

คู่มือบริหาร
กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2555



คู่มือบริหาร
กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2555 เล่มที่ 3

การบริหารงบบริการ
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง



คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ 2555 เล่มที่ 3

การบริหารงบบริการ

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ISBN 978-616-7323-58-9

พิมพ์ครั้งที่ 1	เมษายน 2555
จำนวน	4,000 เล่ม
จัดทำโดย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2, 3, 4 อาคารรัฐประศาสนภักดี “ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550” ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210 โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730 www.nhso.go.th
ปกและรูปเล่ม	วัฒนสินธุ์ สุวรรตนานนท์
พิมพ์ที่	ห้างหุ้นส่วนจำกัด อรุณการพิมพ์

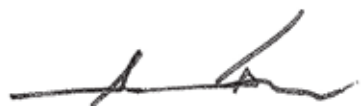
คำนำ

การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากจุดเริ่มต้นที่มี พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 จนถึง ณ ปัจจุบัน ได้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการและได้รับบริการสาธารณสุขตามสิทธิที่พึงได้ในฐานะความเป็นประชาชนไทย ความสำคัญของการดำเนินงานอยู่ที่ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาคประชาชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาวิชาชีพ และที่สำคัญอย่างมากคือผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ที่จะต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ทั้งนี้กระบวนการการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถือเป็นกลไกสำคัญหนึ่ง ที่จะช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

คู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดรายละเอียดของการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ในปีงบประมาณ 2555 คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะประกอบด้วย

- เล่มที่ 1** การบริหารระบบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว และงบบริการผู้ป่วยจิตเวช
- เล่มที่ 2** การบริหารบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการบริหารระบบบริการผู้ป่วยวัณโรค
- เล่มที่ 3** การบริหารบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
- เล่มที่ 4** การบริหารบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (บริการควบคุมป้องกัน ความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เชื่อมั่นว่าคู่มือทุกเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ให้บริการ รวมถึงผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน เพื่อร่วมกันผลักดันให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจ และผู้ให้บริการมีความสุข ทั้งยังก่อให้เกิดความั่นใจที่ประชาชนพึงได้รับจากระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย



(นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1 ตุลาคม 2554



สารบัญ

บทที่ 1	การบริหารจัดการบริการโรคไตวาย	9
	สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	
	- หลักการและเหตุผล	9
	- แนวทางการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต	10
	- วัตถุประสงค์	10
	- กรอบการบริหารงบประมาณ	11
	- ระยะดำเนินการ	14
	- ผลผลิต	14
	- ผลลัพธ์	15
	- บทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง	15
	- การกำกับติดตามประเมินผล	18
	- ผู้รับผิดชอบบริหารจัดการ	19
บทที่ 2	การจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง	21
	- หลักการและเหตุผล	23
	- วัตถุประสงค์	24
	- การบริหารงบประมาณ	24
	- การบริหารจัดการ	25
	- แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ	27
บทที่ 3	การจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	29
	- หลักการและเหตุผล	31
	- วัตถุประสงค์	32

