหารจัดการผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม

5.4.2 การขอรับค่าใช้จ่ายในการบริการ

1) ค่าชดเชยบริการแบบเหมาจ่ายสำหรับหน่วยบริการในการให้บริการ

1.1) หน่วยบริการ บันทึกข้อมูลการบริการ และการนัดติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD ทุกเดือน

1.2) สปสช.จะตรวจสอบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและ การให้บริการจาก ข้อมูลในโปรแกรม DMIS_CAPD และจ่ายชดเชยให้เป็นรายเดือนหรือตามที่ได้รับรายงานข้อมูลการให้บริการ

2) ค่าสนับสนุนตามภาระงานสำหรับแพทย์ พยาบาล CAPD และเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องโดยตรง

2.1) หน่วยบริการจัดทำ แผนการบริหารค่าสนับสนุนตามภาระงานสำหรับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการบริการ CAPD 2,000 บาท/ผู้ป่วย 1 ราย/เดือน อัตราการจ่ายให้บุคคลแต่ละประเภท ตามแบบฟอร์มที่ สปสช.กำหนด (แบบฟอร์มCAPD 1) เสนอ สปสช. เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

2.2) บันทึกข้อมูลการให้บริการ CAPD ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD ทุกเดือน

2.3) สปสช. จะตรวจสอบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและการบริการ จากข้อมูลในโปรแกรมDMIS_CAPD และจ่ายค่าสนับสนุนตามภาระงานเป็นรายเดือนหรือตามที่ได้รับรายงานการให้บริการ

3) ค่าสนับสนุนตามภาระงานแก่ แพทย์ ในการผ่าตัดวางสายล้างช่องท้องอย่างถาวร

3.1) หน่วยบริการส่งรายชื่อแพทย์ที่ผ่านการอบรมการวางสายหรือแพทย์ที่มีประสบการณ์การวางสายเป็นที่ยอมรับให้ สปสช. เพื่อขึ้นทะเบียน

3.2) บันทึกข้อมูลการวางสาย ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD เมื่อให้บริการวางสายแก่ผู้ป่วย และติดตามผลจนใช้งานได้หรือสำเร็จ

3.3) สปสช. จะจ่ายค่าสนับสนุนภาระงานแก่แพทย์ ที่วางสายผ่านหน่วยบริการเป็นรายเดือน

4) สนับสนุนให้หน่วยบริการเพื่อจัดกิจกรรมอาสาสมัคร

4.1) หน่วยบริการจัดทำโครงการ จัดกิจกรรมอาสาสมัคร ตามแบบฟอร์มที่ สปสช. กำหนด (แบบฟอร์ม CAPD 2 P)เสนอ สปสช. เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

4.2) สปสช. สนับสนุนงบประมาณเมื่อได้รับและเห็นชอบตามโครงการ หน่วยบริการละ 60,000 บาท /ปี

4.3) หน่วยบริการ ส่งรายงานผลการปฏิบัติงานตามแผน (แบบฟอร์ม CAPD 2 R) ทุกปี ก่อนรับการสนับสนุนในปีต่อไป

รายละเอียดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องแนวทางการชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และแนวทางการสนับสนุนยา Erythropoietin สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่รับบริการทดแทนไต ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) และ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ในภาคผนวก

5.5 การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ

สปสช.จะตัดข้อมูลจากโปรแกรม DMIS_CAPD ทุกวันที่ 30 ของเดือน พิจารณาตรวจสอบและออกรายงานขออนุมัติการจ่ายชดเชยในทุกวันที่ 30 ของเดือนถัดไป

5.6. การอุทธรณ์หลังการจ่าย

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายชดเชยของ สปสช.ไม่ถูกต้องตามแนวทางการจ่ายชดเชยดังกล่าวนี้ หรือมีค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วย CAPD นอกเหนือจากแนวทางที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ มายัง สปสช. ภายใน 30 วันหลังได้รับรายงานการโอนเงิน

บทที่ 3
การจัดบริการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม

บทที่ 3
การจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD)

1. หลักการและเหตุผล

แม้ว่าการให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง CAPD แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็นนโยบายหลักในการจัดบริการบำบัดทดแทนไต แต่ก็มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถรับบริการ CAPD ได้ ตั้งแต่เริ่มให้บริการทดแทนไต หรือระหว่างการให้บริการ CAPD ไประยะหนึ่งแล้ว และยังมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตั้งแต่ก่อน 1 ตุลาคม 2551 (ผู้ป่วย HD รายเก่า) จึงจำเป็นต้องให้จัดมีบริการฟอกเลือด (Hemodialysis; HD) ให้กับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง จึงได้กำหนด แผนพัฒนาระบบบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีเป้าหมาย ในปี 2554 ให้ปรับเปลี่ยน หน่วยบริการ ที่เข้าร่วมให้บริการ HD เป็นแบบระยะยาว (2.1) ทั้งหมด และขยายบทบาทการสนับสนุนและควบคุมคุณภาพ HD ของ สปสช.เขต มากขึ้น

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD ได้รับการดูแล รักษาที่มีคุณภาพมาตรฐานมีคุณภาพชีวิตที่ดีและได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่สามารถรับบริการ CAPD ได้รับบริการทดแทนไตด้วยวิธี HD

2.3 เพื่อเตรียมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีความพร้อมจนกว่าจะสามารถรับบริการปลูกถ่ายไต

3. การบริหารงบประมาณ

เป้าหมายบริการ

ปีงบประมาณ 2554 จะสนับสนุนการพัฒนาระบบตามแผนพัฒนาระบบบริการดังกล่าวข้างต้น และจะชดเชยค่าบริการ ผู้ป่วยรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD ตามเงื่อนไข ทั้งรายเก่าและรายใหม่

ระยะเวลาดำเนินการ : วันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2554

4. การบริหารจัดการ

4.1 การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ / สถานบริการที่ให้บริการฟอกเลือด

4.1.1 แนวทางการขึ้นทะเบียน

หน่วยบริการ / สถานบริการ ให้แสดงความจำนงเป็นหนังสือต่อ สปสช. เขต เพื่อดำเนินการตรวจรับรอง ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด โดยใช้เกณฑ์ผ่านการประเมินของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (ตรต.) เมื่อผ่านการตรวจรับรอง สปสช. เขต จะขึ้นทะเบียน และบันทึกเพื่อส่งข้อมูลหน่วยบริการ ในโปรแกรม DMIS_HD กรณี ที่ไม่ผ่าน ตรต. ต้องมีการรับรองจาก สปสช.เขต จนกว่าจะได้รับการตรวจรับรองจาก ตรต.

4.1.2 ประเภทหน่วยบริการ / สถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการ HD

หน่วยบริการ / สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนจัดบริการ มี 2 ประเภท ดังนี้

1) หน่วยบริการ/สถานบริการ ที่สมัครเข้าร่วมให้บริการระยะยาว (2.1) จะต้องให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแก่ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามแนวทาง การให้บริการกำหนด ระยะเวลา 12 เดือน และมีสิทธิได้รับการสนับสนุนค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตามที่ สปสช. กำหนดทั้งหมด

2) หน่วยบริการ / สถานบริการ ที่ให้บริการฟอกเลือดและสมัครเข้าร่วมให้บริการระยะสั้น (2.2) จะต้องให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแก่ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามแนวทางการให้บริการที่กำหนด และมีสิทธิได้รับการสนับสนุนเฉพาะค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในอัตรา 1000, 1500 บาท / ครั้ง เท่านั้น

4.1.3 หน้าที่ ของหน่วยบริการ/ สถานบริการ

1) จัดให้มีการขอลงทะเบียนและข้อมูลผู้ป่วย HD ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและส่งให้ สปสช. ตามระบบที่ สปสช. กำหนด
2) จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตหรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดจำนวนหนึ่งคนเป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบและมีพยาบาลโรคไตจำนวนหนึ่งคนเป็น HD Case Manager ประจำ
3) จัดให้มีบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีสถานที่และเจ้าหน้าที่เหมาะสมและพอเพียงตามมาตรฐานที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด
4) จัดให้มีการบริการหรือกิจกรรมอื่นๆที่จำเป็น เช่น การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ การเยี่ยมบ้าน การรักษา หรือส่งต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เป็นต้น
5) จัดส่งข้อมูลและเบิกค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่าใช้จ่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรงตามอัตราและผ่านระบบที่ สปสช. กำหนดทุกสิ้นเดือน (ใช้ระบบเดียวกันกับสวัสดิการข้าราชการที่สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) ดำเนินการอยู่แล้ว)
6) อำนวยความสะดวกในการตรวจรับรองมาตรฐานจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หรือการตรวจประเมินเบื้องต้นจาก สปสช.เขต และส่งเอกสารให้ สปสช.
7) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ สปสช.หรือคณะกรรมการระดับจังหวัดกำหนด

หน่วยบริการ /สถานบริการ HD มีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ลงทะเบียนไว้ ตามมาตรฐาน กรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างบริการ HD หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลมีหน้าที่

ต้องปฏิบัติในการรักษาภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ จนพ้นภาวะวิกฤติ และส่งต่อไปยังหน่วยบริการตามศักยภาพและเครือข่ายที่ สปสช.เขต กำหนด โดยจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการปกติ

4.2 การลงทะเบียนผู้ป่วย

4.2.1 ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1) ผู้ป่วย HD รายเก่าที่มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วย ที่เปลี่ยนสิทธิจากระบบอื่น เช่น สิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการข้าราชการ เป็นต้น ซึ่งได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อน 1 ตุลาคม 2551 โดยรับบริการที่หน่วยบริการหรือสถานบริการ HD ที่ได้ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.เขต หรือที่ สปสช. กำหนด โดยผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายเฉพาะค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งละไม่เกิน 500 บาท และสปสช.ให้การสนับสนุนครั้งละ 1,000 บาทหรือ 1,200 บาท และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ แต่ต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ รวมทั้งมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์

   ทั้งนี้ จากมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2552 ได้เห็นชอบคำนิยามผู้ป่วยรายเก่า คือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบอื่น ที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดมาก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 ดังนั้น ผู้ป่วยที่เคยมีสิทธิข้าราชการหรือประกันสังคม และได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อน 1 ตุลาคม 2551 เมื่อมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หากต้องการรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD ต่อเนื่อง สามารถเสนอชื่อผ่านคณะกรรมการฯระดับจังหวัด และมีสิทธิรับบริการโดยร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ครั้งละไม่เกิน 500 บาท ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2552 เป็นต้นไป

2) ผู้ป่วย HD รายใหม่ที่มีสิทธิ หมายถึงผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ว่าไม่สามารถใช้วิธีทดแทนไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) หรือต้องเปลี่ยนจาก CAPD เป็นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบถาวร ตามหลักเกณฑ์หรือข้อบ่งชี้หรือข้อห้ามในข้อ 2

และผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัดว่าต้องใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งก่อนและหลัง 1 ตุลาคม 2551 โดยผู้ป่วยไม่ต้องร่วมจ่าย และสปสช. ให้การสนับสนุนค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งละ 1,500 บาท หรือ 1,700 บาทและค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องโดยตรง โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ แต่ต้องเป็นไปตามความจำเป็น และข้อบ่งชี้ รวมทั้งมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์

3) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารายใหม่ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2551 เป็นต้นไป และไม่สมัครใจเลือกรับบริการทดแทนไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) และไม่ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด เพื่อให้ใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามข้อ 2 ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

4.3 ข้อบ่งชี้หรือข้อห้ามของการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)

กำหนดเงื่อนไขดังต่อไปนี้ เป็นข้อบ่งชี้หรือข้อห้ามของการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไต เทียม (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) เยื่อบุช่องท้องเป็นพังผืดไม่สามารถทำ CAPD
3) ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ไม่สามารถทำ CAPD

4.3.3 ข้อห้ามสัมพัทธ์ของการทำ CAPD ทำให้ผู้ป่วยมีสิทธิทำ HD ได้โดยไม่ต้องร่วมจ่าย และเมื่อข้อห้ามสัมพัทธ์ดังกล่าวสิ้นสุดลง ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนเป็น CAPD จึงจะได้รับสิทธิ ได้แก่

1) มีสิ่งแปลกปลอมในช่องท้องมาก่อน เช่น ใส่เส้นเลือดเทียม เป็นต้น
2) มีไส้เลื่อนที่ยังไม่แก้ไข หรือมีช่องทางติดต่อระหว่างกับอวัยวะภายนอก
3) อ้วนมาก (BMI>35 กก./ตรม.)
4) มี recurrent diverticulitis หรือการอักเสบของลำไส้บ่อยๆ
5) มีการผ่าตัดนำกระเพาะหรือลำไส้ออกมาทางหน้าท้อง
6) ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำ CAPD ได้ และเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ ภายใต้คำแนะนำของคณะกรรมการระดับจังหวัด

4.3.4 ข้อห้ามสมบูรณ์ของการทำ CAPD ทำให้ผู้ป่วยมีสิทธิทำ HD และไม่ต้องร่วมจ่าย ได้แก่

1) มีรอยโรคบริเวณผิวหนังหน้าท้องที่ไม่สามารถวางสายได้
2) มีพังผืดภายในช่องท้องไม่สามารถวางสายได้
3) มีสภาพจิตบกพร่องอย่างรุนแรง ซึ่งอาจกระทบต่อการรักษาด้วยวิธี CAPD ทั้งนี้ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพิจารณาหลักเกณฑ์ ข้อบ่งชี้ และข้อห้ามของการล้างไตฯ ในบางประเด็นให้ชัดเจนขึ้น ดังนี้

3.1) ผู้ป่วยที่มีสติปัญญาบกพร่อง (mental retardation) จัดเป็นผู้ป่วยที่มีสภาพจิตบกพร่องรุนแรง ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการรักษาด้วยวิธี CAPD เป็นข้อห้ามสมบูรณ์ (Absolute Contraindication) สำหรับการล้างไตทางช่องท้อง

3.2) ภาวะพังผืดในช่องท้องที่เป็นข้อห้ามสมบูรณ์ มีรายละเอียดหรือระดับความรุนแรง เมื่อพิจารณา ต้องมีหลักฐานทางการแพทย์บ่งบอกชัดเจนว่า มี peritoneal fibrosis หรือ peritoneal sclerosis หรือมี bowel adhesion ซึ่งอาจทราบได้จากการตรวจ abdominal CT scan หรือ Laparoscopic examination หรือการผ่าตัดวางสาย Tenckhoff แล้วประสบปัญหา

3.3) ภาวะ Pleuro peritoneal Fistular ถือเป็นข้อห้ามของการล้างไต

3.4) ภาวะรอยโรคบริเวณผิวหนังหน้าท้องที่ไม่สามารถวางสายได้นั้น มีความหมายถึงรอยโรคที่เป็นถาวรในบริเวณผิวหนังที่จะทำการผ่าตัดวางสาย

Tenckhoff ได้แก่ แนว Midline หรือ Paramedian และผิวหนังบริเวณที่จะทำ Exit site ซึ่งรอยโรคดังกล่าวจะเป็นอุปสรรคต่อ Healing หรือ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ (ตามหนังสือที่ สตท.42/ 2552 ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2552)

4.4 วิธีการลงทะเบียน

4.4.1. คณะกรรมการระดับจังหวัด ส่งรายชื่อผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาว่าต้องทำ HD พร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ สปสช.เขต

4.4.2 สปสช.เขต พิจารณา ลงทะเบียน ในโปรแกรม DMIS_HD ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามสัมพัทธ์กรณี ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำ CAPD ได้ ให้ส่งรายชื่อ พร้อมแบบฟอร์มและเอกสารประกอบให้ สปสช. เพื่อเสนอ คณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ที่ส่วนกลาง เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว สปสช. จะดำเนินการลงทะเบียนใน DMIS_HD

4.4.3 สปสช.จะตรวจสอบข้อมูล ในโปรแกรม DMIS_HD และส่งข้อมูลให้ให้สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการเบิกชดเชยค่าบริการ เดือนละ 2 ครั้ง

4.4.4 หน่วยบริการ /สถานบริการ รับข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการลงทะเบียน ผ่านโปรแกรมของ สกส. เพื่อบันทึกการให้บริการ

4.5 บทบาท Case Manager

พยาบาลโรคไตทำหน้าที่ HD Case Manager ให้ความรู้ทั่วไปในการดูแล การปฏิบัติตนระหว่างรับบริการ HD รวมไปถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และบริหารจัดการในการให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิ

5. แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ

สปสช. ให้การสนับสนุนค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงแก่หน่วยบริการหรือสถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการ ดังนี้

5.1 ชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD

สำหรับผู้ป่วย HD รายเก่า ครั้งละ1,000 บาท และผู้ป่วย HD รายใหม่ ครั้งละ 1,500 บาท ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีและมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ ปอด ตับร่วมด้วย และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหน่วยบริการหรือสถานบริการขนาดใหญ่ที่มีการให้บริการหอผู้ป่วยไอซียู โดยชดเชยผู้ป่วยรายเก่าครั้งละ 1,200 บาท และผู้ป่วยรายใหม่ครั้งละ 1,700 บาท

ตารางที่ 2 แสดงแนวทางการเบิกจ่าย Vascular access สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ชนิดของ vascular access	ข้อบ่งชี้	ราคาจ่าย	เบิกได้ไม่เกิน	สถานที่ดำเนินการ
Tunnel cuff catheter	สำหรับผู้ที่เปลี่ยนการรักษาจาก CAPD เป็น Chronic Hemodialysis ในกรณีดังนี้ 1) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD 2 ผู้ป่วยChronic Hemodialysis ที่รอใช้ AVF หรือ AVG 3 ผู้ป่วย Chronic Hemodialysis ที่ไม่สามารถทำ AVF หรือ AVG	12,000 บาท (รวมค่าสาย, ค่าใส่สาย)	เบิกตามจริง แต่ไม่เกิน1ครั้ง / ปี	ศูนย์ฟอกเลือดหรือโรงพยาบาล
AVF	สำหรับผู้ป่วย Chronic Hemodialysis ในกรณีดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษาจาก CAPD เป็น Chronic Hemodialysis 2) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD 3) ผู้ป่วย Chronic Hemodialysis ที่ต้องทำ AVF ใหม่	8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด, ค่า OR, ค่าห้อง	เบิกตามจริง แต่ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี	โรงพยาบาล

ชนิดของ vascular access	ข้อบ่งชี้	ราคาจ่าย	เบิกได้ไม่เกิน	สถานที่ดำเนินการ
AVG	สำหรับผู้ป่วย Chronic hemodialysis ที่ไม่สามารถทำ AVF ได้ในกรณีต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษาจาก CAPD เป็น Chronic hemodialysis 2) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD 3) ผู้ป่วย Chronic hemodialysis ที่ต้องทำ AVG ใหม่	8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด, ค่า OR และค่าห้องปฏิบัติการ แต่ไม่รวมค่า Graft *(ค่า Graft ไม่เกิน 14,000 บาท)*	เบิกตามจริง แต่ไม่เกิน 1 ครั้ง / ปี	โรงพยาบาล
Temporary double lumen catheter	สำหรับผู้ป่วย Chronic hemodialysis ที่รอใช้ AVF หรือ AVG	5,000 บาท (รวมค่าสายและค่าใส่สาย)	เบิกตามจริง แต่ไม่เกิน 1 ครั้ง / ปี	ศูนย์ฟอกเลือดหรือโรงพยาบาล

หมายเหตุ

1) ผู้ป่วยใหม่ที่ต้องทำ Temporary Hemodialysis ก่อนทำ CAPD ให้รวมค่าสาย Temporary Double lumen catheter อยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัว 4,000 บาท / คน / เดือน
2) ผู้ป่วย CAPD ที่ต้องทำ Temporary Hemodialysis หลังจากเริ่มทำ CAPD เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ให้รวมค่าสาย Temporary Double lumen catheter อยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัว 4,000 บาท / คน / เดือน
3) ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการแก้ไข AVF หรือ AVG สามารถเบิกค่าแก้ไขเพิ่มเติมตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท ในระยะเวลา 1 ปี
4) ในกรณีที่หน่วยบริการหรือสถานบริการ มีความจำเป็นต้องใช้รายการต่างๆ หรืออุปกรณ์รักษาเพิ่มเติมจากที่สปสช. กำหนดไว้ และมีค่าใช้จ่ายสูงอย่างชัดเจน หน่วยบริการหรือสถานบริการสามารถอุทธรณ์ค่าใช้จ่ายดังกล่าวได้
5) ปี หมายถึงปีงบประมาณ

5.2 ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

5.2.1 ยา Eythropoietin ตามที่ สปสช. กำหนด (รายละเอียดในบทที่ 6)

5.2.2 การชดเชยค่าทำเส้น HD (vascular access) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 กำหนดอัตราการจ่ายชดเชยค่าทำ vascular access ใหม่ดังนี้

6. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

เป็นการจ่ายเพิ่มเติมที่หน่วยบริการได้รับจากระบบปกติ (Additional pay) เฉพาะการฟอกเลือด (Hemodialysis) การให้ยา Erytropoietin ค่าบริหารจัดการยา และค่าทำเส้นเลือด HD (vascular access) เท่านั้น โดยมีเงื่อนไขดังนี้

6.1 การชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สำหรับผู้ป่วย HD ทั้งรายเก่า และรายใหม่ ในอัตราดังกล่าวข้างต้นครอบคลุม การบริการดังต่อไปนี้

6.1.1 ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวเนื่องกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เช่น CBC BUN Creatinine Electrolyte เป็นต้น ได้เหมารวมอยู่ในอัตรานี้แล้ว

6.1.2 ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่แพทย์สั่งระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ Glucose, Analgesic, Antihistamineและ Transquilizer drug ได้เหมารวมอยู่ในอัตรานี้แล้ว

6.1.3 การล้างไตต้องทำไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ยกเว้น กรณี 1. การล้างไตครั้งแรกน้อยกว่า 4 ชั่วโมงจ่ายได้ 2. กรณีผู้ป่วยไม่ Stable แต่ สปสช. ก็จ่ายตามอัตราราคาที่ประกาศ

6.1.4 กรณีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการล้างไต ที่จำเป็นเร่งด่วน ให้หน่วยบริการที่รักษาภาวะแทรกซ้อน นี้เรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบปกติ เช่น กรณีฉุกเฉินผู้ป่วยในให้เรียกเก็บตามระบบ DRG จากกองทุนผู้ป่วยใน ยกเว้นในกรณีสถานบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เป็นสถานบริการตามสัญญา สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายตามข้อบังคับมาตรา 7 ได้

6.1.5 ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการอื่นๆ เบิกจ่ายตามแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เช่น กรณีส่งต่อ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

6.1.6 กรณีเปลี่ยนสิทธิหรือเสียชีวิต จะหมดสิทธิในการขอรับค่าใช้จ่ายในเดือนที่ตรวจสอบได้

6.1.7 กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่หน่วยบริการ / สถานบริการที่ลงทะเบียนไว้ จะต้องทำการส่งตัวผู้ป่วยไปรับการล้างไตอีกหน่วยบริการ / สถานบริการหนึ่ง หน่วยบริการ / สถานบริการที่รับลงทะเบียน จะต้องส่งตัวผู้ป่วยผ่านระบบอิเลคทรอนิกส์ตามที่ สปสช. กำหนด (โปรแกรม สกส.) และหน่วยบริการ สถานบริการที่ล้างไตสามารถรับค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้

6.1.8 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องทำการฟอกเลือดที่หน่วยบริการหรือสถานบริการแห่งอื่น (ที่อยู่ในโครงการ) นอกเหนือจากที่รับบริการประจำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในกรณีดังกล่าวขอให้หน่วยบริการ / สถานบริการ แห่งอื่นที่รักษา ประสานแจ้งหน่วยบริการHD ที่ผู้ป่วยลงทะเบียนไว้ ให้ทำการส่งตัวผู้ป่วย ผ่านโปรแกรม สกส. และหน่วยบริการ /สถานบริการแห่งอื่น ที่ล้างไตสามารถรับค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้ โดยไม่ให้เบิกค่าตัวกรองเพิ่ม (การส่งตัวในโปรแกรมของ สกส.ในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มี 3 แบบ ได้แก่ 1) โอนย้าย คือการส่งตัวชนิดถาวร 2) ชั่วคราว คือการส่งตัวเป็นระยะเวลา 7 วัน และ 3) ร่วมดูแล คือการส่งตัวที่สามารถเบิกจ่ายได้ทั้ง 2 หน่วย)

6.2 การชดเชยค่าทำเส้น HD (vascular access)

6.2.1 สปสช.จะจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการ / สถานบริการ หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และหรือหน่วยบริการ / สถานบริการ ที่มีสัญญาให้บริการระยะยาว (2.1) เท่านั้น หน่วยบริการ / สถานบริการที่ทำสัญญาระยะสั้น (2.2) ไม่สามารถเบิกค่าทำเส้น HD ได้

6.2.2 ผู้ป่วยที่มีสิทธิทำเส้น HD (vascular access) ต้องเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีสิทธิในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD และลงทะเบียนในหน่วยบริการ/สถานบริการที่เข้าร่วมโครงการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

6.2.3 หน่วยบริการ / สถานบริการ ที่ให้บริการทำเส้น HD แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายได้ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น

6.2.4 กรณีที่มีการส่งตัวผู้ป่วยจากหน่วยบริการ / สถานบริการ ที่ไม่สามารถทำเส้น HD ได้ ไปรับบริการที่หน่วยบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ หน่วยบริการที่ทำสัญญา HD ระยะยาว (2.1) หน่วยบริการนั้น สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้

6.2.5 สปสช.กำหนดการตัดรอบข้อมูลเพื่อการจ่ายชดเชย ทุกวันที่ 25 ของทุกเดือนและทำการตรวจสอบข้อมูลพร้อมทั้งออกรายงานและขออนุมัติการจ่ายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

7. วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนและชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริการ

7.1 การบันทึกข้อมูลการให้บริการ HD

หน่วยบริการ / สถานบริการ สามารถบันทึกข้อมูลการให้บริการ HD ในโปรแกรม HD 2.2 ที่พัฒนาโดย สกส. โดยก่อนบันทึกข้อมูลเพื่อรับค่าใช้จ่าย ต้องทำการรับข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยเข้าโปรแกรม HD 2.2 ก่อน โดยศึกษาขั้นตอนได้จาก web site ของ สกส.

การบันทึกค่าบริการ มีขั้นตอนดังนี้

7.1.1 บันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาลด้วยโปรแกรมทะเบียนการรักษาทดแทนไต (HD)

7.1.2 ใช้อัตราและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตามที่ สปสช.กำหนด

7.1.3 หน่วยบริการ / สถานบริการ ส่งข้อมูลการรักษาได้ทุกวัน สกส.จะมีการตรวจสอบข้อมูลและส่งเอกสารตอบกลับค่ารักษาพยาบาลรายวัน(REP) ให้หน่วยบริการ / สถานบริการรับทราบ ในวันทำการถัดไป

7.1.4 สกส.จะส่งรายงานสรุปยอดรวมรายการค่ารักษาพยาบาล(Statement) ให้หน่วยบริการเดือนละ 2 ครั้ง

7.1.5 หลังจากได้รับข้อมูล สปสช. จะทำการประมวลผลและออกรายงานการชดเชย

7.2 การบันทึกข้อมูลการให้บริการทำเส้น HD (vascular access)

บันทึกในโปรแกรม E- Claim ของ สปสช.หรือส่งข้อมูลเบิกด้วยเอกสาร ตามแบบฟอร์มที่กำหนด จนกว่า สปสช.และ สกส.จะร่วมกันพัฒนาโปรแกรมอิเล็กทรอนิก เช่นเดียวกับการเบิกจ่ายค่าฟอกเลือด

7.3 การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ

การเบิกชดเชยค่าบริการ สปสช. จะรับข้อมูลมาพิจารณาตรวจสอบ และออกรายงานการจ่ายชดเชย

7.3.1 ค่าบริการ HD จะออกรายงานขออนุมัติจ่ายชดเชย เดือนละ 2 ครั้ง

7.3.2 การชดเชยค่าทำเส้น HD (vascular access) สปสช. จะตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือน และออกรายงานขออนุมัติจ่ายชดเชย

7.4 การอุทธรณ์หลังการจ่าย

กรณีที่หน่วยบริการ / สถานบริการเห็นว่าการจ่ายชดเชยของ สปสช..ไม่ถูกต้องตามแนวทางการจ่ายชดเชยดังกล่าว สามารถอุทธรณ์ มายัง สปสช. ได้ ภายใน 30 วัน หลังได้รับรายงานการโอนเงิน

หมายเหตุ รายละเอียดการสนับสนุนต่างๆ เป็นไปตามประกาศ สปสช.เรื่องการสนับสนุนและชดเชยค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) และแนวทางดำเนินงานเรื่องการสนับสนุน และชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) และประกาศ สปสช.เรื่องการสนับสนุนและชดเชยค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) ในภาคผนวก

บทที่ 4

การจัดบริการบำบัดทดแทนไต ด้วยการปลูกถ่ายไต

บทที่ 4
การจัดบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation : KT)

1. หลักการและเหตุผล

การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant : KT) เป็นเป้าหมายหลักสำหรับการจัดบริการทดแทนไตแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของประเทศไทย เนื่องจากเป็นวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตและทำงานได้ดีที่สุด การผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นการรักษาพยาบาลที่ค่าใช้จ่ายที่สูงมาก และไม่เพียงต้องการความรู้ความชำนาญของทีมงานในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังต้องการความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ การเตรียมการจัดหาอวัยวะที่จะปลูกถ่าย การจัดเตรียมความพร้อมผู้บริจาคหรืออวัยวะที่บริจาค การเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการ จนถึงภายหลังจากการปลูกถ่ายไตแล้วก็ยังต้องมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพื่อลดผลจากภาวะภูมิคุ้มกันที่มีต่ออวัยวะที่ปลูกถ่าย

ดังนั้น เพื่อสนับสนุนการจัดบริการปลูกถ่ายไตเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยบริการ จึงกำหนดแผนพัฒนาระบบในปี 2554 โดยจะจัดบริการผู้ป่วยทั้งรายเก่าและรายใหม่ สนับสนุนกิจกรรมเตรียมความพร้อม Living Donor สนับสนุนการพัฒนา KT Excellent center และ Donor Hospital และ พัฒนา Transplant Co-ordinator และควบคุมคุณภาพและราคายากดภูมิให้ลดลง

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไต ด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีสามารพถกลับมาใช้ชีวิตและทำงานได้ตามปกติ

3. การบริหารงบประมาณ

เป้าหมายบริการ : ปีงบประมาณ 2554 จะสนับสนุนการพัฒนาระบบตามแผนพัฒนาระบบบริการดังกล่าวข้างต้น และ จะชดเชยค่าบริการ ผู้ป่วยที่รับบริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต KT

ระยะเวลาในการดำเนินการ : ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2554

4. การบริหารจัดการ

4.1 การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่จะดำเนินให้บริการทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไต KT ต้องแสดงความจำนงเข้าร่วมบริการ โดยต้องเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

4.2 หน้าที่ของหน่วยบริการ

จัดระบบการลงทะเบียนผู้รับบริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

4.2.1 จัดให้มีระบบการให้บริการ KT ที่มีสถานที่และเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสมและพอเพียงเพื่อบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

4.2.2 จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตหรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย กำหนดหนึ่งคนเป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบโครงการและมีพยาบาลโรคไตเป็น KT Case Manager

4.2.3 ให้บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

4.2.4 การให้บริการเป็นไปตามชุดบริการต่างๆ (Protocol) ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

4.2.5 จัดให้มีกิจกรรมการให้บริการในแต่ละชุดบริการ (Protocol) ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

4.2.6 จัดเตรียมระบบในการส่งข้อมูลต่างๆ ตามที่ สปสช. กำหนดเพื่อประกอบการขอรับการชดเชยหรือสนับสนุนค่าบริการ

4.2.7 จัดให้มีคณะกรรมการโดยมีจำนวนและองค์ประกอบตามที่ สปสช.กำหนด ทำหน้าที่คัดกรองเบื้องต้นผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

4.3 รายชื่อหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน

หน่วยบริการที่มีศักยภาพและได้แสดงความจำนงให้บริการ รวม 15 แห่ง ดังนี้

1. โรงพยาบาลพุทธชินราช
2. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
3. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
4. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
5. โรงพยาบาลขอนแก่น
6. โรงพยาบาลศรีนครินทร์
7. โรงพยาบาลรามาธิบดี
8. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
9. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
10. โรงพยาบาลราชวิถี
11. วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิระพยาบาล
12. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
13. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
14. โรงพยาบาลศิริราช
15. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

หมายเหตุ ทั้งนี้หากมีหน่วยบริการเพิ่มเติม สปสช.จะประกาศเพิ่มต่อไป

4.4 การลงทะเบียนผู้ป่วย

4.4.1 ผู้มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่จะรับบริการปลูกถ่ายไต KT (Recipient) ต้องเป็นผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้ง สิทธิว่างด้วย และเป็นผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรับบริการทดแทนไตด้วยวิธี CAPD และ HD ส่วน ผู้บริจาคไต (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้

4.4.2 การลงทะเบียนผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการลงทะเบียน ส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ป่วย ตามที่ สปสช.กำหนด เพื่อขอรับการพิจารณา และลงทะเบียนในโปรแกรม DMIS_KT ซึ่งหน่วยบริการจะต้องตรวจสอบสิทธิก่อนการให้บริการทุกครั้ง และ ณ วันที่รับบริการ KT ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (แบบฟอร์มการลงทะเบียนในภาคผนวก)

5. แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ

สปสช. ให้การสนับสนุนการดำเนินงานในการให้บริการ KT แก่หน่วยบริการตั้งแต่ขั้นตอนการจัดเตรียม การปลูกถ่าย และการดูแลหลังปลูกถ่ายไต โดยการสนับสนุนเป็นไปตามแบบแผนการรักษา (Protocol) ตามที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยเสนอ โดย Protocol ดังกล่าว มีการจำแนกย่อยและมีค่าใช้จ่ายที่จ่ายในลักษณะเหมาตาม Protocol ที่ต่างกันไปโดยแบ่งการจ่ายเงินเป็น 2 ช่วง มีรายละเอียดดังตาราง ต่อไปนี้

ช่วงที่ 1 ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

- สำหรับ ผู้บริจาคอวัยวะ ทั้งผู้บริจาคที่มีชีวิต และผู้บริจาคสมองตาย
- สำหรับผู้รับบริจาค

ช่วงที่ 2 ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด ชดเชยให้หน่วยบริการ แบบราคาเหมาจ่ายค่าบริการต่อชุดบริการ (Protocol)ในระหว่างเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยใน จนกระทั่งจำหน่าย รวมทั้ง เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 2 กรณี คือ

1. กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายตาม Protocol I-IV
2. กรณีมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย จ่ายตาม Protocol

- Antibody mediated rejection ประกอบด้วย Protocol AMR-A และ Protocol AMR-B
- Acute cellular rejection ประกอบด้วย Protocol ACR-A และ Protocol ACR-B
- Delay graft function ประกอบด้วย Protocol DGF-A Protocol DGF-B และ Protocol DGF-C

ตารางที่ 3 แสดงแนวทางค่าบริการปลูกไต

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด		
1.1 สำหรับผู้บริจาค (Donor)		
1.1.1 ผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living Donor)		
1.1.1.1 ค่าเตรียมผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor)	● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ● จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้รับบริจาค 1 ราย	40,000
1.1.1.2 ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor) ระหว่างเข้ารับการผ่าตัด	● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้องและค่าอาหาร ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	32,800
1.1.2 ผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)		
1.1.2.1 ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor)	● ค่าดูแล Donor ● ค่าผ่าตัด ● ค่าน้ำยาถนอมอวัยวะ ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าดำเนินการเกี่ยวกับศพ	40,000
1.2 สำหรับเตรียมผู้รับบริจาค (Recipient)		
1.2.1 ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคที่มีชีวิต		
1.2.1.1 ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด	● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	31,300

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
1.2.2 ผู้รับบริการจากผู้บริจาคสมองตาย		
1.2.2.1 ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด	● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	31,300
1.2.2.2 ค่าส่งตรวจ Panel reactive antibody	● ค่าตรวจ Panel reactive antibody ทุก 3 เดือน/ครั้ง จ่ายครั้งละ	1,800
2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด		
2.1 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol - I ● สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม low risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ● ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน cyclosporine + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ	● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้องและค่าอาหาร ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	143,000
Protocol-II ● สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม low risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ● ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน tacrolimus + mycophenolate	● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้องและค่าอาหาร ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	148,000

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
● ไม่รวม complication ต่าง ๆ	● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	
Protocol-III ● สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม high risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ● ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน basilimap + cyclosporine + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ	● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้องและค่าอาหาร ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่ายา basiliximab X 2 dose ● ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	287,000
Protocol-IV ● สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม high risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ● ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน basilimap + cyclosporine + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่าง ๆ	● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้องและค่าอาหาร ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ	292,000

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
	● ค่ายา basiliximab X 2 dose ● ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	
2.2 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีมีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol ACR-A (Acute cellular rejection) ● ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ acute cellular rejection ● เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	● 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) ● ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ refractory acute cellular rejection ● เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	● 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

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
Protocol AMR-A (antibody mediated rejection) ● ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ antibody mediated rejection ● เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	● ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ● ค่ายา methylprednisolone ● ค่ายา intravenous immunoglobulin ● ค่า plasmapheresis และตัวกรอง plasmaflux ● ค่าสาย double lumen catheter ● ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย protocol DGF-C)	340,000
Protocol AMR-B (refractory antibody mediated rejection) ● ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ refractory antibody mediated rejection ● เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	● 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
Protocol DGF-A (delay graft function) ● ใช้ร่วมกับ protocol I-VI ในกรณีที่มีภาวะ delay graft function	● ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ● ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	56,000

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
● เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ● ค่าสาย double lumen catheter ● ค่าทำ acute hemodialysis	
Protocol DGF-B (delay graft function acute cellular rejection) ● ใช้ร่วมกับ protocol I-VI และ protocol ACR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ delay graft function ร่วมกับ acute cellular rejection ● เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยที่เกี่ยวข้องโดยตรง	● 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) ● ใช้ร่วมกับ protocol I-VI และ protocol AMR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ delay graft function ร่วมกับ antibody mediated rejection ● เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	● 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

5.1 สรุป

5.1.1 ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 4 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

5.1.2 ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด โดยแยกประภท ดังนี้

1) อัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ตารางที่ 5)

2) อัตราจ่ายกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 แสดงอัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

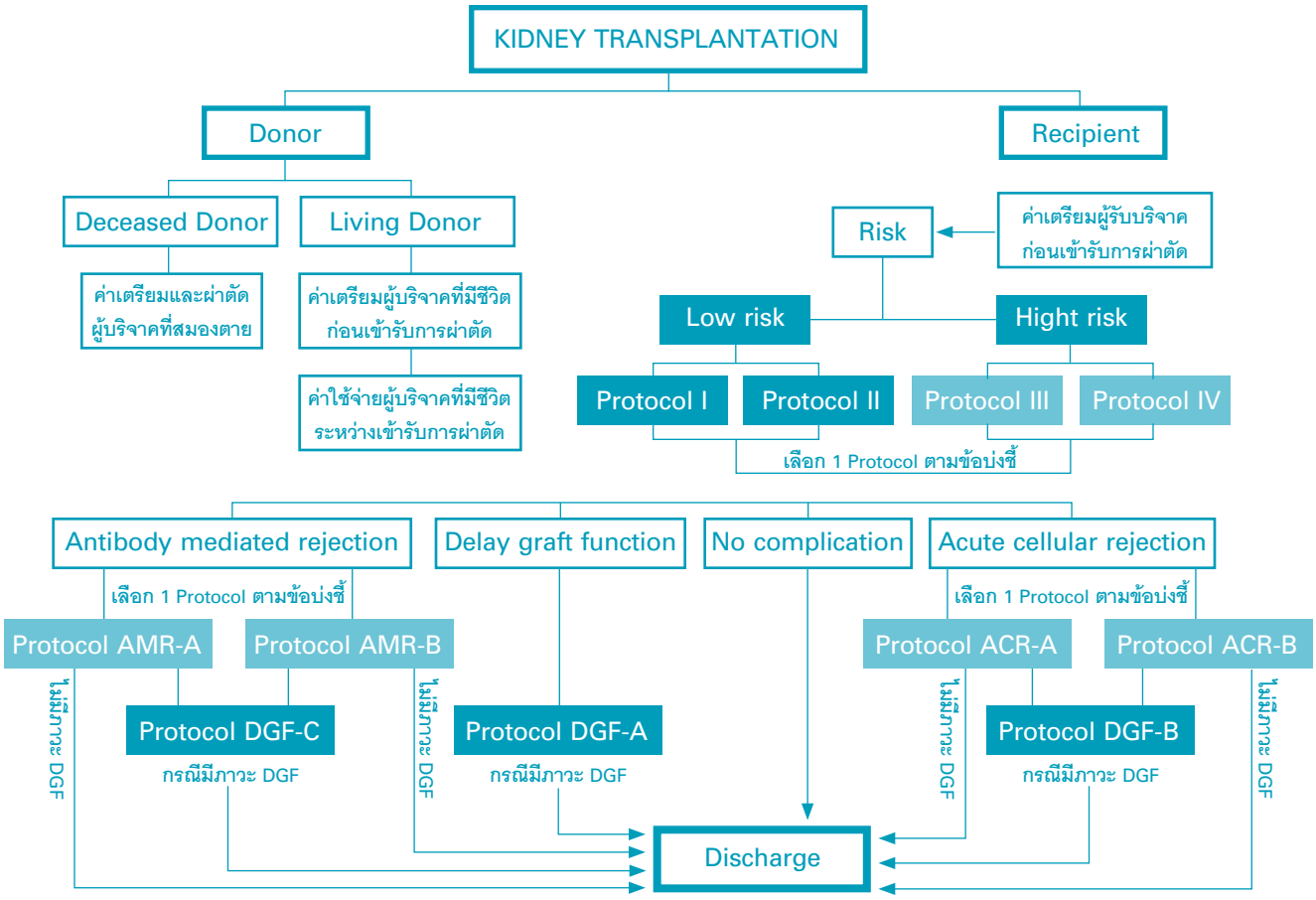
Protocol	อัตราจ่าย (บาท)
Protocol-I	143,000
Protocol-II	148,000
Protocol-III	287,000
Protocol –IV	292,000