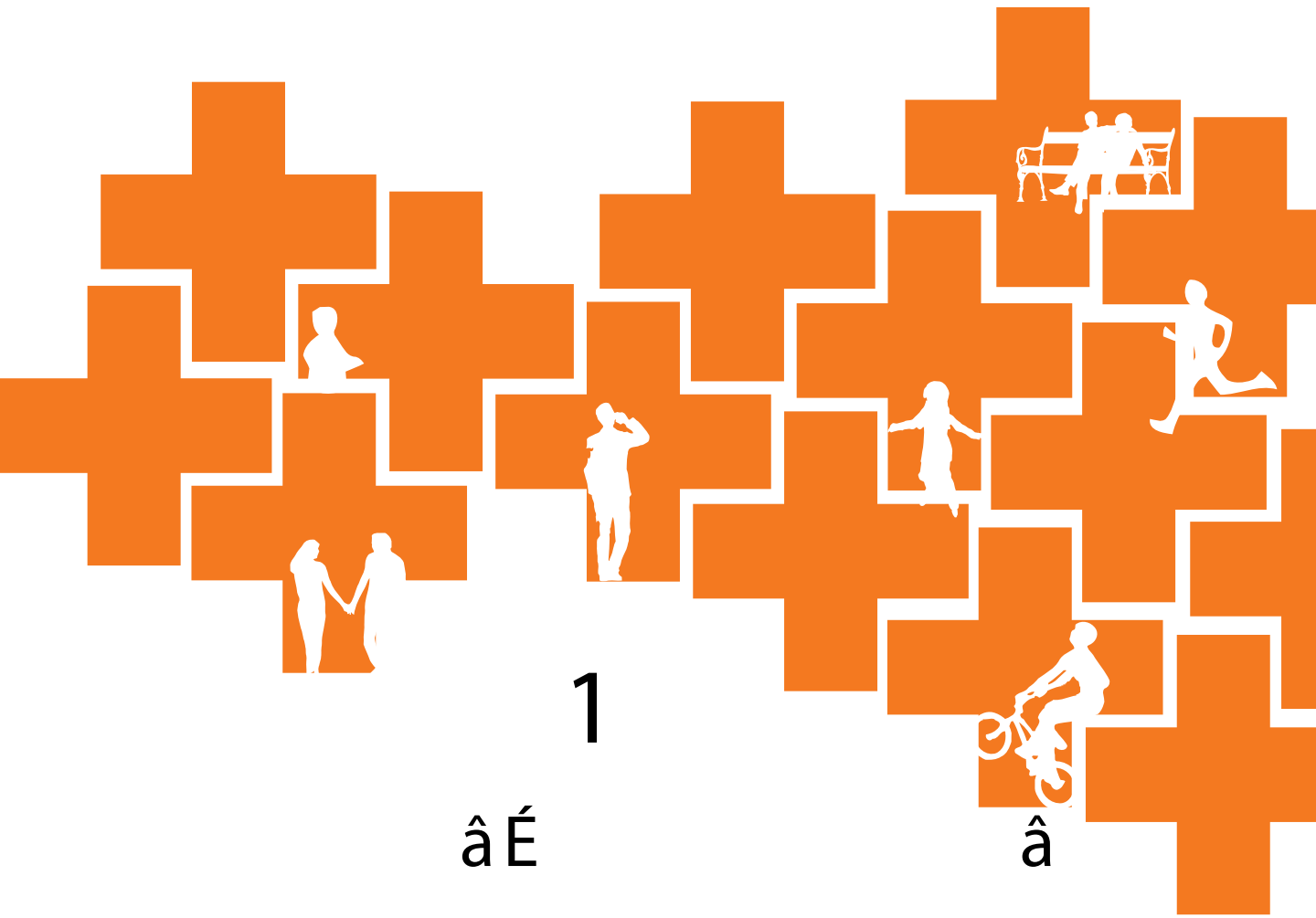
- การบริหารงบประมาณ	32
- การบริหารจัดการ	32
- แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ	38
- หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย	41
- วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนและชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริหาร	42
บทที่ 4 การจัดการบริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต	45
- หลักการและเหตุผล	47
- วัตถุประสงค์	48
- การบริหารงบประมาณ	48
- การบริหารจัดการ	48
- แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ	50
บทที่ 5 การจัดการยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต	63
- หลักการและเหตุผล	65
- วัตถุประสงค์	65
- การบริหารงบประมาณ	65
- การบริหารจัดการ	66
- แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ	68
- เงื่อนไขการจ่ายชดเชย	68
- การส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย	68
- การออกรายงานการจ่ายเงิน	69
- การอุทธรณ์	69
บทที่ 6 การสนับสนุนยา Erythropoietin	71
- หลักการและเหตุผล	73
- แนวทางการสนับสนุน	73
- หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการชดเชย	75
- วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนและชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริหาร	76





สารบัญ

บทที่ 7	การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไต สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	79
	- ความหมาย	81
	- วิธีการขออุทธรณ์	81
	- ขั้นตอนการอุทธรณ์	83
บทที่ 8	การจัดบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก	87
	- หลักการและเหตุผล	89
	- วัตถุประสงค์	90
	- การบริหารงบประมาณ	90
	- การบริหารจัดการ	91
	- แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ	92
	- การส่งเอกสารหลักฐานเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย	93
	- การอุทธรณ์	93
ภาคผนวก		
ผนวก 1	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน	96
ผนวก 2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)	108
ผนวก 3	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)	122
ผนวก 4	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT)	160
ผนวก 5	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และปลูกถ่ายตับในเด็ก (Htx Ltx)	165



1

âÉ

â

บทที่ 1

การบริหารจัดการบริการ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

1. หลักการและเหตุผล

การบริการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) เป็นการรักษายาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเกินความสามารถของครัวเรือนที่จะรับภาระได้ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ป้องกันการล้มละลาย จากการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงดำเนินการเพื่อให้บริการทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอยู่ในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2550 คณะรัฐมนตรี ได้มีมติ อนุมัติ ให้ขยายชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ครอบคลุมการบำบัดทดแทนไต Renal Replacement Therapy (RRT) และตั้งแต่ 1 มกราคม 2551 เป็นต้นมา ได้คุ้มครองเรื่องการผ่าตัดปลูกถ่ายไต Kidney Transplantation (KT) ในกรณีที่สามารถหาไตบริจาคได้ และขยายการทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ทั้งผู้ป่วยรายเก่า และผู้ป่วยรายใหม่ ส่วนผู้ป่วยรายเก่าที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม Hemodialysis (HD) ตั้งแต่ ก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 ถ้าใช้วิธีเดิมไม่เปลี่ยนเป็น CAPD จะได้รับความคุ้มครองโดยร่วมจ่าย หนึ่งในสามส่วนของค่าฟอกเลือด ส่วนผู้ป่วยรายใหม่ที่ประสงค์จะใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด

และตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 ได้ขยายการให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ที่ป่วยหลัง วันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่สมัครใจเข้ารับบริการทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) และประสงค์จะรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเอง

2. แนวทางการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต

เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ ให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างเป็นธรรม รวมทั้งสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายของโรค และเพื่อให้เกิดการใช้งบประมาณของประเทศที่มีอยู่อย่างจำกัดให้คุ้มค่า สปสช. ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงาน มีดังนี้

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) ให้เพียงพอมีคุณภาพมาตรฐาน และมีระบบที่เป็นธรรมในการเข้าถึง รวมถึงมีการบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 สนับสนุนให้มีการพัฒนาและควบคุมคุณภาพควบคู่ไปกับการวิจัยและการพัฒนาระบบข้อมูล

2.5 สนับสนุนให้ดำเนินการบริการทดแทนไตควบคู่ไปกับการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.6 สนับสนุนให้ผู้ป่วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสังคมได้มีส่วนร่วม

3. วัตถุประสงค์

3.1 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับบริการทดแทนไตที่มีคุณภาพ และมาตรฐานตามความจำเป็นด้านสุขภาพ

3.2 เพื่อให้มีการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีคุณภาพมาตรฐานและเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

3.3 บริหารจัดการและควบคุมกำกับเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากร และงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ

4. กรอบการบริหารงบประมาณ

งบบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นงบย่อยแยกประเภท ซึ่งมีระบบการจัดทำและขอ
งบประมาณแยกจากงบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) งบประมาณที่ได้รับประกอบด้วย 2 หมวด ได้แก่

- 4.1 งบประมาณเพื่อการบริการ
- 4.2 งบประมาณเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ตารางที่ 1 แสดงรายการของกรอบการบริหารงบประมาณ ปี 2555

รายการ	เป้าหมาย (ราย)	งบประมาณที่ได้รับ (บาท)
1. การบริการ	21,230	3,835,833,000
1.1 บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง อย่างต่อเนื่อง (CAPD)	12,273	
1.2 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีมีข้อห้าม CAPD (HD-Criteria)	2,443	
1.3 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม รายเก่า (HD co-pay)	3,869	
1.4 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม รายใหม่ รับยาEPO	1,553	
1.5 บริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) รับยากดภูมิหลังปลูกถ่ายไต	140 952	
2. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง		22,060,000
รวม		3,857,893,000

ทั้งนี้ ให้ สปสช.สามารถเกลี้ยงบประมาณปี 2555 ระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของ
ระบบบริการ โดยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในแต่ละ
ประเภทบริการให้เป็นไปตามข้อ 4.1 และ 4.2 ดังนี้

4.1 งบประมาณเพื่อการบริการ เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการทดแทนไตสำหรับประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมค่าบริการ ค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และในปีงบประมาณ 2555 จะครอบคลุมการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด การบริหารเป็นภาพรวมระดับประเทศ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการทดแทนไต เป็นไปตามผลงานบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการเงื่อนไขและอัตราที่ สปสช. กำหนด ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายดังนี้

4.1.1 การบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตทุกรายที่ไม่มีข้อห้ามในการทำ โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด รวมถึงการสนับสนุนค่าตอบแทนตามภาระงานที่เพิ่มขึ้น

4.1.2 ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ตามเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยครอบคลุมค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการให้ยาที่จำเป็น การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด โดย สปสช. จะจ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ไม่เกิน 1,500 บาทต่อครั้ง ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีและมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น จ่ายไม่เกิน 1,700 บาทต่อครั้ง

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่า ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยครอบคลุมค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการให้ยาที่จำเป็น การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด ทั้งนี้ สปสช. จะจ่ายให้หน่วยบริการในอัตรา 2 ใน 3 ของค่าบริการ และหน่วยบริการสามารถเรียกเก็บจากผู้ป่วยได้ 1 ใน 3 โดยจ่ายค่าฟอกเลือด

ด้วยเครื่องไตเทียม ไม่เกิน 1,000 บาทต่อครั้ง ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีและมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น จ่ายไม่เกิน 1,200 บาทต่อครั้ง และหน่วยบริการเรียกเก็บจากผู้ป่วยได้ไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง

การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลังวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด

4.1.3 การปลูกถ่ายไต ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและผ่าตัดนำไตมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าบริการกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึง ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไต ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่องค์กรวิชาชีพกำหนด