ตารางที่ 6 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 ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และให้ถือว่าใบส่งตัวนั้นครอบคลุมการส่งตัวรักษาโรคอื่น ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไต 1 ปี

แผนภาพที่ 1 แสดงแนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการปลูกถ่ายไต



หมายเหตุ

1. ภาวะแทรกซ้อน Protocol AMR และ Protocol ACR สามารถเกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัด (ในช่วงระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาล)หน่วยบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเพิ่มเติมจาก Protocol 1-4 ได้ โดยแพทย์ผู้ทำการรักษา ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามข้อบ่งชี้ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะ และแนบใบรับรองแพทย์ประกอบการเบิกจ่าย
2. ภาวะแทรกซ้อน Protocol DGF (delay graft function) สามารถเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว และกลับมานอนในโรงพยาบาลใหม่ หน่วยบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามที่กำหนด

5.1.3 เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1 การจ่ายค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่ายต่อ Protocol ที่กำหนด หากมีการปรับเปลี่ยน Protocol ระหว่างรับการรักษา จะได้รับค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณา

2) ค่าบริการที่จ่ายนี้ไม่ครอบคลุมโรคแทรกซ้อน หรือโรคที่เป็นอยู่เดิม หากหน่วยบริการต้องให้บริการในกรณีโรคแทรกซ้อนหรือโรคเดิม ให้ส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปี 2554 (หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ร่วมโครงการต้องแจ้งให้ผู้ป่วยผ่านระบบส่งต่อตั้งแต่แรกเริ่มเข้าสู่โครงการ เพื่อป้องกันการปฏิเสธการจ่ายในกรณีที่มีการรักษาโรคอื่น ๆเช่น ภาวะแทรกซ้อน หรือโรคเดิมเป็นต้น)

3) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากโครงการตามขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขนี้จนกระทั่งสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้สิทธิ เช่น เสียชีวิต หรือ เปลี่ยนสิทธิ

4) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด ในช่วงเวลาประมาณ 21 วัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดใน Protocol

5.1.4 งวดการจ่ายเงิน

สปสช. จ่ายเงินให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการ เป็น 2 งวด ดังนี้

งวดที่ 1 จ่ายล่วงหน้า ในอัตราร้อยละ 50 ตามการประมาณการการให้บริการ โดยได้มีการจ่ายไปบางส่วนแล้วในปีงบประมาณ 2552

งวดที่ 2 ตามผลงานการให้บริการจริงรายเดือน ซึ่งผลงานการให้บริการจริงนี้จะถูกนำไปหักล้างกับการจ่ายล่วงหน้า จนกระทั่งเงินล่วงหน้าถูกหักล้างทางบัญชีหมดแล้ว หน่วยบริการจะได้รับการชดเชยตามผลงานการให้บริการจริง รายเดือน

5.1.5 การส่งเอกสารหลักฐานเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการส่งเอกสารเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายใน 30 หลังให้บริการ ประกอบด้วยเอกสาร/หลักฐานดังนี้

1) หนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย (ใบปะหน้า)
2) แบบขอรับค่าใช้จ่าย กรณีผ่าตัดเปลี่ยนไตตามระบบหลักประกันสุขภาพ
3) ในกรณีให้บริการซึ่งมีโรคแทรกซ้อน(Complication)ร่วมด้วย ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

หมายเหตุ

1. ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยน Protocol หรือ เสียชีวิต ระหว่างผ่าตัด หรืออื่นๆ สปสช.อาจขอสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยได้
2. ตัวอย่างแบบขอรับค่าใช้จ่ายอยู่แนบท้าย

5.1.6 การอุทธรณ์

หน่วยบริการที่ได้ให้บริการนอกเหนือจากแนวทางปฏิบัติที่กำหนดใน Protocol สามารถส่งหลักฐาน คือ สำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์ มาขออุทธรณ์ได้ที่ สปสช.ได้ ทั้งนี้ผลการอุทธรณ์ให้ถือตามผลการพิจารณาของคณะกรรมการที่ สปสช. กำหนด

บทที่ 5

การจัดบริการยากดภูมิคุ้มกัน ภายหลังการปลูกถ่ายไต

บทที่ 5
การจัดบริการยากดภูมิคุ้มกัน ภายหลังการปลูกถ่ายไต

1. หลักการและเหตุผล

เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สปสช.จึงได้จัดระบบการสนับสนุน การให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต (Immunosuppression drug) ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและหน่วยบริการที่ร่วมโครงการฯ ด้วยแนวทางการสนับสนุนดังนี้

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับบำบัดทดแทนไต ด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ได้เข้าถึงยากดภูมิคุ้มกัน

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีสามารพถกลับมาใช้ชีวิตและทำงานได้ตามปกติ

3. การบริหารงบประมาณ

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

ระยะเวลาในการดำเนินการ : ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 จนถึง วันที่ 30 กันยายน 2554

4. การบริหารจัดการ

การรับยากดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressive drug) ภายหลังการทำปลูกถ่ายไต โดยเกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มกัน ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ยากดภูมิคุ้มกันต้องเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น

4.1 การขึ้นทะเบียน หน่วยบริการ

หน่วยบริการที่ให้บริการจ่ายยากดภูมิคุ้มกันให้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพตามเกณฑ์ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย และแสดงความจำนงไว้ ขณะนี้มี จำนวน 18 แห่ง ดังนี้

1. โรงพยาบาลพุทธชินราช
2. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
3. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
4. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
5. โรงพยาบาลขอนแก่น
6. โรงพยาบาลศรีนครินทร์
7. โรงพยาบาลรามาธิบดี
8. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
9. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
10. โรงพยาบาลราชวิถี
11. วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิระพยาบาล
12. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
13. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
14. โรงพยาบาลศิริราช
15. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
16. โรงพยาบาลระยอง
17. โรงพยาบาลชลบุรี
18. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

หมายเหตุ ทั้งนี้หากมีหน่วยบริการเพิ่มเติม สปสช.จะประกาศเพิ่มต่อไป

4.1.1 หน้าที่ของหน่วยบริการ

ให้บริการยากดภูมิคุ้มกัน แก่ผู้ป่วยที่หน่วยบริการนั้นได้ผ่าตัดปลูกถ่ายไตให้ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมาจากสถานพยาบาลอื่นๆ เป็นไปตามการแสดงความจำนงของหน่วยบริการนั้น โดยดำเนินการ ดังนี้

1) จัดระบบการลงทะเบียนผู้รับบริการรับยากดภูมิคุ้มกันภายหลังปลูกถ่ายไต
2) จัดให้มีระบบการให้บริการจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน ที่มีสถานที่และเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสมและพอเพียงเพื่อบริการผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไตอย่างต่อเนื่อง
3) จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตหรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และมีพยาบาลโรคไตเป็น Case Manager
4) ให้บริการการจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppression) ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
5) การให้บริการเป็นไปตามเงื่อนไขการจ่าย ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน
6) จัดเตรียมระบบในการส่งข้อมูลต่างๆ ตามที่ สปสช. กำหนดเพื่อประกอบการขอรับการชดเชยหรือสนับสนุนค่าบริการ
7) จัดให้มีคณะกรรมการโดยมีจำนวนและองค์ประกอบตามที่ สปสช.กำหนด ทำหน้าที่คัดกรองเบื้องต้นผู้ป่วยได้รับยากดภูมิคุ้มกัน

4.2 การลงทะเบียนผู้ป่วย

ผู้มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึง สิทธิว่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตจากหน่วยบริการ สถานบริการต่างๆ ทั้งรายเก่า และรายใหม่

การลงทะเบียนผู้ป่วย

ให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ ลงทะเบียน ผู้ป่วยที่มีสิทธิรับบริการยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายไต ในโปรแกรม DMIS_KT เมื่อได้รับการลงทะเบียนแล้ว หน่วยบริการจะตรวจสอบสิทธิก่อนการให้บริการทุกครั้ง และ ณ วันที่รับบริการรับยากดภูมิคุ้มกันหลังปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4.3 บทบาท Case Manager

พยาบาลโรคไตเป็น Case Manager ให้ความรู้ทั่วไปในการดูแล ปฏิบัติตนก่อน ระหว่าง และภายหลังการรับบริการจ่ายยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายไต รวมไปถึงอธิบายภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

5. แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ

เกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มภายหลังการปลูกถ่ายไต ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันด้วย โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต ดังนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราการชดเชย (บาท) ต่อเดือน
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 หรือหมดสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

7. การส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการ ลงข้อมูลการรักษา และติดตามผลให้ครบถ้วน ในโปรแกรม DMIS_KT เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายในวันที่ 30 ของทุกเดือน โดยหน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้ยาได้ไม่เกินครั้งละ1เดือน

8. การออกรายงานการจ่ายเงิน

สปสช. กำหนดรอบในการตัดข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย วันที่ 30 ของทุกเดือน และพิจารณาออกรายงานเพื่อขออนุมัติจ่ายเงิน ทุกวันที่ 30 ของเดือนถัดไป

9. การอุทธรณ์

กรณีที่หน่วยบริการเห็นว่าการจ่ายชดเชยของ สปสช. ไม่ถูกต้องตามแนวทางการจ่าย สามารถอุทธรณ์มายัง สปสช. ภายใน 30 วันหลังรับรายงานการโอนเงิน

บทที่ 6

การสนับสนุนยา Erythropoietin

บทที่ 6
การสนับสนุนยา
Erythropoietin

1. หลักการและเหตุผล

เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับบริการทดแทนไตที่มีคุณภาพ สปสช. จึงกำหนดให้การสนับสนุนยา Erythropoietin ซึ่งเป็นยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ที่มีความจำเป็นต่อการรักษาพยาบาล

2. แนวทางการสนับสนุน

2.1 ให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิรับบริการล้างไตทางช่องท้อง CAPD และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD มีสิทธิได้รับยาตามความจำเป็น และข้อบ่งชี้ทางการแพทย์รวมทั้งราคาของยาแต่ละชื่อยา ตามตาราง ดังนี้

ตารางที่ 7 แสดงรายการสนับสนุนยา Erythropoietin

ชื่อยา	ขนาด (ยูนิต)	ระดับ Hct ≤ 30% เบิกได้ตามจริงและไม่เกิน	ระดับ Hct > 30 - 36% เบิกได้ตามจริงและไม่เกิน
Erypo (Eprex)	4,000	6 ครั้งต่อเดือน	4 ครั้งต่อเดือน
Hypercrit (Hemax)	4,000	8 ครั้งต่อเดือน	4 ครั้งต่อเดือน
Espogen	4,000	8 ครั้งต่อเดือน	4 ครั้งต่อเดือน
Epokine	4,000	8 ครั้งต่อเดือน	4 ครั้งต่อเดือน
Eporon	4,000	10 ครั้งต่อเดือน	5 ครั้งต่อเดือน
Erytrogen	4,000	10 ครั้งต่อเดือน	5 ครั้งต่อเดือน
Epoetin	4,000	10 ครั้งต่อเดือน	5 ครั้งต่อเดือน
Renogen	4,000	10 ครั้งต่อเดือน	5 ครั้งต่อเดือน
Epiao	4,000	10 ครั้งต่อเดือน	5 ครั้งต่อเดือน
Biogetin	4,000	10 ครั้งต่อเดือน	5 ครั้งต่อเดือน
Gpo etin	4,000	10 ครั้งต่อเดือน	5 ครั้งต่อเดือน

หมายเหตุ รายการยาอาจมีการเปลี่ยนแปลงในระหว่างปีตามสถานการณ์ทางการตลาด

2.2 ให้หน่วยบริการ / สถานบริการที่ให้ร่วมให้บริการ CAPD และ HD มีสิทธิเบิกยา Erythropoietin ที่ใช้บริการผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม และเบิกค่าบริหารจัดการ ค่าบริการอื่นๆ และการส่งข้อมูลการใช้ยา ดังกล่าวในอัตรา 50 บาทต่อ การใช้ยา 1 ครั้ง และรวมทั้งเดือนไม่เกิน 200 บาทต่อผู้ป่วยที่ต้องให้ยา 1 คน โดยเบิกยาและส่งข้อมูล ผ่านระบบตามที่สปสช. กำหนดทุกเดือน

2.3 หน่วยบริการ / สถานบริการที่ให้ยา Erythropoietin ชื่อยาใดชื่อยาหนึ่งควรให้ติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปียกเว้นมีความจำเป็นทางการแพทย์ก็ให้เปลี่ยนเป็นชื่อยาอื่นได้ โดยให้หน่วยบริการ/สถานบริการทำหนังสือชี้แจงเหตุผลในการเปลี่ยนยา ให้สปสช. ทราบ รวมทั้งต้องติดตามระดับ Hct ทุก 4 สัปดาห์ในผู้ป่วย HD และติดตามระดับ Hct ทุก 8 สัปดาห์ ในผู้ป่วย CAPD ต่อครั้งเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยาผู้ป่วย

2.4 การให้ยา Erythropoietin ต้องให้โดยบุคลากรทางการแพทย์ ของหน่วยบริการ หรือสถานบริการโดยตรง หรืออาจให้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่าย ที่อยู่ใกล้บ้าน โดยไม่ให้ผู้ป่วยนำยาไปฉีดเองที่บ้าน

3. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

3.1 ผู้ที่มีสิทธิรับยา เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีสิทธิล้างไตทางช่องท้อง CAPD และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD

3.2 สปสช.จะจ่ายชดเชยยา ให้ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ CAPD และหน่วยบริการ/สถานบริการ ที่มีสัญญาให้บริการ HD แบบระยะยาว (2.1) เท่านั้น สถานบริการที่ทำสัญญาให้บริการ HD แบบระยะสั้น (2.2) ไม่สามารถเบิกยาได้

3.3 หน่วยบริการ /สถานบริการ ที่ให้ยาแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสิทธิเบิกยาได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

3.4 การประมวลข้อมูลเพื่อชดเชยยา Erythropoietin จะดูจากผล Hct ขนาดยาและชื่อยาที่ใช้กับผู้ป่วย รายละเอียดการคำนวณจำนวนยาทั้งสำหรับหน่วยบริการ CAPD และ หน่วยบริการ/สถานบริการ HD จะใช้วิธีการคำนวณ แบบเดียวกัน ตามรายละเอียดใน ภาคผนวก

3.5 การประมวลข้อมูลเพื่อชดเชยค่าบริหารจัดการยา จะคำนวณตามการใช้ยา รายละเอียดการคำนวณ ทั้งสำหรับหน่วยบริการ CAPD และ หน่วยบริการ/สถานบริการ HD จะใช้วิธีการคำนวณแบบเดียวกัน

3.6 ค่า Hematocrict (Hct) ที่ใช้ในเป็นเกณฑ์คือค่า Hct ต่ำสุดของเดือนในกรณีที่หน่วยบริการไม่ได้ตรวจในครั้งใด ก็จะใช้ค่า Hct ที่หน่วยบริการนั้นตรวจให้แก่ผู้ป่วยในครั้งก่อนแต่ไม่เกิน 28 วันแทน

3.7 รอบบัญชีที่ใช้ในการคำนวณคือ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันสิ้นเดือนของแต่ละเดือน สปสช.จะชดเชยยาให้แก่หน่วยบริการ/สถานบริการ ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมเดือนละ 1 ครั้ง

4. วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุน และชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริการ

4.1 การบันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin และค่าบริหารจัดการยา

4.1.1 หน่วยบริการ CAPD

1) บันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรม DMIS_CAPD โดยบันทึกข้อมูลหลังจากให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกเดือน และ สปสช.จะตัดข้อมูลการบริการของเดือนที่ผ่านมา ในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป
2) สปสช.จะประมวลข้อมูลและคำนวณเพื่อชดเชยยา Erythropoietin และส่งข้อมูลให้องค์การเภสัชกรรมเพื่อจัดส่งยาให้หน่วยบริการผ่านระบบ VMI ซึ่งยาจะส่งถึงหน่วยบริการหลังจากตัดข้อมูลประมาณ 7 วันทำการ
3) สปสช.การประมวลและคำนวณค่าบริหารจัดการยา เพื่อจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการ ทุกสิ้นเดือน
4) หน่วยบริการสามารถตรวจสอบข้อมูลการได้รับชดเชยยา หรือErythropoietin usage report (EUR) ได้ที่ Web site DMIS_CAPD

4.1.2 หน่วยบริการ /สถานบริการ HD

1) บันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรมล้างไต ที่พัฒนาโดยสำนักงานกลางสารสนเทศ บริการสุขภาพ (สกส.)
2) หน่วยบริการ สถานบริการ ส่งข้อมูลการรักษาได้ทุกวัน สกส.จะมีการตรวจสอบข้อมูล และส่งเอกสารตอบกลับรายวัน (EUR)ให้หน่วยบริการ/สถานบริการรับทราบในวันทำการถัดไป
3) สกส.จะตัดข้อมูลการบริการของรอบเดือนที่ผ่านในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป และจะประมวลผลและส่งข้อมูลยา ให้แก่องค์การเภสัชกรรม เพื่อส่งยาให้หน่วยบริการ /สถานบริการผ่านระบบ VMI ซึ่งยาจะส่งถึงหน่วยบริการหลังจากตัดข้อมูลประมาณ 7 วันทำการ
4) สปสช.การประมวลและคำนวณค่าบริหารจัดการยา เพื่อจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการ ทุกสิ้นเดือน
5) สกส.จะส่งรายงานสรุปยอดรวมการให้ยา Erythropoietin (EUR) พร้อมค่าบริหารจัดการยา ให้หน่วยบริการ เดือนละ 1 ครั้ง

4.2 การกำหนดรอบข้อมูล และการออกรายงาน

4.2.1 การชดเชยยา Erythropoietin แก่หน่วยบริการ / สถานบริการ องค์การเภสัชกรรม จะดำเนินการจัดส่งยาผ่านระบบ VMI หลังได้รับข้อมูลจาก สกส.และ สปสช โดยหน่วยบริการ / สถานบริการจะได้รับยา ภายใน 7 วันทำการหลังตัดข้อมูล

4.2.2 การชดเชยค่าบริหารจัดการยา สปสช. ออกรายงานขออนุมัติจ่ายชดเชย เดือนละ 1 ครั้ง

4.3 การอุทธรณ์หลังการจ่าย

กรณีที่หน่วยบริการ / สถานบริการเห็นว่าการจ่ายชดเชยของ สปสช.ไม่ถูกต้องตามแนวทางการจ่ายชดเชยดังกล่าว สามารถอุทธรณ์ มายัง สปสช.ได้ ภายใน 30 วันหลังรับรายงานการจ่ายยา

หมายเหตุ รายละเอียดการสนับสนุนต่างๆ เป็นไปตามประกาศ สปสช.เรื่องการให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และ แนวทางการสนับสนุนยา Erythropoietin สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่รับบริการทดแทนไต ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) และ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)

บทที่ 7

การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

บทที่ 7
การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไต สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

1. ความหมาย

การอุทธรณ์ การจ่ายชดเชย เป็นการขอให้ สปสช.พิจารณาทบทวน การจ่ายชดเชยค่าบริการที่ สปสช. ได้ตรวจสอบข้อมูลการจ่ายและทำการโอนเงินให้แล้ว และทางหน่วยบริการ/สถานบริการ ไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาการจ่ายชดเชยค่าบริการ นั้น

การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการ จะเกิดขึ้นได้ หลังจากหน่วยบริการ/สถานบริการ ได้ทราบผลการจ่ายชดเชยค่าบริการในแต่ละงวดแล้ว และ มีความเห็นแย้งกับผลการจ่ายชดเชย ทั้ง กรณีไม่ได้รับการชดเชย ได้รับการชดเชยไม่ครบ หรือไม่ตรงกับที่ขอเบิก (กรณีที่ยังไม่ถึงรอบการพิจารณา หรือยังไม่ได้รับการตรวจสอบหรือปฏิเสธการจ่ายชดเชย จึงไม่ใช่การขออุทธรณ์)

2. วิธีการขออุทธรณ์

หน่วยบริการ / สถานบริการ ทำหนังสือแจ้งการขออุทธรณ์ พร้อมกับแนบหลักฐานประกอบ ดังนี้

2.1 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)

2.1.1 แบบฟอร์ม ขอรับการจ่ายชดเชยค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตามเอกสารที่แนบ)

2.1.2 Hemodialysis Sheet

2.1.3 รายงานการจ่ายเงิน (Statement) จาก สกส.