4.1.4 การปลูกถ่ายตับในเด็ก อายุไม่เกิน 18 ปี ที่มีภาวะตับวายแต่กำเนิด จากท่อน้ำดีตีบตันหรือตับวายจากโรคอื่นๆ และการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการสำหรับผู้บริจาคและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและผ่าตัดนำหัวใจและตับมาจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าบริการกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึง ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดตามแนวทางเวชปฏิบัติที่องค์กรวิชาชีพกำหนด โดยจะคุ้มครองเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการลงทะเบียนเข้าโครงการ สำหรับหลักเกณฑ์ การบริหารจัดการ และการจ่ายชดเชยค่าบริการ ให้เป็นไปตามประกาศใน ผนวก 5

ในระหว่างปีงบประมาณ 2555 หากเงินที่กำหนดไว้ในรายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไม่เพียงพอ เนื่องจากมีจำนวนบริการทดแทนไตมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณ ให้ สปสช. ใช้เงินกองทุนจากรายการ/ประเภทบริการอื่นๆ ที่เหลือมาจ่ายเป็นค่าบริการทดแทนไตได้

4.2 งบประมาณเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นการสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด และผู้ป่วยเปลี่ยนหัวใจ ให้มีประสิทธิผลมากขึ้น การบริหารเป็นภาพรวมระดับประเทศ หลักเกณฑ์การจ่ายงบเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด (อายุไม่เกิน 18 ปี) และผู้ป่วยปลูกถ่ายหัวใจ โดยครอบคลุมกิจกรรมดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการ

อาทิ เช่น การพัฒนาบุคลากร สนับสนุนการพัฒนาวิชาการแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาระบบและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการ และเครือข่าย การจัดประชุมคณะกรรมการ คณะทำงาน การประชุมสัมมนา การสนับสนุนเครือข่ายผู้ป่วย การเผยแพร่ความรู้และรณรงค์สร้างความเข้าใจ และค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร เป็นต้น โดยให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (สปสช.เขต) หรือหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ดำเนินการหรือบริหารจัดการหรือใช้จ่าย

5. ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2555

6. wawāit

6.1 มีศูนย์บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน กระจายในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าถึงได้อย่างเพียงพอ

6.2 มีหน่วยบริการ/สถานบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ประเภทที่ทำสัญญาระยะยาว ให้การดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้อย่างเพียงพอ

6.3 มีระบบการบริการปลูกถ่ายอวัยวะ โดยเฉพาะปลูกถ่ายไต ที่มีคุณภาพ มาตรฐานและเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

6.4 มีการผลิตและพัฒนาบุคลากร ที่ให้บริการทดแทนไตโดยเฉพาะการผลิตพยาบาล PD เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในศูนย์บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง CAPD ให้ครบทุกแห่ง

6.5 มีระบบการพัฒนาและควบคุมคุณภาพมาตรฐานการให้บริการทดแทนไต โดยเฉพาะล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(HD)

6.6 มีการจัดบริการ CKD clinic นำร่องในหน่วยบริการที่ให้บริการ ล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) หรือที่มีความพร้อมในการให้บริการ

6.7 มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ในระดับชุมชน รวมถึงสนับสนุนให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

6.8 มีระบบการให้บริการเปลี่ยนหัวใจ และปลูกถ่ายตับในเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีที่มีภาวะไตวายจากท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือไตวายจากโรคอื่นๆ

7. พลัพร

7.1 ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเข้าถึงบริการทดแทนไตตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึง และเป็นธรรม

7.2 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสมรรถนะทางสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่เป็นภาระของครอบครัว และสังคม

7.3 ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ และผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี ที่มีภาวะไตวายจากท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือไตวายจากโรคอื่นๆ สามารถเข้าถึงบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และปลูกถ่ายไตได้

8. บทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

8.1 คณะกรรมการ / คณะทำงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบ

เพื่อให้การบริหารระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงานเพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการสนับสนุนพัฒนาระบบในภาพรวม ดังนี้

8.1.1 คณะกรรมการ 3 คณะ ได้แก่

- 1) คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ **มีหน้าที่เกี่ยวกับ** การพัฒนา และให้ข้อเสนอเกี่ยวกับนโยบายงบประมาณ และระบบบริการ รวมทั้งกำลังคนของระบบบริการ กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการให้บริการ และการควบคุมคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการทดแทนไต
- 2) คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด มีหน้าที่เกี่ยวกับการพิจารณาคัดเลือก จัดลำดับ และกำหนดให้ผู้ป่วยไตวายในจังหวัดเข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธี CAPD หรือ HD หรือ KT ตามแนวทางที่กำหนด พิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการทดแทนไต ของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจาก CAPD เป็น HD อย่างถาวร รวมทั้งเสนอแนะแก้ไขปัญหาลุ่ปรศรคต่างๆ ในจังหวัด รวมทั้ง ทำหน้าที่อนุมัติแผนการบริหารค่าตอบแทนตามภาระงาน

และ พิจารณาการเบิกจ่ายค่าภาระงานแก่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตามแผน

- 3) คณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) มีหน้าที่เกี่ยวกับ การพิจารณาข้อเสนอของคณะกรรมการระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานครในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้องได้ด้วยตนเองหรือไม่มีผู้ดูแลจำเป็นต้องเปลี่ยนเป็น วิธี HD อย่างถาวร พิจารณากรณีผู้ป่วยอุทธรณ์ผลการพิจารณาของคณะกรรมการระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร

8.1.2 คณะทำงาน 2 คณะ

- 1) คณะทำงานพัฒนาระบบบริการคัดกรองและการปลูกถ่ายไต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เกี่ยวกับ การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการคัดกรองและการปลูกถ่ายไต ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนเชิงระบบ เพื่อให้มีการบริจาคไตเพิ่มขึ้น เพื่อรองรับความต้องการในการปลูกถ่ายไตของผู้ป่วย สนับสนุนการประชาสัมพันธ์ และการเคลื่อนไหวยางสังคมเพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจและบริจาคอวัยวะเพิ่มขึ้น
- 2) คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เกี่ยวกับการจัดทำแผนแม่บทการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้สามารถเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลการทดแทนไตของระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในภาพรวมของประเทศ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา การเชื่อมโยงฐานข้อมูลและการใช้ข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

8.2 กองทุนโรคไตวาย สปสช.

- 8.2.1 ประสานงานและสนับสนุนคณะกรรมการ / คณะทำงานชุดต่างๆ ในส่วนกลาง
- 8.2.2 ประสานงานองค์กรวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ร่วมมือกันพัฒนาระบบบริการทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง
- 8.2.3 ทำแผน และสนับสนุนการพัฒนาระบบในภาพรวม ให้สอดคล้องกับนโยบาย ทั้งใน

เรื่องงบประมาณ ระบบบริการ การพัฒนากำลังคน หลักเกณฑ์และแนวทางการให้บริการ และการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการทดแทนไต

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

8.2.5 ประสานและสนับสนุน สปสช.เขต เพื่อให้ดำเนินการพัฒนาระบบในพื้นที่ ให้สอดคล้องกับแนวทางที่กำหนด

8.2.6 ดำเนินการจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไตทุกประเภท แก่หน่วยบริการ สถานบริการ

8.2.7 ประสานให้มีการติดตาม ควบคุมกำกับและประเมินผล

8.3 สปสช.เขต

8.3.1 ประสานงานองค์กรวิชาชีพ หน่วยงาน คณะกรรมการต่างๆ ในระดับพื้นที่ และดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการตามระบบ

8.3.2 ทำแผนพัฒนาระบบ และสนับสนุนการดำเนินงานบริการบำบัดทดแทนไตในพื้นที่ ให้สอดคล้องกับการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ

8.3.3 ประสานจัดหา ขึ้นทะเบียน และสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการ สถานบริการ ที่ให้บริการ ล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และสนับสนุนให้เกิดการบริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) การบริจาคอวัยวะ และการให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต เพื่อให้มีบริการที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยในพื้นที่

8.3.4 ชี้แจงทำความเข้าใจหน่วยบริการ สถานบริการในเรื่องต่างๆ ตามแนวทางที่กำหนด

8.3.5 ประสานการลงทะเบียนผู้ป่วย และแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย

8.3.6 กำกับ ติดตามการให้บริการของหน่วยบริการ สถานบริการ ทั้งในด้านคุณภาพ มาตรฐานการเรียกเก็บชดเชยค่าบริการ

8.4 หน่วยบริการ สถานบริการ และเครือข่าย

8.4.1 ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรฐานวิชาชีพ

- 8.4.2 พัฒนาคุณภาพ การให้บริการให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน อย่างต่อเนื่อง
- 8.4.3 เก็บรวบรวม ข้อมูลคุณภาพการให้บริการ
- 8.4.4 รายงานผลการให้บริการ ทั้งเพื่อการชดเชยค่าบริการ และเพื่อการพัฒนาคุณภาพ
- 8.4.5 ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน ในด้านต่างๆ ตามที่ สปสช. กำหนด

9. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

9.1 สปสช.ส่วนกลาง ติดตามผลการดำเนินงาน จากข้อมูลในโปรแกรม DMIS และวิเคราะห์ ตามตัวชี้วัดที่กำหนด โดย

- 9.1.1 ติดตามการเข้าถึงบริการ พิจารณาจาก
 - สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับบริการทดแทนไตทุกวิธี
 - สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับบริการด้วยวิธี CAPD: HD

- 9.1.2 ติดตามคุณภาพการให้บริการ พิจารณาจาก
 - อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย
 - อัตราการเปลี่ยนวิธีการรักษาจาก CAPD เป็น HD
 - อัตราการติดเชื้อของผู้ป่วย CAPD

9.1.1 ระบบสารสนเทศเพื่อการติดตามผลการดำเนินงาน จะใช้ระบบตามที่ สปสช.กำหนด

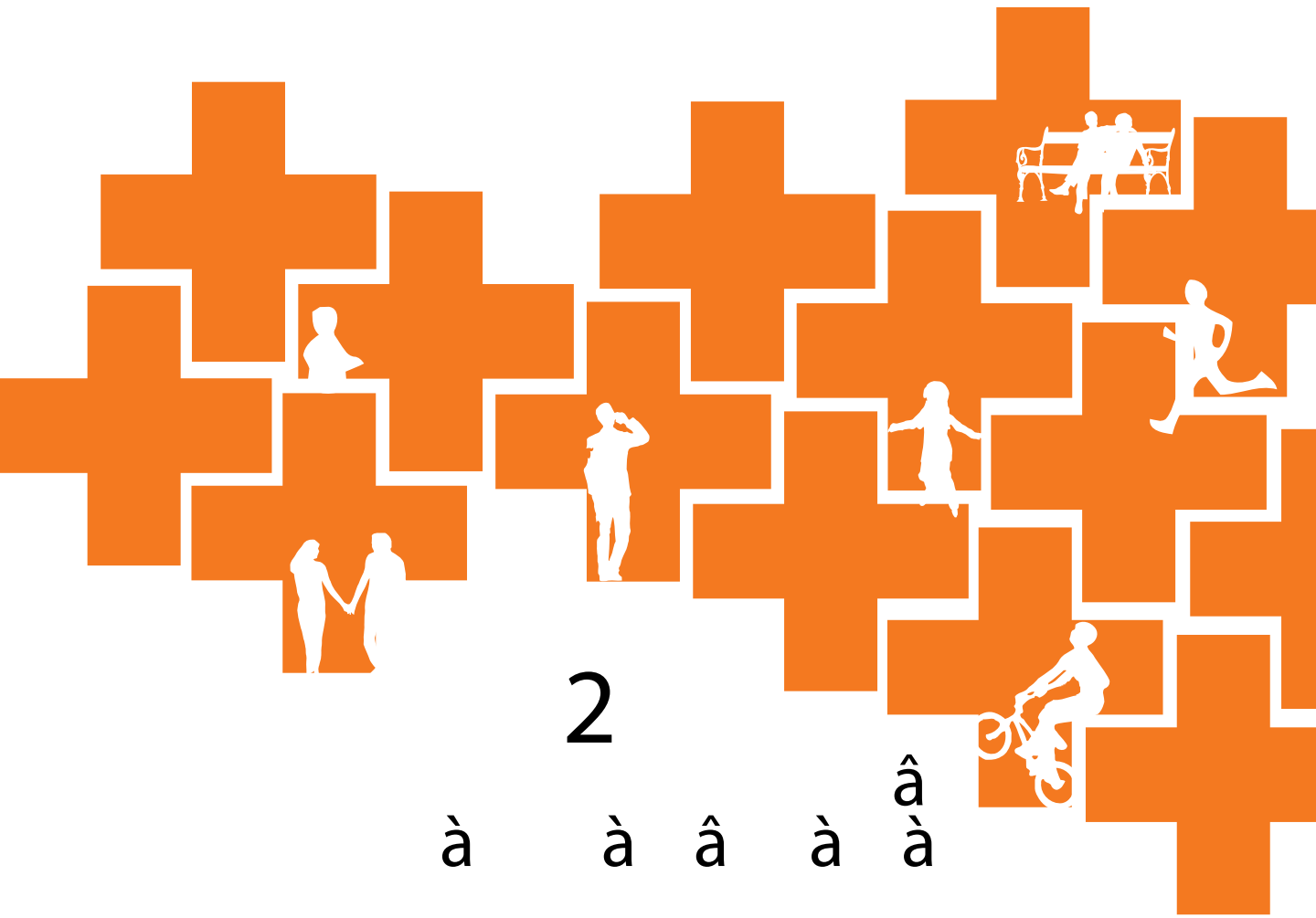
9.2 สปสช.เขต ติดตาม ควบคุมกำกับ การดำเนินงานในระดับพื้นที่