2.1.4 หนังสือตอบรับรายวัน (REP) จาก สกส.

2.1.5 กรณีที่ขออุทธรณ์การจ่ายชดเชยยา Erythropoietin ให้แนบผลการตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematrocrit) เพิ่มด้วย

2.2 การจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis)

2.2.1 รายงานการจ่ายเงินจาก สปสช. ดูได้จาก www. nhso.go.th/acc

2.2.2 สำเนาการบันทึกข้อมูล Follow up ในโปรแกรม DMIS_CAPD

2.3 การปลูกถ่ายไต (Kidney Tranaplantation)

กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการปลูกถ่ายไตแล้วมีค่าใช้จ่ายสูงอย่างชัดเจน ให้แนบเอกสารดังต่อไปนี้

2.3.1 ใบบันทึกข้อความจากหน่วยบริการชี้แจงเหตุผลหรือมีความจำเป็นในกรณีต่างๆ

2.3.2 รายการแสดงค่าใช้จ่ายทั้งหมด

3. ขั้นตอนการขออุทธรณ์

3.1 หน่วยบริการ/สถานบริการ จัดทำหนังสือแจ้งการอุทธรณ์ พร้อมกับแนบหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ให้ครบถ้วน ส่งไปยัง กองทุนโรคไตวาย สปสช.

3.2 สปสช. โดย กองทุนโรคไตวาย รับเอกสารต่างๆ จากสถานบริการ/หน่วยบริการ ลงทะเบียนรับเรื่องการขออุทธรณ์และตอบรับใน web site http:// KDF.nhso.go.th

3.3 กองทุนโรคไตวาย ตรวจสอบหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ กับข้อมูลในแบบฟอร์มที่ขออุทธรณ์ และจะพิจารณาเมื่อเอกสารประกอบการพิจารณาครบถ้วนสมบูรณ์ เท่านั้น

3.4 กองทุนโรคไตวายจะตัดรอบการรับข้อมูลอุทธรณ์เพื่อนำมาตรวจสอบและพิจารณาจ่าย ทุกสามเดือน

3.5 หน่วยบริการ/สถานบริการสามารถตรวจสอบข้อมูลการโอนเงิน ได้ทางเว็บไซต์ พร้อมกับงวดการจ่ายชดเชยปกติ ทาง www. nhso.go.th/acc กรณี ปฏิเสธจะมีหนังสือแจ้งให้ หน่วยบริการ / สถานบริการรับทราบ

แบบฟอร์ม การขอรับค่าชดเชยกรณีอุทธรณ์ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ.....

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	บัตรประจำตัวประชาชน	HN	วันที่เข้ารับการฟอกเลือด	เลขที่เอกสารตอบรับ	งวด STM	รายการที่ขอแก้ไข	ข้อมูลเดิมที่ขอแก้ไข	ข้อมูลใหม่	ขอเบิกเพิ่ม (บาท)/unit	หมายเหตุ

ขอรับรองว่าข้อมูลที่ขออุทธรณ์มีความถูกต้อง

(.....)

ตำแหน่ง.....แพทย์ผู้รักษา/ แพทย์หัวหน้าแผนก

แบบฟอร์ม การขอรับค่าชดเชยกรณีอุทธรณ์ค่ายา Erythropoetin ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ.....

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	บัตรประจำตัวประชาชน	HN	วันที่เข้ารับการฟอกเลือด	เลขที่เอกสารตอบรับ	งวด EUR	รายการที่ขอแก้ไข	ข้อมูลเดิมที่ขอแก้ไข	ข้อมูลใหม่	ขอเบิกเพิ่ม (บาท)/unit	หมายเหตุ

ขอรับรองว่าข้อมูลที่ขออุทธรณ์มีความถูกต้อง

(.....)

ตำแหน่ง.....แพทย์ผู้รักษา/ แพทย์หัวหน้าแผนก

ภาคผนวก 1

คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๔๖๔ /๒๕๕๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต

ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เพื่อให้การบริการและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖(๑๒) และมาตรา ๓๖ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกคำสั่งไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย

(๑)	ศาตราจารย์นายแพทย์สุชาติ	อินทรประสิทธิ์	เป็นประธานกรรมการ
(๒)	นายแพทย์ศุภชัย	คุณารัตนพฤกษ์	เป็นรองประธานกรรมการ
(๓)	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย		เป็นกรรมการ
(๔)	รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับมอบหมาย		เป็นกรรมการ
(๕)	ผู้แทนกรมบัญชีกลาง		เป็นกรรมการ
(๖)	ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม		เป็นกรรมการ
(๗)	ผู้แทนองค์การเภสัชกรรม		เป็นกรรมการ
(๘)	เลขาธิการมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย		เป็นกรรมการ
(๙)	ผู้อำนวยการศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย		เป็นกรรมการ
(๑๐)	นายกสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย		เป็นกรรมการ
(๑๑)	นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย		เป็นกรรมการ
(๑๒)	ประธานชมรมโรคไตเด็กแห่งประเทศไทย		เป็นกรรมการ
(๑๓)	ประธานชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย		เป็นกรรมการ
(๑๔)	ประธานชมรมเพื่อนโรคไต		เป็นกรรมการ
(๑๕)	ประธานมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค		เป็นกรรมการ
(๑๖)	พลตรีแพทย์หญิงอุษณา	ลุวีระ	เป็นกรรมการ
(๑๗)	แพทย์หญิงนันทกา	จันทวานิช	เป็นกรรมการ

(๒๐)/...

(๒๐)	รองศาสตร์จารย์นายแพทย์ทวี	ศิริวงศ์	เป็นกรรมการ
(๒๑)	พลตรีนายแพทย์ถนอม	สุภาพร	เป็นกรรมการ
(๒๒)	นายแพทย์ประเสริฐ	ธนกิจจารุ	เป็นกรรมการ
(๒๓)	นายแพทย์วิชช์	เกษมทรัพย์	เป็นกรรมการ
(๒๔)	ผู้อำนวยการสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ		เป็นกรรมการและเลขานุการ

ข้อ ๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑ มีอำนาจหน้าที่

(๑) พัฒนาและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนโยบาย งบประมาณ และระบบบริการ รวมทั้งกำลังคนของระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(๒) กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการให้บริการ และการควบคุมคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(๓) แต่งตั้งคณะทำงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น

(๔) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๔ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๕๑

(นายวินัย สวัสดิวร)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ศ. ๐๘๗/๒๕๕๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต

ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

.....

เพื่อให้การบริการและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖ (๑๒) และมาตรา ๓๖ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มเติม คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๔๖๔/๒๕๕๑ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๑ ดังนี้

๑. ศาสตราจารย์นายแพทย์โสภณ จิรสิริธรรม เป็นกรรมการ

๒. รองศาสตราจารย์นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วารีแสงทิพย์ เป็นกรรมการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 23 เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๒

(นายวินัย สวัสดิวร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๕๙๙/๒๕๕๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD)

เพื่อให้การบริหารจัดการในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) ตามข้อเสนอของคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร เป็นไปด้วยความเรียบร้อย เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

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

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ประกอบด้วย

(๑)	ศาตราจารย์นายแพทย์สุชาติ	อินทรประสิทธิ์	เป็นประธานกรรมการ
(๒)	นายแพทย์ปัญญา	กีรติหัตถยากร	เป็นรองประธานกรรมการ
(๓)	พลตรีแพทย์หญิงอุษณา	ลุวีระ	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) ได้ด้วยตนเองหรือไม่มีผู้ดูแลในการทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) จำเป็นต้องเปลี่ยนเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) เพื่อให้คำแนะนำแก่เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณา

(๒) พิจารณาและให้คำแนะนำแก่เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในกรณีที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ได้ด้วยตนเองอุทธรณ์ผลการพิจารณา หรือกรณีที่คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร หารือ

(๓) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๔ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๕๑

(นายวินัย สวัสดิวร)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๒๑๗ /๒๕๕๒

เรื่อง แต่งตั้งที่ปรึกษาคณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD)

.....

ตามที่ได้มีคำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ ๕๑๔/๒๕๕๑ ลงวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๑ แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ไว้แล้ว นั้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖ (๑๒) และมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกคำสั่งเพิ่มเติมโดยแต่งตั้งให้รองศาสตราจารย์นายแพทย์ทวี ศิริวงศ์ เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD)

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๒

(นายประทีป ธนกิจเจริญ)
รองเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ที่ ๔๖๘ / ๒๕๕๑
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด

.....

เพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD)การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) และการปลูกถ่ายไต(Kidney Transplant : KT) เป็นไปด้วยความเป็นธรรม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ระดับจังหวัดยกเว้นกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย

(๑) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัด เป็นประธานกรรมการ

(๒) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือผู้แทน เป็นกรรมการ

(๓) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยหรือผู้แทน(ถ้ามี) เป็นกรรมการ

(๔) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือผู้แทน(ถ้ามี) เป็นกรรมการ

(๕) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปหรือผู้แทน เป็นกรรมการ

(๖) ผู้ทรงคุณวุฒิหรือสื่อมวลชนในจังหวัดที่ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดเห็นชอบ จำนวนไม่เกิน ๒ คน เป็นกรรมการ

(๗) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต หรือแพทย์ที่เกี่ยวข้องในจังหวัดที่ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดเห็นชอบ จำนวนไม่เกิน ๒ คน เป็นกรรมการ

(๘) ประธานชมรมเพื่อนโรคไตในจังหวัด (ถ้ามี)หรือผู้แทนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในจังหวัด จำนวน ๑ คน เป็นกรรมการ

(๙) เจ้าหน้าที่ที่ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัดมอบหมาย เป็นกรรมการและเลขานุการ

ในกรณีที่มีความจำเป็นผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดอาจแต่งตั้งกรรมการเพิ่มขึ้นได้อีก จำนวนไม่เกิน ๒ คน

ข้อ ๒ ให้นายกเหล่ากาชาดจังหวัด ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลพื้นที่จังหวัด และผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบพื้นที่จังหวัด เป็นที่ปรึกษาของคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด

ข้อ ๓ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑ มีหน้าที่ ดังนี้

(๑) พิจารณาคัดเลือก จัดลำดับ และกำหนดให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสิทธิเข้ารับการทดแทนไตด้วยวิธี CAPD หรือ HD หรือ KT ตามลำดับการขอเข้ารับการบริการ และตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และแนวทางการให้บริการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(๒) พิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการทดแทนไตของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความจำเป็นจาก CAPD เป็น HD อย่างถาวรตามข้อบ่งชี้ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(๓) เสนอแนะการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๑

(นายวินัย สวัสดิวร)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำสั่งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ที่ ๒ / ๒๕๕๒
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

.....

เพื่อให้การพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามมติคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครั้งที่ ๕/๒๕๕๒ เมื่อวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๕๒ จึงเห็นควรออกคำสั่งดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย

(๑) ศาสตราจารย์นายแพทย์เกรียง ตั้งสง่า	เป็นประธานคณะทำงาน
(๒) ผู้แทนกรมบัญชีกลาง	เป็นคณะทำงาน
(๓) ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม	เป็นคณะทำงาน
(๔) ผู้แทนสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย	เป็นคณะทำงาน
(๕) ผู้แทนสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	เป็นคณะทำงาน
(๖) ผู้แทนศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย	เป็นคณะทำงาน
(๗) ผู้แทนชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย	เป็นคณะทำงาน
(๘) พลตรีนายแพทย์ถนอม สุภาพร	เป็นคณะทำงาน
(๙) รองศาสตราจารย์นายแพทย์จิรุฒน์ ศรีรัตนบัลล์	เป็นคณะทำงาน
(๑๐) ดร.นายแพทย์วิฑูรย์ โล่สุนทร	เป็นคณะทำงาน
(๑๑) นายแพทย์อนุตตร จิตตินันทน์	เป็นคณะทำงาน
(๑๒) รองศาสตราจารย์นายแพทย์ยิ่งยศ อวิหิงสานนท์	เป็นคณะทำงาน
(๑๓) แพทย์หญิงสุขฤทัย เลขยานนท์	เป็นคณะทำงาน
(๑๔) พันตำรวจโทฉัตรสุดา เอื้อมานะพงษ์	เป็นคณะทำงาน
(๑๕) ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงอติพร อิงคสาธิต	เป็นคณะทำงาน
(๑๖) แพทย์หญิงเขมรัสมี ขุนศึกเม็งราย	เป็นคณะทำงาน

๒/....(๑๗) รองศาสตรจารย์

(๑๗) นายแพทย์วิชช์ เกษมทรัพย์ เป็นคณะทำงาน

(๑๘) รองศาสตราจารย์นายแพทย์เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ เป็นคณะทำงานและเลขานุการ

(๑๙) ผู้อำนวยการสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ เป็นคณะทำงานและเลขานุการร่วม

(๒๐) นายแพทย์อติสรณ์ ลำเพาพงศ์ เป็นคณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๒ ให้คณะทำงานดังกล่าวมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำแผนแม่บทการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้สามารถเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลการทดแทนไตของระบบอื่น ๆที่เกี่ยวข้อง

(๒) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในภาพรวมของประเทศไทย

(๓) สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา การเชื่อมโยงฐานข้อมูลและการใช้ข้อมูลของหน่วยงานต่าง ๆที่เกี่ยวข้อง

(๔) อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ สิงหาคม ๒๕๕๒

(ศาสตราจารย์นายแพทย์สุชาติ อินทรประสิทธิ์)
ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนา
ระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คำสั่งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ที่ ๑ /๒๕๕๒ .

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายไต

ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

.....

เพื่อให้การบริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการปลูกถ่ายไตแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามมติคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งที่ ๗/๒๕๕๒ เมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๒ จึงเห็นควรออกคำสั่งดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริจาคอวัยวะ และการปลูกถ่ายไต ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประกอบด้วย

(๑) นายแพทย์ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์	เป็นประธานคณะทำงาน
(๒) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย	เป็นรองประธานคณะทำงาน
(๓) รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับมอบหมาย	เป็นรองประธานคณะทำงาน
(๔) นพ.โสภณ จิรสิริธรรม	เป็นคณะทำงาน
(๕) เลขาธิการแพทยสภา	เป็นคณะทำงาน
(๖) ผู้อำนวยการศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย	เป็นคณะทำงาน
(๗) นายกสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	เป็นคณะทำงาน
(๘) นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย	เป็นคณะทำงาน
(๙) เลขาธิการมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย	เป็นคณะทำงาน
(๑๐) ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพหรือผู้แทน	เป็นคณะทำงาน
(๑๑) แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานปลูกถ่ายไต / งานบริจาคอวัยวะ ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	เป็นคณะทำงาน
(๑๒) แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานปลูกถ่ายไต / งานบริจาคอวัยวะ ของโรงพยาบาลขอนแก่น	เป็นคณะทำงาน
(๑๓) แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานปลูกถ่ายไต / งานบริจาคอวัยวะ ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	เป็นคณะทำงาน
(๑๔) ประธานชมรมผู้ประสานงานปลูกถ่ายอวัยวะ	เป็นคณะทำงาน

๒/....ข้อ (๑๕)

(๑๕) ประธานชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย	เป็นคณะทำงาน
(๑๖) นายกสมาคมผู้เปลี่ยนอวัยวะ	เป็นคณะทำงาน
(๑๗) ผู้อำนวยการสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ	เป็นคณะทำงานและเลขานุการ
(๑๘) นายแพทย์อติสรณ์ ลำเพาพงศ์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๒ ให้คณะทำงานดังกล่าวมีหน้าที่

(๑) จัดทำแผนพัฒนาระบบบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายไตให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(๒) ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนเชิงระบบเพื่อให้มีการบริจาคไตเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับความต้องการในการปลูกถ่ายไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(๓) สนับสนุนการประชาสัมพันธ์และการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจและพร้อมที่จะบริจาคอวัยวะเพิ่มมากขึ้น

(๔) อื่น ๆตามที่คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

(ศาสตราจารย์นายแพทย์สุชาติ อินทรประสิทธิ์)
ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนา
ระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คำสั่งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ที่ ๑ / ๒๕๕๓
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตามที่คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีคำสั่งที่ ๒ / ๒๕๕๒ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๒ แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้แล้วนั้น เพื่อให้การพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๒ (๓) ของคำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๔๖๔/๒๕๕๑ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๑ คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงแก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบคณะทำงาน พัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยแต่งตั้งให้บุคคลดังต่อไปนี้เป็นคณะทำงาน

(๑) นายแพทย์สุชาติ ศรณสถาพร
ผู้อำนวยการสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ เป็นคณะทำงาน

(๒) นายแพทย์ประเสริฐ ธนกิจจารุ
ประธานคณะอนุกรรมการ CAPD สมาคมไตเทียมแห่งประเทศไทย เป็นคณะทำงาน

นอกนั้นให้เป็นไปตามคำสั่งเดิมทุกประการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๗ เมษายน ๒๕๕๓

(ศาสตราจารย์นายแพทย์สุชาติ อินทรประสิทธิ์)
ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนา
ระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Bibliography of Legal Analysis งานเขียนทางประกาศประกาศแนวทางการปฏิบัติการทดแทนไต CAPD คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลการ

ภาคผนวก 1

คำสั่งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ที่ ๒ /๒๕๕๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายไต

ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

.....

ตามที่คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีคำสั่งที่ ๑/๒๕๕๒ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๒ แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้แล้ว นั้น

ฉะนั้น เพื่อให้การบริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการปลูกถ่ายไตแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงแก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบของคณะทำงานพัฒนาระบบบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังต่อไปนี้

(๑) แต่งตั้งนายกสมาคมกีฬาผู้เปลี่ยนอวัยวะแห่งประเทศไทย เป็นคณะทำงาน แทน นายกสมาคมผู้เปลี่ยนอวัยวะ

(๒) แต่งตั้งผู้จัดการกองทุนโรคไตวาย เป็นคณะทำงานและเลขานุการ แทน ผู้อำนวยการสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ

(๓) แต่งตั้งรองศาสตราจารย์นายแพทย์อนุพันธ์ ตันติวงศ์ และ ผู้แทนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต เป็นคณะทำงาน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

(ศาสตราจารย์นายแพทย์สุชาติ อินทรประสิทธิ์)

ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนา

ระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภาคผนวก 2

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไต ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

.....

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไต ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไต ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้เป็นไปตามรายละเอียดในเอกสารแนบท้ายประกาศ ๑-๔

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่ บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

(นายประทีป ธนกิจเจริญ)
รองเลขาธิการ รักษาการแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการจ่ายชดเชย
ค่าบริการบำบัดทดแทนไต ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

---

๑. หลักการและเหตุผล

ตามที่ คณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติ ให้มีการขยายขอบเขตสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ครอบคลุมการบำบัดทดแทนไต Renal Replacement Therapy (RRT) ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยให้ความสำคัญกับการให้บริการปลูกถ่ายไต Kidney Transplant (KT) และการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๑ และให้การสนับสนุนงบประมาณสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับบริการฟอกเลือดผ่านเครื่องไตเทียม Hemodialysis (HD) ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ โดยตั้งงบประมาณเพิ่มเติมในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๒ เป็นต้นไป นั้น

เนื่องจากการพัฒนาระบบ เพื่อจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นงานใหม่ที่จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายในการจัดให้มีศูนย์บริการ CAPD ในหน่วยบริการในพื้นที่ทั่วประเทศ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ซึ่งปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆที่เกี่ยวข้อง ได้มีการเพิ่มหน่วยบริการและจำนวนผู้ป่วยได้รับบริการ CAPD เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และพบว่าระบบการจ่ายชดเชยที่กำหนดไว้เดิมยังไม่สามารถตอบสนองให้เกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่องรวมทั้งยังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจแก่ แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ ที่ต้องรับภาระเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้น เพื่อเป็นการแก้ปัญหาและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบที่จะทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ปรับแนวทางสนับสนุนงบประมาณ ชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ใหม่ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๒ เป็นต้นไป

๒. การสนับสนุนหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๒ เป็นต้นไป หน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ CAPD จะรับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระบบเดียวกันทุกแห่ง โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายเพิ่มจากที่หน่วยบริการได้รับการชดเชยจากงบเหมาจ่ายรายหัวตามชุดสิทธิประโยชน์ปกติ (Additional Pay) และแบ่งการสนับสนุนเป็น ๒ ส่วน คือ

๒.๑ การสนับสนุนน้ำยา CAPD ยา Erythropoietin **และ สาย** Tenchkoff catheter

เพื่อควบคุมคุณภาพ และประกันความเสี่ยงให้หน่วยบริการในเรื่องราคาของยาและเวชภัณฑ์ยาที่อาจเปลี่ยนแปลงตามภาวะตลาด ลดภาระการจัดหาของหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะสนับสนุนน้ำยา CAPD ยา Erythropoietin และสาย Tenchkoff catheter ให้แก่หน่วยบริการ โดยบริหารจัดการผ่านระบบ Vendor Managed Inventory (VMI) ขององค์การเภสัชกรรม

๒.๑.๑ น้ำยา CAPD สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะสนับสนุน น้ำยา CAPD ให้แก่ผู้ป่วยโดยองค์การเภสัชกรรมจะเป็นผู้จัดส่งให้ถึงหน่วยบริการใกล้บ้านผู้ป่วย หรือถึงบ้านผู้ป่วยโดยตรง(ตามที่หน่วยบริการระบุ) ซึ่งหน่วยบริการสามารถสั่งน้ำยา CAPD ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD ให้แก่ผู้ป่วยได้ ตามความจำเป็นทางการแพทย์และไม่เกิน ๑๕๐ ถุง ต่อเดือน (สั่งครั้งละ ไม่เกิน ๒ เดือน) ยกเว้นหน่วยบริการเก่าที่มีผู้ป่วยใช้น้ำยา CAPD ที่องค์การเภสัชกรรมไม่สามารถจัดหาให้ได้ ให้หน่วยบริการดังกล่าวจัดหาน้ำยาและเบิกค่าน้ำยาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในอัตราถุงละไม่เกินที่องค์การเภสัชกรรมจำหน่ายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒.๑.๒ ยา Erythropoietin สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะสนับสนุนยา Erythropoietin ที่ผ่านการคัดเลือกด้านคุณภาพโดยคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง ให้แก่หน่วยบริการผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม โดยหน่วยบริการสามารถสั่งยาผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD เพื่อจ่ายให้แก่ผู้ป่วยตามความจำเป็น โดยพิจารณาจากระดับ Hct เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) คือ

ค่า Hct < หรือ = ๓๓ ให้ ยา Erythropoietin ขนาดไม่น้อยกว่า ๔,๐๐๐ U / สัปดาห์

ค่า Hct ๓๓ – ๓๖% ให้ ยา Erythropoietin ขนาดไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ U / สัปดาห์

ค่า Hct > ๓๖% ไม่มีสิทธิได้รับยา

โดยให้ได้ไม่เกินสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง การบริหารยา Erythropoietin หน่วยบริการจะต้องนัดและให้ยาผู้ป่วยที่หน่วยบริการโดยตรง หรือที่หน่วยบริการใกล้บ้านผู้ป่วย เช่น สถานีอนามัย เป็นต้น (ไม่ให้ให้ยาผู้ป่วยไปฉีดที่บ้านเอง)

๒.๑.๓ สาย Tenchkoff catheter สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะสนับสนุนสาย Tenchkoff catheter ให้แก่หน่วยบริการ ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม โดยหน่วยบริการสามารถสั่งผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD เพื่อใช้กับผู้ป่วยรายใหม่ และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนโดยทั่วไปไม่เกิน ๑ สาย /ผู้ป่วย ๑ ราย /ปี ยกเว้นบางรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนมากกว่าให้แจ้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบ

๒.๒ ค่าใช้จ่ายในการบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปรับวิธีการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อให้หน่วยบริการสามารถนำไปใช้ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นค่าชดเชยบริการ และค่าสนับสนุนตามภาระงานแก่แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ และผู้เกี่ยวข้อง โดยหน่วยบริการเบิกค่าใช้จ่ายดังกล่าวเป็นรายเดือน ดังนี้

๒.๒.๑ ค่าชดเชยบริการแบบเหมาจ่ายสำหรับหน่วยบริการในการให้บริการประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย การดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ค่ายาพื้นฐาน และยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการบริการ CAPD โดยตรง รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนโดยตรงที่เกิดจากการบริการ CAPD ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยหรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ในอัตรา ๔,๐๐๐ บาท/ผู้ป่วย ๑ ราย / เดือน หรือ ๔๘,๐๐๐ บาท/ ผู้ป่วย ๑ ราย/ปี

๒.๒.๒ ค่าสนับสนุนตามภาระงานสำหรับแพทย์ พยาบาล CAPD และเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องโดยตรง ของหน่วยไตเทียมหรือ CAPD ที่แยกระบบบริการต่างหาก เพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การนัดดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การสนับสนุนและติดตามเยี่ยมบ้าน รวมทั้งให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ อัตรา ๒,๐๐๐ บาท /ผู้ป่วย ๑ ราย /เดือน หรือ ๒๔,๐๐๐ บาท/ผู้ป่วย ๑ ราย / ปี

๒.๒.๓ ค่าสนับสนุนตามภาระงานแก่ แพทย์ ที่ผ่านการฝึกอบรมการวางสาย Tenchkoff catheter ในหลักสูตรที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การสนับสนุน หรือเห็นชอบหรือที่มีประสบการณ์การวางสายเป็นที่ยอมรับและได้ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ผู้วางสาย Tenchkoff catheter กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการผ่าตัดวางสายล้างช่องท้องอย่างถาวร ตามแนวเวชปฏิบัติ อัตรา ๒,๐๐๐ บาท / ครั้งของการวางสายจนสำเร็จ

๒.๒.๔ สนับสนุนให้หน่วยบริการเพื่อจัดกิจกรรมอาสาสมัครเฉพาะหน่วยที่มีผู้ป่วย CAPD มากกว่า ๓๐ รายขึ้นไป ในอัตรา ๖๐,๐๐๐ บาท /หน่วยบริการ/ปี

๓. หลักเกณฑ์การสนับสนุนและการจ่ายชดเชย

๓.๑ ผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงบริการทดแทนไตระดับจังหวัด ว่าเป็นผู้ที่มีสิทธิรับการล้างไตทางช่องท้อง CAPD

๓.๒ ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยในโครงการ CAPD จากหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการฯ และมีการบันทึกข้อมูล การรักษา ลงในโปรแกรม DMIS_CAPD ครบถ้วน รวมทั้งบันทึกการติดตามตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๓.๓ เมื่อผู้ป่วยย้ายหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายค่าใช้จ่ายในเดือนนั้น ๆ ให้หน่วยบริการที่ให้การรักษาและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะยุติการจ่าย เมื่อมีการเปลี่ยนสิทธิเป็นสิทธิอื่น หรือเสียชีวิต

๓.๔ กรณีเปลี่ยนวิธีการรักษา จาก CAPD เป็น HD และกลับมารักษาโดยการทำ CAPD และหรือกรณีมีความจำเป็นต้องทำ HD ก่อนทำ CAPD ภายในระยะเวลารวม ๙๐ วัน (Temporary HD) ทั้งในกรณีพักท้องหรือภาวะยูรีเมีย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายชดเชยในราคา ๑,๕๐๐ บาท ต่อครั้งของการบริการ HD หรือตามอัตราค่าชดเชย บริการ HD ตามปกติที่ปรับเปลี่ยนใหม่ ทั้งนี้หากหน่วยบริการ CAPD ไม่สามารถให้บริการ HD ได้เอง และส่งผู้ป่วยไปรับบริการ HD ที่หน่วยฟอกเลือดอื่น หน่วยบริการ CAPD จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดให้หน่วยฟอกเลือดที่ส่งไปนั้น และเบิกชดเชยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในราคาที่กำหนด

๓.๕ กรณีที่ไม่สามารถกลับมารักษาโดย CAPD ได้ต้องเปลี่ยนเป็น HD ถาวร (Permanent HD) ต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงบริการทดแทนไตระดับจังหวัด หลังการอนุมัติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจัดให้มีการลงทะเบียนเข้าสู่ HD ถาวร และเบิกค่าใช้จ่ายตามแนวทาง HD ถาวร

๓.๖ กรณีเจ็บป่วยอื่น ๆ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นนอกเหนือจาก CAPD โดยตรง หน่วยบริการรับค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายรายหัว ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและอื่น ๆตามแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๔ . วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนและชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริการ

๔.๑ การรับการสนับสนุน น้ำยา CAPD ยา Erythropoietin และ สาย Tenchkoff catheter

๔.๑.๑ หน่วยบริการบันทึกข้อมูล เบิกจ่ายน้ำยา CAPD ยา Erythropoietin และสาย Tenchkoff catheter ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD

๔.๑.๒ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุน โดยบริหารจัดการผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม

๔.๑.๓ สำหรับหน่วยบริการเก่าที่มีผู้ป่วยใช้น้ำยา CAPD ที่องค์การเภสัชกรรมไม่สามารถจัดหาให้ได้ ให้หน่วยบริการดังกล่าวจัดหาน้ำยาเองและเบิกค่าน้ำยาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในอัตราถุงละไม่เกินที่องค์การเภสัชกรรมจำหน่ายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๔.๒ การขอรับค่าใช้จ่ายในการบริการ

๔.๒.๑ ค่าชดเชยบริการแบบเหมาจ่ายสำหรับหน่วยบริการในการให้บริการ

๔.๒.๑.๑ หน่วยบริการ บันทึกข้อมูลการบริการ และการนัดติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD ทุกเดือน

๔.๒.๑.๒ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะตรวจสอบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและการให้บริการจากข้อมูลในโปรแกรม DMIS_CAPD และจ่ายชดเชยให้เป็นรายเดือนหรือตามที่ได้รับรายงานข้อมูลการให้บริการ

๔.๒.๒ ค่าสนับสนุนตามภาระงานสำหรับแพทย์ พยาบาล CAPD และเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องโดยตรง

๔.๒.๒.๑ หน่วยบริการจัดทำแผนการบริหารค่าสนับสนุน๒,๐๐๐ บาท/ผู้ป่วย ๑ ราย/เดือนอัตราการจ่ายให้บุคคลแต่ละประเภท ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด (แบบฟอร์มCAPD ๑) เสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณภายในเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๒ และส่งใหม่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแผน

๔.๒.๒.๒ บันทึกข้อมูลการให้บริการ CAPD ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD ทุกเดือน

๔.๒.๒.๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะตรวจสอบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและการบริการจากข้อมูลในโปรแกรม DMIS_CAPD และจ่ายค่าสนับสนุนตามภาระงานเป็นรายเดือนหรือตามที่ได้รับรายงานการให้บริการ

๔.๒.๓ ค่าสนับสนุนตามภาระงานแก่แพทย์ ในการผ่าตัดวางสายล้างช่องท้องอย่างถาวร

๔.๒.๓.๑ หน่วยบริการส่งรายชื่อแพทย์ที่ผ่านการอบรมการวางสายหรือแพทย์ที่มีประสบการณ์การวางสายเป็นที่ยอมรับให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อขึ้นทะเบียน

๔.๒.๓.๒ บันทึกข้อมูลการวางสาย ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD เมื่อให้บริการวางสายแก่ผู้ป่วย และติดตามผลจนใช้งานได้หรือสำเร็จ

๔.๒.๓.๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายค่าสนับสนุนภาระงานแก่แพทย์ ที่วางสายผ่านหน่วยบริการเป็นรายเดือน

๔.๒.๔ สนับสนุนให้หน่วยบริการเพื่อจัดกิจกรรมอาสาสมัคร

๔.๒.๔.๑ หน่วยบริการจัดทำโครงการ จัดกิจกรรมอาสาสมัคร ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด (แบบฟอร์ม CAPD ๒ P) เสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

๔.๒.๔.๒ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนงบประมาณเมื่อได้รับและเห็นชอบตามโครงการ หน่วยบริการละ ๖๐,๐๐๐ บาท /ปี

๔.๒.๔.๓ หน่วยบริการส่งรายงานผลการปฏิบัติงานตามแผน (แบบฟอร์ม CAPD ๒ R) ผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตทุกปี ก่อนรับการสนับสนุนในปีต่อไป

๕.การอุทธรณ์หลังการจ่าย

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายชดเชยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ถูกต้องตามแนวทางการจ่ายชดเชยดังกล่าวนี้ หรือมีค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วย CAPD นอกเหนือจากแนวทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด. และเป็นภาระอย่างมากหรืออาจกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใน ๓๐ วัน หลังรับรายงานการจ่ายเงิน

แบบ CAPD ๑

แผนการบริหารค่าสนับสนุนตามภาระงานสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับ
การบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง CAPD (๒,๐๐๐ บาท/ผู้ป่วย๑ราย/เดือน)
โรงพยาบาล ..... จังหวัด.....

๑. หลักการและเหตุผล

หน่วย/ศูนย์..... โรงพยาบาล ..... ได้สนับสนุนนโยบายการขยายขอบเขตสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ครอบคลุมการบำบัดทดแทนไต Renal Replacement Therapy (RRT) ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง CAPD ให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้องรังระยะสุดท้าย ที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ ซึ่งปัจจุบันมีผู้ป่วย CAPD จำนวน.....ราย และคาดว่าจะขยายการบริการเพิ่มขึ้นเป็น.....ราย ภายในเดือน ..... ปี ..... ซึ่งบุคลากรในหน่วย ได้ร่วมมือกันรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ และผู้ปฏิบัติงานมีขวัญกำลังใจในการทำงาน จึงขอรับการสนับสนุนค่าภาระงาน แก่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ที่เกี่ยวข้องกับบริการCAPDโดยตรง จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อล้างไตผ่านทางช่องท้องมีประสิทธิภาพ

๒. สนับสนุนให้มีระบบการนัดดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีระบบติดตามเยี่ยมบ้านอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

๓. สนับสนุนให้มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติทางโทรศัพท์เมื่อมีปัญหาหรือความจำเป็นเร่งด่วน

๓. การบริหารค่าสนับสนุนตามภาระงาน

หน่วยบริการมีแผน จะจัดสรรงบสนับสนุน ๒,๐๐๐ บาท/ผู้ป่วย ๑ ราย/เดือน (คิดเป็น ร้อยละ๑๐๐) ดังนี้

๓.๑ จัดสรรให้แพทย์ ที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ..... (เช่นร้อยละ ๔๐) ของงบ ๒,๐๐๐ บาท x จำนวนผู้ป่วย CAPD ของเดือนนั้นๆ

๓.๒ จัดสรรให้พยาบาลที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ.....(เช่นร้อยละ ๔๐) ของงบ ๒,๐๐๐ บาท x จำนวนผู้ป่วย CAPD ของเดือนนั้นๆ

๓.๓ จัดสรรให้เจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้องร้อยละ..... (เช่นร้อยละ ๒๐) ของงบ ๒,๐๐๐ บาท x จำนวนผู้ป่วย CAPD ของเดือนนั้นๆ

หมายเหตุ ๑. ข้อ ๓.๑ + ๓.๒ + ๓.๓ เท่ากับ ร้อยละ ๑๐๐

๒. ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงการบริหารค่าสนับสนุนดังกล่าวเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพของหน่วยบริการๆ จะแจ้งขอปรับแผนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทันที

๔. การจัดสรรค่าสนับสนุนตามภาระงาน

หน่วยบริการจะจัดสรรงบสนับสนุนตามภาระงานให้กับบุคลากร ตามสัดส่วนในข้อ ๓ ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ และเบิกจ่ายให้ทุกเดือน หรือทุกครั้งที่ได้รับงบสนับสนุนดังกล่าวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๕. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

หน่วยบริการ มีระบบบริการ CAPD ที่เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาล และบุคลากรผู้ให้บริการมีแรงจูงใจ ในการให้บริการและ และผู้ป่วย CAPD ได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ลงชื่อ ..... ผู้เสนอแผน
(หัวหน้าหน่วยไตหรือ CAPD)

ลงชื่อ ..... ผู้เห็นชอบแผน
(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....)

ลงชื่อ ..... ผู้อนุมัติแผน
(เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

แบบ CAPD ๒ P

โครงการสนับสนุนกิจกรรมอาสาสมัครผู้ป่วยโรคไต

หน่วย/ศูนย์..... โรงพยาบาล ..... จังหวัด.....

หลักการและเหตุผล

หน่วย / ศูนย์..... โรงพยาบาล .....ได้สนับสนุนนโยบายขยายขอบเขตสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยการจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง CAPD ซึ่งปัจจุบันมีผู้ป่วย CAPD จำนวน ..... ราย (มากกว่า ๓๐ ราย) และคาดว่าจะขยายการบริการเพิ่มขึ้นเป็น .....ราย ภายในเดือน ..... ปี ..... / มีผู้ป่วยรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD จำนวน.....ราย เพื่อเป็นการสนับสนุนให้กลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการให้บริการทดแทนไตของหน่วยบริการ รวมทั้งได้มีโอกาสรวมกลุ่มช่วยเหลือเกื้อกูลให้กำลังใจกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งเกิดประโยชน์ต่อหน่วยบริการและสังคมโดยรวม จึงขอรับการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมอาสาสมัคร ผู้ป่วยโรคไตขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จัดตั้งเป็นกลุ่ม /ชมรม มีอาสาสมัคร และสมาชิก ทำกิจกรรมร่วมกัน
๒. เพื่อส่งเสริมให้ กลุ่ม /ชมรมผู้ป่วย ได้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยน และ เรียนรู้ในการดูแลตนสุขภาพร่วมกัน
๓. เพื่อส่งเสริมให้กลุ่ม /ชมรมผู้ป่วย มีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตร่วมกัน
๔. เพื่อส่งเสริม สร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่ม/ชมรม มีอาสาสมัครช่วยเหลือกิจกรรมของหน่วยบริการ หรือสร้างประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม

ระยะเวลา

วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๒ – ๓๐ กันยายน ๒๕๕๒ (ขึ้นปีงบประมาณใหม่ให้จัดทำและส่งโครงการใหม่)

เป้าหมาย

กลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่รับบริการทดแทนไตทุกวิธี ในศูนย์/หน่วยบริการ

กิจกรรมการดำเนินงาน

๑ .....

๒.....

๓.....

(ระบุกิจกรรม เช่น การประชุมจัดตั้งกลุ่ม /ชมรมผู้ป่วย กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน กิจกรรมจิตอาสาช่วยงานบริการ เป็นต้น)

-๒-

การรายงานผล

หน่วยไตเทียมหรือโรงพยาบาลจะจัดทำรายงานผลการดำเนินกิจกรรม ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบ ทุก ๖ เดือน *(เดือนมีนาคม และเดือนกันยายน)*

งบประมาณ

จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนปีละ ๖๐,๐๐๐ บาท

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เกิดกลุ่ม / ชมรมผู้ป่วยโรคไตที่มีสมาชิก และอาสาสมัคร ทำกิจกรรมร่วมกัน

๒. กลุ่ม / ชมรมผู้ป่วย มีการทำกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ต่อตนเอง และส่วนรวมอย่างต่อเนื่อง

๓. กลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยมีพัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

ลงชื่อ ..... ผู้เสนอโครงการ
(หัวหน้าหน่วยไตหรือ CAPD)

ลงชื่อ ..... ผู้เห็นชอบโครงการ
(ผอ.รพ.)

ลงชื่อ ..... ผู้อนุมัติโครงการ
(เลขาธิการสปสช.)

แบบ CAPD ๒ R

แบบรายงานผลการดำเนินงาน

โครงการสนับสนุนกิจกรรมอาสาสมัครผู้ป่วยโรคไต

หน่วย/ศูนย์..... โรงพยาบาล ..... จังหวัด.....

ครั้งที่ ...../ ๒๕๕..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้อมูลทั่วไป

๑.จำนวนผู้ป่วย CAPD ..... คน

๒.จำนวนผู้ป่วย HD..... คน

๓.จำนวนผู้ป่วย KT ที่รับยา (ถ้ามี).....คน

๔.จำนวนผู้ป่วย /อาสาสมัครอื่นๆที่เป็นสมาชิก..... คน

การดำเนินงานตามแผน

ชื่อกิจกรรม	รายละเอียดการดำเนินงาน	ระยะเวลา / งบประมาณ	ผลการดำเนินงาน

ข้อคิดเห็นอื่นๆ.....

ผู้รับผิดชอบ.....

ตำแหน่ง.....

ภาคผนวก 3

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD)

.....