10. ผู้รับผิดชอบบริหารจัดการ

ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน/ตำแหน่ง	โทรศัพท์	อีเมล
นพ.กิตติ ประมัตถผล	รักษาการผู้จัดการกองทุนโรคไตวาย สปสช.	084-7510931	kitti.p@nhso.go.th
นางศิริพร สิ้นธนัง	รองผู้จัดการกองทุนโรคไตวาย สปสช.	02-1415042 084-7001648	siriporn.s@nhso.go.th
นายปราโมทย์ แยมพร้อม	กองทุนโรคไตวาย สปสช. งานบริหารจัดการ น้ำยา CAPD ยา และเวชภัณฑ์ งานผ่าตัด เปลี่ยนหัวใจ ปลุกถ่ายตับ	02-1414143 081-9060260	pramoat .y@nhso.go.th
นางกัญญา รัตนะ	กองทุนโรคไตวาย สปสช. งาน CKD clinic งานข้อมูลสารสนเทศ	02-1414147 fax 02-1439744	kanchana.r@nhso.go.th
น.ส.อวีส์ดา ช้างเพชร	กองทุนโรคไตวาย สปสช. งาน CAPD HD	02-14141345 fax 02-1439744	awasda.c@nhso.go.th
นางสาวณัฐรัตน์ ดีเจริญ	กองทุนโรคไตวาย สปสช. งาน KT นวัตกรรม ทางเดินปัสสาวะ	02-1414150 fax 02-1439744	nattharath.d@nhso.go.th
นางภิญญาดา กุลสันต์	กองทุนโรคไตวาย สปสช. งานชดเชยค่าบริการ	02 1414146 fax 02-1439744	pinyada.k@nhso.go.th
นางสาวจินตนา สันถวมเมตต์	สปสช.เขต1 เชียงใหม่	053-203-536	jintana.s@nhso.go.th
นางสาวประทีน อิมสุขศรี	สปสช.เขต 2 พิษณุโลก	055-245-111	pratin.e@nhso.go.th
นางนิภาภัทร คงโต	สปสช.เขต3 นครสวรรค์	056-371831	nipapat.k@nhso.go.th
นางสุวรรณี ศรีปราชญ์	สปสช.เขต 4 สระบุรี	036-213-205 090-197 5183	suwannee.s@nhso.go.th
นางวิภาวี ตันอนุกุล	สปสช.เขต 5 ราชบุรี	032-332-590	wipawee.t@nhso.go.th
นางสาวอุไรวรรณ หิรัญโรจน์	สปสช.เขต 6 ระยอง	038-864-313	uraiwan.h@nhso.go.th

ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน/ตำแหน่ง	โทรศัพท์	อีเมล
นางสาวสิทธิพร จันโทภาส	สปสข.เขต 7 ขอนแก่น	043-365-200-3	sithiporn.c@nhso.go.th
นางนันทนา เศรษฐวงษ์	สปสข.เขต 8 อุดรธานี	042-325-681	nuntana.s@nhso.go.th
นางสาวอรุณรัศมี กุณา	สปสข.เขต 9 นครราชสีมา	044-248-870-4	arunruch.k@nhso.go.th
นางสาวพรทิพย์ ชนะภัย	สปสข.เขต 10 อุบลราชธานี	045-240-591	porntip.c@nhso.go.th
นางอวยพร พรพิริยล้ำเลิศ	สปสข.เขต 11 สุราษฎร์ธานี	077-274-811	uayporn.p@nhso.go.th
นางนิตินาถ ศิริเวช	สปสข.เขต 12 สงขลา	074-233-888	nithinat.s@nhso.go.th
น.ท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์	สปสข.เขต 13 กทม.	02-142-0931	juraiporn.n@nhso.go.th

เว็บไซต์ของกองทุนโรคไตวาย : <http://KDF.nhso.go.th>



2

à

à

â

à

â

à

บทที่ 2

การจัดบริการล้างไต

ผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

(Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD)

1. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทย ได้กำหนดให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับบริการล้างช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) เป็นบริการแรกสำหรับการทดแทนไตให้กับผู้ป่วยทุกราย หรือที่เรียกว่า PD First Policy เนื่องจากคำนึงถึงผลกระทบที่จะมีต่อผู้ป่วยและสังคมโดยรวม กล่าวคือ บริการ CAPD นั้นเป็นบริการที่ใช้จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการน้อยกว่า HD เป็นบริการที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ที่บ้านด้วยตนเอง โดยไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ทำให้ประหยัดทั้งเวลาในการเดินทาง รวมทั้งค่าเสียโอกาสของผู้ป่วย และครอบครัวในการทำงาน นอกจากนี้คาดว่าบริการ CAPD เป็นบริการที่จะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า HD เพราะค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าน้ำยาล้างช่องท้องซึ่งมีโอกาสที่จะลดราคาลงได้ถ้ามีการบริหารจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง จึงได้กำหนด แผนพัฒนาระบบบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ในปี 2555 ดังนี้

- 1.1 สนับสนุน และขยายเป้าหมาย การให้บริการผู้ป่วย CAPD อย่างต่อเนื่อง
- 1.2 สนับสนุนหน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง CAPD หน่วยเดิมต่อเนื่อง และ ขยายหน่วยบริการใหม่ที่เป็นเครือข่ายของหน่วยบริการเดิมในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ เพื่อให้มีหน่วยบริการ CAPD ที่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้เพียงพอ

1.3 สนับสนุนให้มี CAPD Technology and Training Centers กระจายทุกภูมิภาค เพื่อดำเนินการ พัฒนารูปแบบการให้บริการ CAPD การผลิตบุคลากร สนับสนุนงานวิชาการและการวิจัย ให้การ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพหน่วยและประเมินผลหน่วยบริการในพื้นที่