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

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

ข้อ ๑ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) แบ่งเป็น ๓ ประเภท คือ

(๑) ผู้ป่วย HD รายเก่าที่มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วยที่เปลี่ยนสิทธิจากระบบอื่น เช่น สิทธิประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการข้าราชการ เป็นต้น ซึ่งได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ โดยรับบริการที่หน่วยบริการ หรือสถานบริการ HD ที่ได้ขึ้นทะเบียนกับสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายเฉพาะค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งละไม่เกิน ๕๐๐ บาท และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การสนับสนุนครั้งละ ๑,๐๐๐ บาทหรือ ๑,๒๐๐ บาท ตามข้อ ๓(๑) และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงตามข้อ ๓(๒) โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ แต่ต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ รวมทั้งมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์

(๒) ผู้ป่วย HD รายใหม่ที่มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ว่าไม่สามารถใช้วิธีทดแทนไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) หรือ ต้องเปลี่ยนจาก CAPD เป็นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบถาวร ตามหลักเกณฑ์หรือข้อบ่งชี้หรือข้อห้ามในข้อ ๒ และผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการระดับจังหวัดว่าต้องใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งก่อนและหลังวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ โดยผู้ป่วยไม่ต้องร่วมจ่าย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การสนับสนุนค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งละ ๑,๕๐๐ บาทหรือ ๑,๗๐๐ บาท ตามข้อ ๓(๑) และค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องโดยตรงตามข้อ ๓(๒) โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ แต่ต้องเป็นไปตามความจำเป็น และ ข้อบ่งชี้ รวมทั้งมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์

(๓) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารายใหม่ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ เป็นต้นไป และไม่สมัครใจเลือกรับบริการทดแทนไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) และไม่ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการระดับจังหวัด เพื่อให้ใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามข้อ๒ ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

ข้อ ๒ ให้กำหนดเงื่อนไขดังต่อไปนี้ เป็นข้อบ่งชี้หรือข้อห้ามของการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(๑) ข้อบ่งชี้ของการเปลี่ยน CAPD เป็น HD ชั่วคราวไม่เกิน ๓ เดือน หลังรักษาแล้วสามารถทำ CAPD ต่อได้ และผู้ป่วยได้รับสิทธิไม่ต้องร่วมจ่าย ได้แก่

(ก) มีการอักเสบของช่องท้องที่รักษาแล้วไม่ดีขึ้น

(ข) มีการอักเสบของช่องท้องจากเชื้อรา

(ค) มีการอักเสบประจำของแผลหน้าท้องที่วางสาย

(ง) มีการอักเสบของสายต่อของท่อในช่องท้อง

(จ) มีการอักเสบติดเชื้อภายในช่องท้อง

(ฉ) ได้รับการผ่าตัดอวัยวะในช่องท้อง

(๒) ข้อบ่งชี้ของการเปลี่ยน CAPD เป็น HD ถาวร และหลังเปลี่ยนเป็น HD ผู้ป่วยได้รับสิทธิไม่ต้องร่วมจ่าย ได้แก่

(ก) น้ำยารั่วออกจากช่องท้องประจำไม่สามารถทำ CAPD

(ข) เยื่อบุช่องท้องเป็นพังผืดไม่สามารถทำ CAPD

(ค) ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ไม่สามารถทำ CAPD

(๓) ข้อห้ามสัมพัทธ์ของการทำ CAPD ทำให้ผู้ป่วยมีสิทธิทำ HD ได้โดยไม่ต้องร่วมจ่าย และเมื่อข้อห้ามสัมพัทธ์ดังกล่าวสิ้นสุดลง ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนเป็น CAPD จึงจะได้รับสิทธิ ได้แก่

(ก) มีสิ่งแปลกปลอมในช่องท้องมาก่อน เช่น ใส่เส้นเลือดเทียม เป็นต้น

(ข) มีไส้เลื่อนที่ยังไม่แก้ไข หรือมีช่องทางติดต่อระหว่างช่องท้องกับอวัยวะภายนอก

(ค) อ้วนมาก (BMI > ๓๕ กก./ตร.ม)

(ง) มี Recurrent diverticulitis หรือ การอักเสบของลำไส้บ่อย ๆ

(จ) มีการผ่าตัดนำกระเพาะหรือลำไส้ออกมาทางหน้าท้อง

(ฉ) ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำ CAPD ได้ และเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ ภายใต้คำแนะนำของคณะกรรมการระดับจังหวัด

(๔) ข้อห้ามสมบูรณ์ของการทำ CAPD ทำให้ผู้ป่วยมีสิทธิทำ HD และไม่ต้องร่วมจ่าย ได้แก่

(ก) มีรอยโรคบริเวณผิวหนังหน้าท้องที่ไม่สามารถวางสายได้

(ข) มีพังผืดภายในช่องท้องมากไม่สามารถวางสายได้

(ค) มีสภาพจิตบกพร่องอย่างรุนแรง ซึ่งอาจกระทบต่อการรักษาด้วยวิธี CAPD

ข้อ ๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การสนับสนุนค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงแก่หน่วยบริการหรือสถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการ ดังนี้

(๑) ชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วย HD รายเก่าตามข้อ ๑(๑) ครั้งละ ๑,๐๐๐ บาท และผู้ป่วย HD รายใหม่ตามข้อ ๑(๒) ครั้งละ ๑,๕๐๐ บาท ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี และมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น เช่นโรคหัวใจ ปอด ตับ ร่วมด้วย และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหน่วยบริการหรือสถานบริการขนาดใหญ่ที่มีการให้บริการหอผู้ป่วยไอซียู โดยชดเชยครั้งละ ๑,๒๐๐ บาท สำหรับผู้ป่วยตามข้อ ๑(๑) และครั้งละ ๑,๗๐๐ บาท สำหรับผู้ป่วยตามข้อ ๑(๒)

(๒) ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ได้แก่

(ก) ค่าชดเชยและค่ายา Erythropoietin ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(ข) ค่าทำเส้น HD ตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วย ๑ คนต่อ ๒ ปี

ข้อ ๔ ให้หน่วยบริการหรือสถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แจ้งความจำนงเป็นหนังสือต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต เพื่อดำเนินการตรวจรับรองมาตรฐานตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ หน่วยบริการหรือสถานบริการตามข้อ ๔ มีหน้าที่ ดังนี้

(๑) จัดให้มีการลงทะเบียนและข้อมูลผู้ป่วย HD ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามระบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(๒) จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต หรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดจำนวนหนึ่งคนเป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบและมีพยาบาลโรคไตจำนวนหนึ่งคนเป็น HD Case Manager ประจำ

(๓) จัดให้มีการบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีสถานที่และเจ้าหน้าที่เหมาะสมและพอเพียงตามมาตรฐานที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

(๔) จัดให้มีการบริการหรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่จำเป็น เช่น การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ การเยี่ยมบ้าน การรักษา หรือส่งต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เป็นต้น

(๕) จัดส่งข้อมูลและเบิกค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงตามอัตราและผ่านระบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดทุกสิ้นเดือน (ใช้ระบบเดียวกันกับสวัสดิการข้าราชการที่สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) ดำเนินการอยู่)

(๖) อำนวยความสะดวกในการตรวจรับรองมาตรฐานจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หรือการตรวจประเมินเบื้องต้นจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต และส่งเอกสารให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๗) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือคณะกรรมการระดับจังหวัดกำหนด

ข้อ ๖ การแจ้ง การสั่งการ หรือการดำเนินการใด ๆของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามประกาศนี้ ให้ถือการส่วนหนึ่งของประกาศนี้

ข้อ ๗ ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่ วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๒ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

(นายวินัย สวัสดิวร)
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางดำเนินงาน เรื่องการสนับสนุน และชดเชยบริการ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD)

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ออกประกาศ เรื่องการสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2552 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อปรับอัตราการสนับสนุนและการจ่ายชดเชยค่าบริการให้มีความเหมาะสมสอดคล้องตามต้นทุนการให้บริการมากยิ่งขึ้นตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจในทางปฏิบัติมากขึ้น จึงกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. หลักการสนับสนุน และชดเชยบริการ

1.1 ผู้ป่วยที่มีสิทธิ ได้รับการสนับสนุนและชดเชยค่าบริการ HD ต้องเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งประเภท ผู้ป่วยรายเก่าที่มีสิทธิผู้ป่วยรายใหม่ที่มีสิทธิ ตามประกาศฯ ดังกล่าว

1.2 หน่วยบริการ หรือสถานบริการ ที่มีสิทธิขอรับการชดเชยค่าบริการ HD ได้แก่ หน่วยบริการหรือสถานบริการที่ขึ้นทะเบียน กับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดทั้งประเภทที่ทำสัญญาแบบระยะยาว (2.1) และที่ทำสัญญาแบบชั่วคราว (2.2) โดยมีสิทธิได้รับการสนับสนุนค่าบริการฟอกเลือด สำหรับผู้ป่วยรายเก่า ในอัตรา 1,000 บาท และผู้ป่วยรายใหม่ ในอัตรา 1,500 บาท และ

1.3 หน่วยบริการหรือสถานบริการ HD ที่มีสิทธิขอรับค่าชดเชยบริการ HD สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีและ มีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น เช่น โรคหัวใจ ปอด ตับ ร่วมด้วย เป็นต้น ในอัตรา 1,200 บาท (สำหรับผู้ป่วยรายเก่า) และ 1,700 บาท (สำหรับผู้ป่วยรายใหม่) นั้น ต้องเป็นหน่วยบริการ หรือสถานบริการขนาดใหญ่ ที่มีการให้บริการหอผู้ป่วยไอซียู และที่ทำสัญญา แบบระยะยาว (2.1) เท่านั้น

1.4 หน่วยบริการ หรือ สถานบริการที่ทำสัญญา แบบระยะยาว (2.1) เท่านั้น ที่มีสิทธิ์ได้รับค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง (ค่าชดเชยและค่ายา Erythropoietin และค่าทำเส้น HD) ในอัตราที่กำหนด

2. การลงทะเบียนผู้ป่วย และการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ หรือ สถานบริการ HD เพื่อขอใช้สิทธิรับค่าฟอกเลือด

ให้หน่วยบริการ หรือสถานบริการ และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

2.1 หน่วยบริการ หรือสถานบริการ HD

2.1.1 กรณีเบิกการจ่ายชดเชยในอัตราปกติ 1,000 /1,500 บาท

1) หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ HD จัดทำแบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
2) นำเสนอคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด (คณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด) พิจารณา

2.1.2 กรณีเบิกการจ่ายชดเชยในอัตรา 1,200 / 1,700 บาท

1) หน่วยบริการ หรือสถานบริการ จัดทำแบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้ายทั้งรายเก่า และรายใหม่ ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น เช่น โรคหัวใจ ปอด ตับ ร่วมด้วย เป็นต้น (ตามแบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายฯ)
2) จัดทำข้อมูล หน่วยบริการ / สถานบริการ (ที่ทำสัญญาแบบระยะยาว 2.1) ที่มีและให้บริการหอผู้ป่วย ไอซียู
3) นำเสนอข้อมูลผู้ป่วย และข้อมูลหน่วยบริการ ให้กับคณะกรรมการ ฯ ระดับจังหวัด พิจารณาอนุมัติ

2.2 คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด (คณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด)

2.2.1 พิจารณาอนุมัติหน่วยบริการ หรือ สถานบริการ และรายชื่อผู้ป่วยตามข้อ 2.1.1 และ 2.1.2 ตามหลักเกณฑ์ข้อบ่งชี้หรือข้อห้าม ของ การบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามประกาศ ฯ

2.2.2 แจ้งรายงานการประชุมและผลการพิจารณาให้ หน่วยบริการ หรือสถานบริการ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต เพื่อดำเนินการต่อในส่วนที่เกี่ยวข้อง

2.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

2.3.1 บันทึกข้อมูลรายชื่อหน่วยบริการ หรือสถานบริการ และผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด ในโปรแกรม DMIS_HD

2.3.2 ส่งข้อมูลผู้ป่วยที่มีข้อห้ามสัมพัทธ์ กรณี ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำ CAPD ได้ ให้คณะกรรมการ พิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถล้างไตผ่านทางช่องท้อง ที่ส่วนกลาง พิจารณาอนุมัติ และแจ้งกลับผลการพิจารณาให้คณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด และ หน่วยบริการหรือสถานบริการ ทราบ

2.4 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลาง

2.4.1 สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน

1) รวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม DMIS_HD ตรวจสอบสิทธิ

2) ส่งข้อมูลให้สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) เพื่อนำเข้าโปรแกรมการชดเชยค่าบริการของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) ในรอบทะเบียนถัดไป(ดำเนินการเดือนละ 2 ครั้งรอบละ15 วัน)

2.4.2 กองทุนโรคไตวาย

1) สรุปข้อมูลผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ ฯ ระดับจังหวัด และ นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยที่มีข้อห้ามสัมพัทธ์ กรณีผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำ CAPD ได้ เสนอให้คณะกรรมการฯ ส่วนกลาง เพื่อทราบ และ พิจารณา
2) ลงทะเบียนผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกรณีผู้ป่วยไม่สามารถล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามรอบที่กำหนด และแจ้งกลับผลการดำเนินงานให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ทราบ

กำหนดเวลาในการมีสิทธิ

ผู้ป่วยจะได้รับสิทธิฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD ภายหลังจากวันที่ คณะกรรมการ ฯ ระดับจังหวัด พิจารณาอนุมัติ และลงทะเบียนผู้ป่วย ในโปรแกรมของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) ณ รอบการจ่ายถัดไป

3 . การเรียกเก็บ และจ่ายชดเชยค่าบริการ HD

ให้หน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

3.1 หน่วยบริการ หรือสถานบริการ HD

3.1.1 บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)ภายหลังการให้บริการไม่เกิน 1 เดือน

3.1.2 ตรวจสอบข้อมูลการให้บริการและค่าชดเชยการให้บริการกับข้อมูล Statement ของ สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)

3.1.3 หากไม่ได้รับการชดเชยค่าบริการตามจริง ทำหนังสือขออุทธรณ์มายัง สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

3.2 สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)

3.2.1 นำเข้าข้อมูลหน่วยบริการ/สถานบริการ และรายชื่อผู้ป่วยในโปรแกรมการจ่าชดเชยค่าบริการของ สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)

3.2.2 ประมวลผลข้อมูลการให้บริการจากหน่วยบริการ/สถานบริการต่างๆ

3.2.3 ส่งข้อมูลการให้บริการ และค่าชดเชยการให้บริการ (Statement) ให้หน่วยบริการ/สถานบริการ /สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ เดือนละ 2 ครั้ง (รอบละ 15 วัน รายละเอียดตามแนบ)

3.3 กองทุนโรคไตวาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จ่ายชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วย HD รายเก่า และรายใหม่ในอัตราที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.กำหนดในประกาศ โดยจะดำเนินการเดือนละ 2 ครั้ง ตามรอบของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)(รายละเอียดตามแนบ)

หมายเหตุ รายละเอียดการดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆ สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้จากคู่มือการบริหารกองทุน และคู่มือการบริหารงบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2554 หรือสอบถามข้อมูลได้จากผู้ประสานงานโรคไต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.เขต ทุกเขต

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่องการสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

.....

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์การกำหนดให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง CAPD หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD ให้ได้รับยา Erythropoietin จากหน่วยบริการหรือสถานบริการที่ร่วมให้บริการ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 26(14) และมาตรา 36 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2551 ในการประชุมเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2551 และครั้งที่ 5/2552 เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2552 เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ลงวันที่ 14 กรกฎาคม 2552

ข้อ 2 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิได้รับบริการ CAPD และ HD ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสิทธิได้รับยา Erythropoietin ตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์รวมทั้งราคายาของแต่ ละชื่อยา ดังนี้

ชื่อยา	ขนาดยา	ระดับ Hct ≤30 % เบิกได้ตามจ่ายจริงและไม่เกิน	ระดับ Hct >30%-36% เบิกได้ตามจ่ายจริงและไม่เกิน
• Erypo (Eprex)	4,000 ยู	4,000 ยู x 6 ต่อเดือน	4,000 ยู x 4 ต่อเดือน
• Hypercrit(Hemax)	4,000 ยู	4,000 ยู x 8 ต่อเดือน	4,000 ยู x 4 ต่อเดือน
• Espogen	4,000 ยู	4,000 ยู x 8 ต่อเดือน	4,000 ยู x 4 ต่อเดือน
• Epokine	4,000 ยู	4,000 ยู x 8 ต่อเดือน	4,000 ยู x 4 ต่อเดือน
• Eporon	4,000 ยู	4,000 ยู x 10 ต่อเดือน	4,000 ยู x 5 ต่อเดือน
• Eritrogen	4,000 ยู	4,000 ยู x 10 ต่อเดือน	4,000 ยู x 5 ต่อเดือน
• Epoetin	4,000 ยู	4,000 ยู x 10 ต่อเดือน	4,000 ยู x 5 ต่อเดือน
• Renogen	4,000 ยู	4,000 ยู x 10 ต่อเดือน	4,000 ยู x 5 ต่อเดือน
• Epiao	4,000 ยู	4,000 ยู x 10 ต่อเดือน	4,000 ยู x 5 ต่อเดือน
• Bioyetin	4,000 ยู	4,000 ยู x 10 ต่อเดือน	4,000 ยู x 5 ต่อเดือน
• Gpoetin	4,000 ยู	4,000 ยู x 10 ต่อเดือน	4,000 ยู x 5 ต่อเดือน

-2-

ข้อ 3 ให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมให้บริการ CAPD และ HD มีสิทธิเบิกยา Erythropoietin ที่ใช้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในข้อ 1 ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม และเบิกค่าบริหารจัดการ ค่าบริการอื่นๆ รวมทั้งการส่งข้อมูล การใช้ยาดังกล่าว ในอัตรา 50 บาท ต่อการให้ยา 1 ครั้ง และรวมทั้งเดือนไม่เกิน 200 บาท ต่อผู้ป่วยที่ต้องให้ยา 1 คน โดยเบิกยาและและส่งข้อมูลผ่านระบบตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดทุกสิ้นเดือน

ข้อ 4 หน่วยหรือบริการสถานพยาบาล ที่ให้ยา Erythropoietin ชื่อยาใดชื่อยาหนึ่งควรใช้ต่อเนื่องอย่างน้อยหนึ่งปี ยกเว้นมีเหตุจำเป็นทางการแพทย์ก็สามารถเปลี่ยนชื่อยาอื่นได้และแจ้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบ รวมทั้งต้องติดตามระดับ Hct ของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 4-8 สัปดาห์ต่อครั้ง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยาแก่ผู้ป่วย

ข้อ 5 การให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วย CAPD และ HD ต้องให้โดยบุคลากรทางการแพทย์ของหน่วยบริการหรือ สถานบริการที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง หรืออาจให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วย โดยไม่ให้ผู้ป่วยนำยาไปฉีดเองที่บ้าน

ข้อ 6 การแจ้ง การสั่งการ หรือการดำเนินการใดๆของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามประกาศนี้ ให้ถือการส่วนหนึ่งของประกาศนี้

ข้อ 7 ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2552 เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒ กันยายน พ.ศ. 2552

(นายประทีป ธนกิจเจริญ)
รองเลขาธิการ รักษาการแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการสนับสนุนยา Erythropoietin
สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่รับบริการทดแทนไต ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) และ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)

ตามที่ มีการออกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการสนับสนุน และให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2552 เพื่อปรับปรุงระบบการสนับสนุนยาให้มีความเหมาะสม และผู้ป่วยได้รับยาตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์นั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติ จึงกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. หลักการสนับสนุนยา Erythropoietin

1.1 หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ ที่มีสิทธิเบิกยา Erythropoietin ได้แก่

1.1.1 หน่วยบริการที่ ร่วมให้บริการ CAPD ทุกแห่ง และให้เริ่มดำเนินการเบิกยาได้ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2552 เป็นต้นไป

1.1.2 หน่วยบริการ หรือ สถานบริการที่ร่วมให้บริการ HD ประเภท ที่ทำสัญญาแบบระยะยาว (ประเภท 2.1) เท่านั้น ที่มีสิทธิขอเบิก และ ให้เริ่มดำเนินการเบิกยาได้ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2552 เป็นต้นไป

1.1.3 สำหรับช่วงเดือนสิงหาคม – กันยายน 2552 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะให้การสนับสนุนในระบบการจ่ายชดเชยเป็นเงินในอัตราและวิธีการแบบเดิมตามข้อตกลงหรือสัญญาการให้บริการ

1.2 หน่วยบริการหรือสถานบริการที่ร่วมให้บริการ CAPD และ HD (ประเภท2.1) เมื่อให้บริการยา Erythropoietin ตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์แล้ว หลังให้บริการหน่วยบริการหรือสถานบริการดังกล่าวสามารถเบิกยาชดเชยผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมตามรายการชื่อยาและจำนวนยาที่ใช้จริงและไม่เกินอัตราที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด (หน่วยบริการหรือสถานบริการแต่ละแห่งสามารถขอเบิกยาได้มากกว่า 1 รายการชื่อยา)

1.3 การสนับสนุนยา Erythropoietin สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. จะสนับสนุนยาเฉพาะรายการชื่อยาที่ระบุในประกาศ เท่านั้น กรณีหน่วยบริการ หรือ สถานบริการ CAPD และ HD ใช้ยาชื่ออื่น นอกเหนือจากที่ระบุอยู่ในประกาศ จะไม่ได้รับการสนับสนุน

1.4 องค์การเภสัชกรรม จะจัดส่งยา Erythropoietin ตามระบบ VMI ให้หน่วยบริการ หรือสถานบริการที่ร่วมให้บริการ CAPD และ HD เดือนละ 1 ครั้ง ยกเว้น บางแห่งที่มีข้อจำกัดในเรื่องการจัดเก็บและแจ้งความประสงค์ให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ดำเนินการจัดส่งให้เดือนละ 2 ครั้ง โดยจะแยกการจัดส่งยา สำหรับผู้ป่วย CAPD และผู้ป่วย HD ออกจากกัน

1.5 การให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยหน่วยบริการหรือ สถานบริการที่ร่วมให้บริการ CAPD และ HD สามารถเลือกใช้ได้ตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แต่การใช้ยาตัวใดตัวหนึ่งกับผู้ป่วย ควรใช้ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ยกเว้นมีความจำเป็นทางการแพทย์ก็สามารถเปลี่ยนเป็นยาตัวอื่นได้ โดยต้องบันทึกในแบบฟอร์มที่กำหนดและรายงานต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมทั้งต้องติดตามระดับ Hematocrit (Hct.) ของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 4-8 สัปดาห์ต่อครั้ง

1.6 การให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วย ต้องให้โดยบุคลากรทางการแพทย์ เท่านั้น โดย

1.6.1 ผู้ป่วย HD จะต้องให้ยาในหน่วยบริการ หรือสถานบริการที่ผู้ป่วยฟอกเลือดเท่านั้น

1.6.2 ผู้ป่วย CAPD นอกจากให้ยาในหน่วยบริการ CAPD แล้ว สามารถส่งต่อให้ยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่อยู่ใกล้โดยหน่วยบริการ CAPD ต้อง จัดให้มีการส่งยาให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการโดย จะต้องส่งยาด้วยระบบ Cold Chain และมีใบส่งตัวให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

2 วิธีการสนับสนุนยา Erythropoietin

2.1 หน่วยบริการ CAPD

2.1.1 หน่วยบริการ CAPD บันทึกการใช้ยา ในโปรแกรม DMIS_CAPD โดยหน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลการใช้ยาตามที่ใช้จริงในรอบเดือนที่ผ่านมา ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป หากไม่ดำเนินการบันทึกข้อมูลการใช้

ยาตามระยะเวลาที่กำหนด จะทำการยกยอดไปจ่ายสิ้นปีครั้งเดียวเท่านั้น โดยมีรายละเอียดการบันทึกข้อมูล ดังนี้

1) รายการยา ต้องเป็นชื่อยาที่ระบุตามประกาศเท่านั้น กรณีไม่ใช้ยาตามรายการที่กำหนด สามารถเลือกบันทึกข้อมูลในประเภทอื่นๆ เพิ่มเติมได้ แต่ทั้งนี้จะไม่ได้รับการสนับสนุนยา
2) ปริมาณการใช้ ให้ระบุจำนวน Unit ของยาตามที่ใช้จริง
3) ระดับ Hematocrit (Hct.) ที่ตรวจครั้งล่าสุดโดยต้องมีการเจาะระดับ Hct อย่างน้อย ทุก 4-8 สัปดาห์ต่อครั้ง

2.1.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประมวลผลข้อมูลการใช้ยา Erythropoietin ในระบบ DMIS_CAPD ทุกวันที่ 16 ของเดือนถัดไป และส่งข้อมูลความต้องการการชดเชยยาให้องค์การเภสัชกรรม

2.1.3. องค์การเภสัชกรรม ส่งยาให้หน่วยบริการภายใน 5 วันทำการภายหลังจากได้รับ ข้อมูลการเบิกยาจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1.4 หน่วยบริการ ตรวจรับยาตามข้อมูลการเบิกยา ในโปรแกรม DMIS

2.2 หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ HD

2.2.1 หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ HD บันทึกข้อมูลการใช้ยาในโปรแกรมของสำนักงาน กลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) ที่ปรับปรุงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2552 เป็นต้นไป เพื่อเตรียมความพร้อมของระบบก่อนที่จะเบิกจ่ายชดเชยยาจริงตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2552 เป็นต้นไป โดยหน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลการใช้ยาตามที่ใช้จริง ในรอบเดือนที่ผ่านมา ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป โดยมีรายละเอียดการ บันทึกข้อมูล ดังนี้

1) รายการยา ต้องเป็นชื่อยาที่ระบุตามประกาศเท่านั้น กรณีไม่ใช้ยาตามรายการที่กำหนดสามารถเลือกบันทึกข้อมูลใน ประเภทอื่นๆ เพิ่มเติมได้ แต่ ทั้งนี้จะไม่ได้การสนับสนุนยา
2) ปริมาณการใช้ให้ระบุจำนวน Unit ของยาที่ใช้จริง
3) ระดับ Hemotocrit (Hct.) ที่ตรวจครั้งล่าสุด โดยต้องมีการเจาะระดับ Hct. ทุกเดือนเป็นอย่างน้อย

2.2.2 สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) ประมวลผลข้อมูลการใช้ยา Erythropoietin ของเดือนที่ผ่านมาทุกวันทำการที่ 1 หลังจากวันที่ 15 ของเดือนถัดไป และส่งข้อมูลให้องค์การเภสัชกรรม หากหน่วยบริการหรือสถานบริการบันทึกการใช้ยาล่าช้าจากเวลาที่กำหนดจะไม่นำข้อมูลในรอบนั้นมาประมวลผลเพื่อเบิกยา

2.2.3 องค์การเภสัชกรรม ส่งยาให้หน่วยบริการ หรือสถานบริการภายใน 5 วันทำการภายหลังจากได้รับข้อมูลการเบิกยา จาก สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)

2.2.4 หน่วยบริการหรือสถานบริการตรวจรับยาตามข้อมูล Statement ของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)

3. การสนับสนุนค่าบริหารจัดการ และค่าบริการอื่นๆ รวมทั้งการส่งข้อมูลการใช้ยา Erythropoietin

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะสนับสนุนค่าบริหารจัดการและบริการอื่นๆ ดังกล่าวในอัตรา 50 บาทต่อการให้ยา 1 ครั้ง ทั้งนี้ไม่เกิน 200บาทต่อผู้ป่วย 1 คนต่อเดือน (หากในแต่ละเดือนมีการฉีดยามากกว่า 4 ครั้ง อัตราการชดเชยการบริการของเดือนนั้นๆ จะถูกเฉลี่ย ด้วยจำนวนครั้งของการให้บริการของทั้งเดือนที่มีการบันทึกข้อมูลเข้ามาในโปรแกรม)

4. การอุทธรณ์

กรณีที่หน่วยบริการ หรือ สถานบริการCAPD และ HD ได้รับการสนับสนุนยา Eythropoietin ไม่ครบตามที่ให้บริการจริง สามารถอุทธรณ์เข้ามาได้ที่สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ภายใน 30 วัน หลังจากได้รับการสนับสนุนยา

หมายเหตุ รายละเอียดการดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆ สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากคู่มือการบริหารกองทุน และคู่มือการบริหารงบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2554 หรือสอบถามข้อมูลได้จากผู้ ประสานงานโรคไต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตทุกเขต

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 เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 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 ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่ วันที่ 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 หรือ สถานบริการ
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 หรือ สถานบริการ
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 ๑๔,๐๐๐ 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 ๔,๐๐๐ บาท/คน/เดือน

๒. ผู้ป่วย CAPD ที่ต้องทำ temporary hemodialysis หลังจากเริ่มทำ CAPD เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ให้รวมค่าสาย Temporary double lumen catheter อยู่ในค่าเหมาจ่าย ๔,๐๐๐ บาท/คน/เดือน

๓. ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการแก้ไข AVF หรือ AVG สามารถเบิกค่าแก้ไขเพิ่มเติมตามที่ใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๘,๐๐๐ บาท ในระยะเวลา ๑ ปี

๔. ในกรณีที่หน่วยบริการหรือสถานบริการมีความจำเป็นต้องใช้รายการต่าง ๆ หรืออุปกรณ์ในการรักษาเพิ่มเติมจากที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ในประกาศนี้ และมีค่าใช้จ่ายที่สูงอย่างชัดเจน หน่วยบริการหรือสถานบริการสามารถอุทธรณ์ค่าใช้จ่ายดังกล่าวมาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

๕. ปีหมายถึงปีงบประมาณ

การคำนวณจำนวนยา Epoetin และค่าบริหารยา ที่จัดสรรให้กับหน่วยบริการ

ข้อกำหนดของข้อมูลที่ใช้ :

1. รอบบัญชีที่ใช้ในการคำนวณคือ 1 เดือน โดยนับตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันสิ้นเดือนของแต่ละเดือน
2. ข้อมูลแต่ละรอบบัญชีได้จากข้อมูลการให้บริการฟอกเลือดที่ส่งเบิกไปยัง สกส. โดยตัดข้อมูลเพื่อใช้คำนวณแต่ละรอบบัญชีในวันตัดยอดรอบ Statement แรกของเดือนถัดไป กรณีข้อมูลส่งช้าไม่ทันการตัดยอดของรอบบัญชีนั้นๆ จะไม่มีการคำนวณยา Epoetin และค่าบริหารยาให้ ทั้งนี้ให้หน่วยบริการใช้ระบบอุทรณ์ไปยัง 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 กรณีที่มีการใช้ยามากกว่า 1 ชื่อทางการค้าในหน่วยบริการ 1 แห่ง หรือมากกว่า 1 แห่ง จะใช้สัดส่วนของปริมาณยา Epoetin แต่ละชื่อทางการค้าที่จัดสรรให้เป็นเกณฑ์ในการคำนวณ
6. การคำนวณครั้งการบริหารยา Epoetin นับจากจำนวนครั้งของการใช้ยาตามข้อ 4
7. การคำนวณค่าบริหารยากรณีที่ผู้ป่วยใช้บริการในหน่วยบริการมากกว่า 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 จำนวนยาที่ใช้ฉีดรวม 36,000 หน่วย Hct ต่ำสุดของผู้ป่วยหาได้ 32%

     พิจารณาชนิดของยา Eritrogen ประกอบกับ ระดับ Hct จากตารางชื่อยา Epoetin

ชื่อยา	ขนาดยา	ระดับ Hct $\leq$ 30% เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน	ระดับ Hct > 30% - 36% เบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน
Eritrogen	4,000	4,000 x 10 ต่อเดือน	4,000 x 5 ต่อเดือน

   ฉะนั้น ผู้ป่วยรายนี้ สามารถจ่ายยา Eritrogen ได้ 20,000 หน่วย เท่านั้น

   กรณี 2. ผู้ป่วยรับบริการ 2 รพ. ใช้ยาชนิดเดียวกัน

   กรณี 2.1 ใช้ยาไม่เกินกำหนด

   - ผู้ป่วยรับบริการและได้รับการฉีดยาชนิด Eritrogen ดังนี้

รพ. A รับบริการ 4 ครั้ง จำนวนยาที่ใช้ฉีดรวม 12,000 หน่วย Hct ต่ำสุดของผู้ป่วยหาได้ 32%

รพ. B รับบริการ 1 ครั้ง จำนวนยาที่ใช้ฉีดรวม 4,000 หน่วย Hct ต่ำสุดของผู้ป่วยหาได้ 30%

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

สรุป

รพ. A ได้รับยา = 12,000.00 หน่วย

รพ. B ได้รับยา = 4,000.00 หน่วย

กรณี 2.2 ใช้ยาเกินกำหนด

- ผู้ป่วยรับบริการและได้รับการฉีดยาชนิด Eritrogen ดังนี้

รพ. A รับบริการ 4 ครั้ง จำนวนยาที่ใช้ฉีดรวม 16,000 หน่วย Hct ต่ำสุดของผู้ป่วยหาได้ 32%

รพ. B รับบริการ 2 ครั้ง จำนวนยาที่ใช้ฉีดรวม 8,000 หน่วย Hct ต่ำสุดของผู้ป่วยหาได้ 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 โดยให้แบ่งตามสัดส่วนตามจำนวนยาที่ใช้ดังนี้

สูตร รพ.ได้รับยา = [จำนวนยาที่ฉีดรวมของ รพ. / จำนวนยาที่ฉีดรวมทั้งหมด] x จำนวนยาที่จ่ายได้

รพ. A ได้รับยา = [16,000/24,000] x 20,000 = 13,333.3300 หน่วย

รพ. B ได้รับยา = [8,000/24,000] x 20,000 = 6,666.6700 หน่วย

2. กรณีใช้ยา Epoetin ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป จะต้องคำนวณจำนวนยาที่ฉีดให้เป็นหน่วยเดียวกันก่อน โดยใช้ยาชนิดที่ให้ขนาดยาใช้มากที่สุดเป็นมาตรฐาน จากนั้นก็คำนวณตามสัดส่วน

วิธีการแปลงยาให้เป็นหน่วยเดียวกัน (Base)

สูตร จำนวนยาที่แปลงเป็นหน่วยมาตรฐาน(Base) = u x [M/U]

กำหนด u = จำนวนยาที่ใช้ฉีดรวมของยาที่ต้องการแปลงเป็นหน่วยมาตรฐาน

M = จำนวนยาที่จ่ายได้ตามตารางของยามาตรฐานตามเงื่อนไข Hct

U = จำนวนยาที่จ่ายได้ตามตารางของยาที่ต้องการแปลงตามเงื่อนไข Hct

วิธีการแปลงยาจากหน่วยมาตรฐานให้เป็นหน่วยเดิมของยา (Net)

สูตร จำนวนยาหน่วยมาตรฐานแปลงเป็นหน่วยเดิม Net(u) = u′x [U/M]

กำหนด u′ = จำนวนยาตามหน่วยมาตรฐาน ที่ได้รับการจัดสรรตามสัดส่วน

M = จำนวนยาที่จ่ายได้ตามตารางของยามาตรฐานตามเงื่อนไข Hct

U = จำนวนยาที่จ่ายได้ตามตารางของยาที่ต้องการแปลงตามเงื่อนไข Hct

ตัวอย่าง :

กรณี 1. ผู้ป่วยรับบริการ รพ.เดียว ใช้ยา 2 ชนิด ไม่เกินกำหนด

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 หาค่า 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

ยาชนิด Epokine Base(a) = 8,000 x [40,000/32,000] = 10,000 หน่วย

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

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

Quota(e) = 34,000 หน่วย

จากนั้นจัดสรรตามสัดส่วนยาของแต่ละชนิดตามหน่วยมาตรฐาน ดังนี้

ยาชนิด Epokine(a′) = Base(a) = 10,000 หน่วย

ยาชนิด Renogen(b′) = b = 24,000 หน่วย

จากนั้นพิจารณายาชนิด Epokine(a′) ให้แปลงจากหน่วยมาตรฐานให้เป็นตามหน่วยชนิดยาเดิม

จากสูตร จำนวนยาหน่วยมาตรฐานแปลงเป็นหน่วยเดิม แทนค่าได้ดังนี้

ยาชนิด Epokine Net(a) = 10,000 x [32,000/40,000] = 8,000 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 ใช้ยา 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 หาค่า 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

ยาชนิด Epokine Base(a) = 16,000 x [40,000/32,000] = 20,000 หน่วย

จากนั้นนำผลรวมจำนวนยาทั้งหมดที่ได้เป็นหน่วยเดียวกัน(e)

e = Base(a) + b = 20,000 + 24,000 = 44,000 หน่วย

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

Quota(e) = 40,000 หน่วย

จากนั้นจัดสรรตามสัดส่วนยาของแต่ละชนิดตามหน่วยมาตรฐาน

ยาชนิด Epokine(a′) = [Quata(e)/e] x Base(a) = [40,000/44,000] x 20,000 = 18,181.8200 หน่วย

ยาชนิด Renogen(b′) = [40,000/44,000] x 24,000 = 21,818.1800 หน่วย

จากนั้นพิจารณายาชนิด Epokine(a′) ให้แปลงจากหน่วยมาตรฐานให้เป็นตามหน่วยชนิดยาเดิม จากสูตร จำนวนยาหน่วยมาตรฐานแปลงเป็นหน่วยเดิม แทนค่าได้ดังนี้

ยาชนิด Epokine Net(a) = 18,181.8200 x [32,000/40,000] = 14,545.4600 หน่วย

สรุป

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

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

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

ตัวอย่าง :

ยาชนิด Epokine ขนาดบรรจุ 4,000 หน่วยต่อขวด

- ยอดยาจัดสรรครั้งนี้ได้		2,025,000	หน่วย
- ยอดยายกมาจากรอบบัญชีที่แล้ว		3,500	หน่วย
ยอดยารวมเบิกได้	2,025,000 + 3,500 =	2,028,500	หน่วย
ดังนั้น ยอดยาจัดส่งได้	2,028,500 / 4,000 =	**507**	ขวด
หรือ	**507** x 4,000 =	2,028,000	หน่วย
เศษของยาคงเหลือยกไป	2,028,500 – 2,028,000 =	500	หน่วย

4. การคำนวณค่าบริหารยา ในอัตราครั้งละ 50 บาท รวมไม่เกิน 200 บาทต่อรายต่อเดือน การนับจำนวนครั้งที่รับบริการที่มีการฉีดยาตามชนิดยาที่ประกาศ มีการฉีดยาให้ผู้ป่วย มีHct(%) 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 ได้รับยาชนิด Renogen รับบริการจำนวน 5 ครั้ง .....(a)

จำนวนยาที่ใช้รวม 20,000 หน่วย

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

จำนวนยาที่ใช้รวม 4,000 หน่วย

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

จึงแบ่งจ่ายเงินค่าบริหารยา ให้ทั้ง 2 รพ. ดังนี้

ผู้ป่วยรับบริการทั้งหมด 6 ครั้ง ได้รับเงินค่าบริหารยา 200 บาท โดยให้แบ่งตามสัดส่วนตามจำนวนครั้งที่ใช้ยาดังนี้

รพ. A ได้รับค่าบริหารยา = [a / c] x 200 = [5/6] x 200 = 167 บาท

รพ. B ได้รับค่าบริหารยา = [b / c] x 200 = [1/6] x 200 = 33 บาท

-: ตัวอย่างใบสรุป EUR สำหรับสถานพยาบาล:-

สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)

979/103-104 ชั้น 31 อาคารเอสเอ็มทาวน์เวอร์ ถ.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 แจ้งสรุปยอดการใช้ยา Epoetin ของผู้ป่วยนอกโรคไตวายเรื้อรัง - ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตัวอย่าง (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
ได้รับค่าบริหารยาครั้งละ 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 ขอได้โปรดดำเนินการเบิกตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในแนวทางปฏิบัติ

หากพบข้อมูลผิดพลาด โปรดแจ้ง สกส. ภายในวันที่ 25 กันยายน 2552

ขอแสดงความนับถือ

นายสุชาติ สรณสถาพร

ผู้อำนวยการสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ

<รหัสตรวจสอบเอกสาร>

-: 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 (Unit)	ยอดจัดส่งได้ (ขวด)	คงเหลือยกไป (Unit)
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 ที่นำไปใช้คำนวณเพื่อการจัดสรร

effHct : Hematocrit(%) ที่เบิกได้ เป็นค่าต่ำสุดในเดือนนั้น แต่มากกว่าศูนย์ ที่นำไปใช้คำนวณเพื่อการจัดสรร

effEPO : จำนวน Epoetin รวมที่นำไปใช้คำนวณเพื่อการจัดสรร

netEPO : จำนวน Epoetin ที่จัดสรรตามข้อกำหนด และแบ่งให้ตามหน่วยบริการที่ใช้ยา

EpoAdm : ค่าบริหารยาครั้งละ 50 บาท ไม่เกิน 200 บาทต่อรายต่อเดือน

st : รหัสแสดงสถานะข้อมูล
ว่าง - รายการปกติ
* - มีการไปรับบริการที่ รพ. อื่น

แบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อพิจารณาขอใช้วิธีการรักษาบำบัดทดแทนไต
ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมถาวร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โรงพยาบาล.....

<u>ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย (พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน)</u>

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 .....

<u>ส่วนที่ 2 แพทย์ผู้รักษา</u>

1. สาเหตุของโรค (Cause of ESRD)

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

( ) Focal segmental glomerulosclerosis ( ) Membranous nephropathy

( ) Membranoproliferative GN ( ) lgA nephropathy

( ) Mesangial proliferative lgM 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 albumin…….……

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 (กรณีผู้ป่วยจิตเวชและ/ หรือสายตาไม่ดีที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ให้แนบใบรับรองแพทย์ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม)

.....

.....

8. วันที่เริ่มขอใช้สิทธิ์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.....จำนวน.....ครั้ง/ สัปดาห์

รพ.ที่รับบริการฟอกเลือด.....รหัสหน่วยบริการ.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ให้การรักษา

(.....)

ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาล.....

<u>ส่วนที่ 3</u> ข้อมูลเพิ่มเติมผู้ป่วยที่มีข้อห้ามสัมพัทธ์ กรณีไม่มีผู้ดูแล ให้ระบุรายละเอียด

3.1 ทางด้านการแพทย์.....

.....

.....

ลงชื่อ.....อายุรแพทย์

(.....)

ตำแหน่ง.....

3.2 ทางด้านการพยาบาล.....

.....

.....

ลงชื่อ.....พยาบาล

(.....)

ตำแหน่ง.....

3.2 ทางด้านสังคม.....

.....

.....

ลงชื่อ.....นักสังคมสงเคราะห์

(.....)

ตำแหน่ง.....

<u>ส่วนที่ 4</u> คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด…… สปสช.เขต.....

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

( ) เห็นชอบในหลักการและอนุมัติให้เปลี่ยนการรักษาของผู้ป่วยเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

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

.....

( ) ส่งสปสช.ส่วนกลางเพื่อพิจารณา

ลงชื่อ.....ประธานหรือรองประธานคณะกรรมการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ ลงชื่อ.....คณะกรรมการ

(.....) (.....)

ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แบบขอรับค่าใช้จ่าย กรณีค่า Vascular Access

(AVF/ AVG/ Tunnel cuffed catheter/ temporally double lumen catheter)

ตามชุดสิทธิประโยชน์บริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปีงบประมาณ 2553

หน่วยบริการที่ขอเบิก.....จังหวัด.....รหัส.....

วันเดือนปี ที่ขอเบิก.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย

ชื่อ- สกุล..... อายุ.....ปี

HN.....AN.....

เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก.....

หน่วยบริการหลักตามระบบหลักประกันสุขภาพ.....

วันรับไว้ในหน่วยบริการ.....วันจำหน่าย.....

การวินิจฉัยโรคหลัก.....รหัสโรคหลัก.....

การทำหัตถการ.....รหัสหัตถการ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษา

• ชนิดของ vascular access	อัตราเบิก
☐ Arteriovenous Fistula (AVF)	ราคา ..... บาท
☐ Arteriovenous Graft (AVG)	ราคา..... บาท
Graft	ราคา..... บาท
☐ Tunnel cuffed catheter (TCC)	ราคา..... บาท
☐ Temporally double lumen catheter	ราคา ..... บาท
☐ การแก้ไขซ่อมแซม vascular access	ราคา ..... บาท

• **รายชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา ..... เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ ว. .....**

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สัญญาให้บริการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสถานบริการ

สัญญาเลขที่...../...../**๒๕๕**...

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น ณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ..... ตั้งอยู่เลขที่ .....ถนน ..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... ..... จังหวัด ..... เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๕..... ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย ..... ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต..... ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “สำนักงาน” ฝ่ายหนึ่ง กับ..... ..... สำนักงานใหญ่/ที่อยู่ เลขที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....โดย..... ได้รับมอบอำนาจจาก ..... ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามผูกพันปรากฏตามหนังสือ .....เลขที่ ..... ลงวันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ๒๕๕.....และหนังสือมอบอำนาจลงวันที่.....เดือน..... พ.ศ.๒๕๕..... แนบท้ายสัญญานี้ ซึ่งเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลชื่อ .....ตั้งอยู่เลขที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด ..... ตามใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลเลขที่..... ลงวันที่..... ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “สถานบริการ” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ สำนักงานได้ตรวจประเมินสถานบริการและตกลงให้สถานบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis:HD) แก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และได้รับการส่งตัวจากสำนักงานหรือสำนักงานสาขาเขตพื้นที่หรือคณะกรรมการที่สำนักงานแต่งตั้ง ปรากฏรายละเอียดตามผนวก ๑ แนบท้ายสัญญา และสถานบริการตกลงทำหน้าที่ ตามข้อ ๔ ของผนวก ๑ แนบท้ายสัญญา รวมทั้งปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ มติ คำสั่ง หรือแนวปฏิบัติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข หรือคณะอนุกรรมการหรือสำนักงานกำหนดขึ้นก่อน หรือระหว่างที่สัญญานี้มีผลใช้บังคับ โดยให้ถือว่าการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของสัญญานี้

ข้อ ๒ เอกสารภาคผนวกแนบท้ายสัญญาดังต่อไปนี้ ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญานี้

๒.๑ ผนวก ๑ แนวทางการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis:HD) จำนวน ๓ หน้า

๒.๒ ผนวก ๒ เงื่อนไขการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ จำนวน ๔ หน้า

ข้อความใดในเอกสารภาคผนวกแนบท้ายที่ขัดแย้งกับข้อความในสัญญานี้ ให้ใช้ข้อความในสัญญานี้บังคับ และในกรณีที่เอกสารแนบท้ายสัญญาขัดแย้งกันเองหรือมิได้กล่าวไว้ สถานบริการจะต้องปฏิบัติตามคำวินิจฉัยของสำนักงาน

ข้อ ๓ สำนักงานตกลงจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่สถานบริการในอัตราที่กำหนดไว้ใน ข้อ ๓.๑ ของผนวก ๑ ตามจำนวนผู้ป่วยในข้อ ๑ ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis:HD) และสำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายอื่น ๆที่จำเป็น รายละเอียดปรากฏตามข้อ ๓.๒ ของผนวก ๑ ซึ่งค่าใช้จ่ายทั้งหมดนี้ได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่น ๆแล้ว

สถานบริการอาจเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วย HD รายเก่าได้อีกไม่เกิน ๕๐๐ บาทต่อครั้ง ปรากฏรายละเอียดตามข้อ ๑.๑ ของผนวก ๑

การจ่ายเงินตามเงื่อนไขแห่งสัญญานี้ สำนักงานจะโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่สถานบริการแจ้งไว้ ชื่อธนาคาร.....สาขา.....
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

ทั้งนี้ สถานบริการตกลงเป็นผู้รับภาระเงินค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการอื่นใดเกี่ยวกับการโอนที่ธนาคารเรียกเก็บ และยินยอมให้มีการหักเงินดังกล่าวจากจำนวนเงินโอนในงวดนั้น ๆ

ข้อ ๔ สถานบริการตกลงเริ่มให้บริการ ตั้งแต่วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ๒๕๕..... และสิ้นสุดวันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ๒๕๕.....

กำหนดเวลาสิ้นสุดสัญญาตามวรรคหนึ่ง ถ้าสำนักงานหรือสถานบริการมิได้บอกเลิกสัญญา ให้ถือว่าเวลาให้บริการตามสัญญานี้ ขยายออกไปอีกทุก ๆ ๑ ปี เว้นแต่สถานบริการถูกเพิกถอนหรือถูกยกเลิกการเป็นสถานบริการ หรือสำนักงานบอกเลิกสัญญาก่อนครบกำหนดเวลาตามสัญญานี้ ให้สัญญานี้สิ้นสุดลง ในวันที่สถานบริการถูกยกเลิก เพิกถอนการเป็นสถานบริการหรือวันที่สำนักงานแจ้งวันที่มีผลการบอกเลิก

คู่สัญญามีสิทธิบอกเลิกสัญญานี้ได้ โดยบอกกล่าวล่วงหน้าเป็นหนังสือให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน ก่อนวันสิ้นสุดสัญญาตามวรรคหนึ่งหรือวรรคสอง แล้วแต่กรณี

ข้อ ๕ ในกรณีที่สถานบริการผิดสัญญาข้อหนึ่งข้อใด หรือละเลยหรือละเว้นไม่ปฏิบัติตามสัญญาข้อหนึ่งข้อใด หรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล เป็นเหตุให้เกิดความล่าช้าความเสียหายขึ้นไม่ว่ากรณีใด ๆ สำนักงานมีสิทธิระงับการจ่ายเงินทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่สำนักงานเห็นสมควรได้โดยไม่ต้องบอกกล่าวล่วงหน้า หรือบอกเลิกสัญญาได้ทันที และสถานบริการที่ละเลยหรือละเว้นดังกล่าวจะต้องรับผิดชอบในบรรดาความเสียหายที่เกิดขึ้นอันเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตามสัญญา

ค่าเสียหายซึ่งเกิดขึ้นจากสถานบริการตามสัญญานี้ สถานบริการยินยอมให้สำนักงานหักออกจากค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓ หรือระงับการจ่ายเงินทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่สำนักงานเห็นสมควรได้โดยไม่ต้องบอกกล่าวล่วงหน้า

ข้อ ๖ สถานบริการต้องเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ การเป็นสถานบริการที่ให้บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis:HD) อย่างเหมาะสมหรือตามที่สำนักงานกำหนด พร้อมทั้งแสดงตราสัญลักษณ์ของสำนักงานในสถานบริการ หรือบริเวณที่จุดเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ของสถานบริการ ทั้งนี้ตามเงื่อนไขการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ ผนวก ๒ แนบท้ายสัญญานี้

สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความตรงกัน คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความในสัญญานี้ตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยานและต่างเก็บไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ สำนักงาน

(.....)

ลงชื่อ สถานบริการ

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ภาคผนวก 4

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แบบฟอร์มลงทะเบียนสำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเพื่อปลูกถ่ายไต

หน่วยบริการ : โรงพยาบาล .....

ข้อมูลประเภทการรับอวัยวะ

แหล่งที่มาของอวัยวะ ☐ มาจากผู้บริจาคสมองตาย (Cadaveric Donor)

☐ มาจากผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living Donor)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริจาค

ชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด ..... หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก ..... HN.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....

หมายเลขโทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... อีเมล์ .....

บุคคลอ้างอิง ..... หมายเลขโทรศัพท์ ..... ความสัมพันธ์ .....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย

1. **สาเหตุของภาวะไตวายเรื้อรัง** (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ Diabetic nephropathy ☐ Hypertension ☐ IgA nephropathy ☐ FSGS

☐ Congenital anomalies ☐ CGN ☐ SLE ☐ Unknown

☐ อื่นๆ ระบุ .....

2. **การรักษาในปัจจุบัน**

☐ **ยังไม่ได้ทำDialysis** (pre-emptive kidney transplantation) (ตอบได้เฉพาะกรณีเลือกLiving Donor)

☐ **ทำ Dialysis**

2.1 เริ่มรับการรักษาด้วยวิธี dialysis เมื่อ เดือน ..... พ.ศ. .....

2.2 **วิธีการทำDialysis**

☐ Hemodialysis ..... ครั้ง/สัปดาห์

☐ Peritoneal dialysis ☐ CAPD

☐ CCPD ☐ APD

3. **ผู้ป่วยเป็นผู้ที่อยู่ในโครงการล้างไตของ สปสช. หรือไม่**

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสำหรับผู้บริจาค (เฉพาะLiving Donor)

ชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด ..... หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....

หมายเลขโทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... อีเมล์ .....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....

ส่วนที่ 4 ผู้ให้การรักษา

ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (อายุรแพทย์โรคไต/ กุมารแพทย์โรคไต / ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายไต)

หมายเลขใบประกอบโรคศิลป์ .....

วันที่สมัครลงทะเบียน ...../...../.....

ลงชื่อผู้ส่งใบลงทะเบียน .....

FM-15-001

ฉบับที่ : 00

วันที่ 26 พฤศจิกายน 2551

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แบบฟอร์มลงทะเบียนสำหรับผู้บริจาคมีชีวิต (ในกรณีที่มีการเปลี่ยนผู้บริจาค)

หน่วยบริการ: โรงพยาบาล .....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้รับการปลูกถ่ายไต

ชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด ..... หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก ..... HN.....

หมายเลขลงทะเบียนผู้ป่วย .....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้บริจาคเดิม

ชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด ..... หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก ..... HN.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....

หมายเลขโทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... อีเมล์ .....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....

หมายเลขลงทะเบียนผู้บริจาค .....

สาเหตุที่มีการเปลี่ยนผู้บริจาค

1. .....
2. .....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลบริจาครายใหม่ที่เข้าร่วมโครงการ

ชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด ..... หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....

หมายเลขโทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... อีเมล์ .....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....

ส่วนที่ 4 ผู้ให้การรักษา

ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (อายุรแพทย์โรคไต/ กุมารแพทย์โรคไต / ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายไต)

หมายเลขใบประกอบโรคศิลป์ .....

วันที่สมัครลงทะเบียน ...../...../.....

ลงชื่อผู้ส่งใบลงทะเบียน .....

FM-15-002

ฉบับที่ : 00

วันที่ 26 พฤศจิกายน 2551

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แบบฟอร์มขอรับค่าใช้จ่ายสำหรับการปลูกถ่ายไต

หน่วยบริการ.....รหัส.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลผู้รับการเปลี่ยนไต (RECIPIENT)	ข้อมูลผู้บริจาคไต (DONOR)
หมายเลขลงทะเบียน ..... ชื่อ-สกุล ..... อายุ ..... ปี หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก ..... HN.....AN..... วันที่สมัครเข้าร่วมโครงการ..... Admittion Date ..... Operation Date ..... Discharge Date ..... หมู่เลือด	☐ **Living Donor** จำนวน ครั้งที่เบิก .....(ได้ไม่เกิน 2 ครั้ง) หมายเลขทะเบียนผู้บริจาค ..... ชื่อ-สกุล ..... อายุ ..... ปี หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก ..... HN.....AN..... วันที่สมัครเข้าร่วมโครงการ ..... (สำหรับในกรณีที่มีการเปลี่ยนผู้บริจาคตามแบบฟอร์ม LDKTX-011) วันที่จำหน่ายผู้บริจาคจาก รพ. ..... หมู่เลือด ☐ **Cadaveric** หมายเลขทะเบียนผู้บริจาค..... **(หมายเลขทะเบียนที่ได้รับจากสภากาชาด ใช้เพื่อจ่ายเงินให้สภากาชาด)**

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษาพยาบาล ตามเงื่อนไข

HLA mismatch (A, B, DR) ...../...../..... PRA ..... % Peak PRA .....% Cold Ischemic time ..... ชั่วโมง

CMV status: Donor: ☐ Positive ☐ Negative Recipient: ☐ Positive ☐ Negative

Induction protocol	Transplant complication protocol
Low risk ☐ Protocol I ☐ Protocol II High risk ☐ Protocol III ☐ Protocol IV กรณีกลุ่ม High risk โปรดระบุข้อบ่งชี้	Delay graft function: ☐ DGF-A ☐ DGF-B ☐ DGF-C Acute cellular rejection: ☐ ACR-A ☐ ACR-B Antibody mediated rejection: ☐ AMR-A ☐ AMR-B

ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

1.....

2.....

ภาคผนวก 4

ส่วนที่ 3 การเบิกค่าใช้จ่าย

รายการที่ขอเบิก	จำนวนที่ขอเบิก(บาท)
1.ขั้นตอนเตรียมการ (ส่วนของผู้บริจาคอวัยวะ) ☐ กรณีผู้บริจาคที่สมองตาย (deceased donor) - ค่าเตรียมและค่าผ่าตัดนำเอาอวัยวะออกจากผู้บริจาค (☐ กรณีผู้บริจาคมีชีวิต (living donor) - ค่าเตรียมตัวผู้บริจาค - ค่าใช้จ่ายระหว่างเข้ารับการผ่าตัดนำเอาอวัยวะออก 2. ขั้นตอนเตรียมการ (ส่วนของผู้รับบริจาคอวัยวะ) - ค่าเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด - ค่าตรวจ PRA	
2. ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดและหลังผ่าตัด **Induction protocol (เลือก protocol I-IV)** ☐ Protocol-I ☐ Protocol-II ☐ Protocol-III ☐ Protocol-IV	
3. ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน **Transplant complication protocol** Acute cellular rejection (เลือกระหว่าง A และB) ☐ Protocol ACR-A ☐ Protocol ACR_B Antibody mediated rejection (เลือกระหว่าง A และB) ☐ Protocol AMR-A ☐ Protocol AMR-B Delay graft function (เลือกระหว่าง A , Bและ C) ☐ Protocol DGF-A ☐ Protocol DGF-B ☐ Protocol DGF-A	

ขอรับรองว่าข้อมูลการขอรับค่าใช้จ่ายดังกล่าวมีความถูกต้อง

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง

แบบ FM- KTX- C01

สรุปการสนับสนุน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย CAPD/HD/KT
ปีงบประมาณ 2553

CAPD

Temporary HD กรณี
- มี CAPD complication
- มีความจำเป็นต้องHD ระหว่างรอ CAPD ชดเชย 1,500 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 90วัน/ปี

น้ำยา CAPD/ สายTK เบิกจาก อก. ผ่านVMI

ค่าสนับสนุนตามภาระงาน
2,000 บาท /ราย/เดือน

ค่าใช้จ่าย ในการบริการ
4,000 บาท/ราย/เดือน

จัดกิจกรรมอาสาสมัคร สำหรับหน่วยบริการที่มี ผป. มากกว่า 30 ราย 60,000 บาท/ปี

ค่าภาระงานแพทย์ ผ่าตัดวางสาย Tenchkofr catheter 2,000 บาท/ราย

ยา EPO
-ยา Epo ตามระดับ Hct และชื่อยา ผ่าน VMI
-ค่าบริหารจัดการ 50 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 200 บาท/เดือน

HD

- **HD รายเก่า ก่อน 1 ตค.51**
ชดเชย 1,000 บาท/ครั้ง กรณี อายุเกิน60 ปี มีโรคเรื้อรัง ชดเชย1,200 บาท/ครั้ง
ผป. Co-pay 500บาท/ครั้ง

- **HD รายใหม่ / Switch จาก CAPD**
จ่าย 1,500 บาท/ครั้ง
กรณีอายุเกิน 60 ปี+ มีโรคเรื้อรัง ชดเชย 1,700 บาท/ครั้ง

- **ค่าทำ Vascular Access**
-Tunnel Cutled Cathetre 12,000บาท(ตามจริงไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี)
- AVF 8,000 บาท (ตามจริงไม่เกิน1 ครั้ง/ปี)
-AVG 8,000 บาท+ ค่า graft ไม่เกิน 14,000 บาท (ตามจริงไม่เกิน1ครั้ง/ปี)
- Temporary Double lumen catheter 5,000 บาท(ตามจริงไม่เกิน1 ครั้ง/ปี)
-แก้ไข AVF,AVG เบิกได้ตามจริงไม่เกิน 8,000 บาท /ปี

- **ยา EPO**
-ยา Epo ตามระดับ Hct และชื่อยา ผ่าน VMI
-ค่าบริหารจัดการ 50 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 200 บาท/เดือน

KT

ก่อน KT
- ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้บริจาค
-ผู้บริจาคสมองตาย
ค่าเตรียมและค่าผ่าตัด40,000บาท/ราย
-ผู้บริจาคมีชีวิต
ค่าเตรียมก่อนผ่าตัด 40,000 บาท
ระหว่างผ่าตัด 32,000 บาท
- ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย
-ค่าเตรียมก่อนผ่าตัด 31,300 บาท
-ค่าส่งตรวจ PRA ระหว่างรอผู้บริจาคสมองตาย ครั้งละ 1,800 บาท ทุกๆ 3 เดือน

ระหว่าง ผ่าตัด
จ่ายตาม Protocol ทั้งกรณีที่ไม่มี หรือ มีภาวะแทรกซ้อน

หลังผ่าตัด
ค่ายากดภูมิ
เดือนที่ 1-6 =30,000 บาท/เดือน
เดือนที่ 7-12 =25,000 บาท/เดือน
เดือนที่ 13-24 =20,000 บาท/เดือน
เดือนที่25- ขึ้นไป = 15,000 บาท/เดือน

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"ปรัชญาพื้นฐานของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ตั้งแต่การก่อกำเนิดจนกระทั่งถึงการแก้ไขปัญหาจนถึงที่สุด
นั่นก็คือ "ความเป็นหนึ่งเดียวที่ร่วมด้วยช่วยกัน" ของผู้คน
ทั้งหมดในสังคมทั้งหมดนั่นเอง
หากทุกฝ่ายร่วมพัฒนาความเป็นหนึ่งเดียวของสังคมให้เกิดขึ้น
การที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพสำหรับทุกคน
จะเป็นความฝันที่เป็นไปได้สำหรับสังคมไทยในที่สุด"

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์