1.4 พัฒนาเครือข่ายสนับสนุนและควบคุมคุณภาพ CAPD ประเมินและพัฒนาศักยภาพ คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้า ถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด ขยายบทบาทการสนับสนุนและควบคุมคุณภาพบริการ CAPD ของ สปสช. เขต

1.5 พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้งอายุรแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พยาบาล PD นักกำหนด อาหาร/นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และ ชุมรมผู้ป่วยโรคไต สนับสนุนการสร้างเครือข่ายการดูแล ผู้ป่วย CAPD ถึงชุมชน

1.6 สนับสนุนการรวมตัวทำกิจกรรมของแพทย์ และพยาบาล PD และผู้ป่วย สนับสนุนการพัฒนา วิชาการและงานวิจัยแบบ R2R รวมทั้งให้มีการประชุมระดับชาติ

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าถึงการ บริการทดแทนไต และได้รับการบริการ CAPD

2.3 เพื่อเตรียมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้มีความพร้อมจนกว่าจะสามารถรับบริการ ปลุกถ่ายไต

3. การบริหารงบประมาณ

ปีงบประมาณ 2555 จะสนับสนุนการพัฒนาระบบตามแผนพัฒนาระบบบริการดังกล่าวข้างต้น และจะชดเชยค่าบริการ CAPD ตามแนวทางการสนับสนุนค่าบริการที่กำหนด

เป้าหมายบริการ : ผู้ป่วยรายเดิมที่ทำ CAPD ต่อเนื่องมาจากปีก่อน และ ผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2555

ระยะเวลาดำเนินการ : วันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2555

4. การบริหารจัดการ

การสนับสนุนการบริการ CAPD เป็นการดำเนินงานในลักษณะ การบริหารจัดการโรคเฉพาะ จึงต้องมีการดำเนินงานเพื่อขึ้นทะเบียน หน่วยบริการ และลงทะเบียนผู้ป่วย และจ่ายชดเชยค่าบริการ ตามแนวทาง ดังนี้

4.1 การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

4.1.1 การสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยบริการ CAPD

ในปีงบประมาณ 2551 และ 2552 ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณเบื้องต้น เพื่อพัฒนาการจัดการ และการจัดบริการ CAPD ให้แก่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ต่อมา ในปีงบประมาณ 2553 - 2554 เริ่มขยายการสนับสนุนไปยัง โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อมร่วมเป็นเครือข่ายบริการกับหน่วยบริการ CAPD เดิม และในปีงบประมาณ 2555 จะขยายเป้าหมายสนับสนุนงบประมาณไปยังโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อมร่วมเป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการ CAPD ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปเดิม อีกอย่างน้อย 50 แห่ง เพื่อให้มีหน่วยบริการที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง

4.1.2 วิธีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ CAPD

- 1) หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ต้องเป็นหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพ
- 2) ยื่นแบบแสดงความจำนงเพื่อเข้าร่วมบริการ ต่อ สปสช.เขต
- 3) คณะกรรมการที่กำหนดโดย สปสช. จะตรวจประเมินตามแนวทางของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และที่ สปสช. กำหนด
- 4) สปสช.เขต ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
- 5) หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้
 - 5.1) จัดให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการลงทะเบียน และ จัดทำระบบข้อมูล รวมทั้งคลินิกบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3, 4 และ 5 (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 วันตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด รวมทั้งรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการทดแทนไต
- 5.5) ประสานงานและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับน้ำยา CAPD และเวชภัณฑ์ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งดูแลติดตามผู้ป่วย CAPD ให้ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
- 5.6) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติ และโรงพยาบาล เช่น การตั้งชมรมผู้ป่วยโรคไต การเป็นอาสาสมัครการมีกิจกรรมร่วมกัน เป็นต้น
- 5.7) รายงานผลการลงทะเบียนผู้ป่วย ผลการให้บริการทดแทนไต การเยี่ยมบ้าน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และเบิกค่าชุดเซยบริการทุกเดือนผ่านระบบที่กำหนด

4.1.3 วิธีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเครือข่าย CAPD

- 1) เป็นหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ที่มีความพร้อม
- 2) ยื่นแบบแสดงความจำนงเพื่อเข้าร่วมเป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการ CAPD เดิมต่อ สปสช.เขต
- 3) คณะกรรมการที่กำหนดโดย สปสช. จะตรวจประเมินความพร้อมตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด
- 4) สปสช.เขตขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

4.2 การลงทะเบียนผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีสิทธิรับบริการ CAPD จะต้องเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ขอรับบริการ และต้องเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสุดทำระยะที่ 5 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยหน่วยบริการ CAPD ต้องลงทะเบียนผู้ป่วยผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD

4.3 บทบาท case manager

พยาบาลโรคไตหนึ่งคนเป็น 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

5.1 การสนับสนุนการบริการ

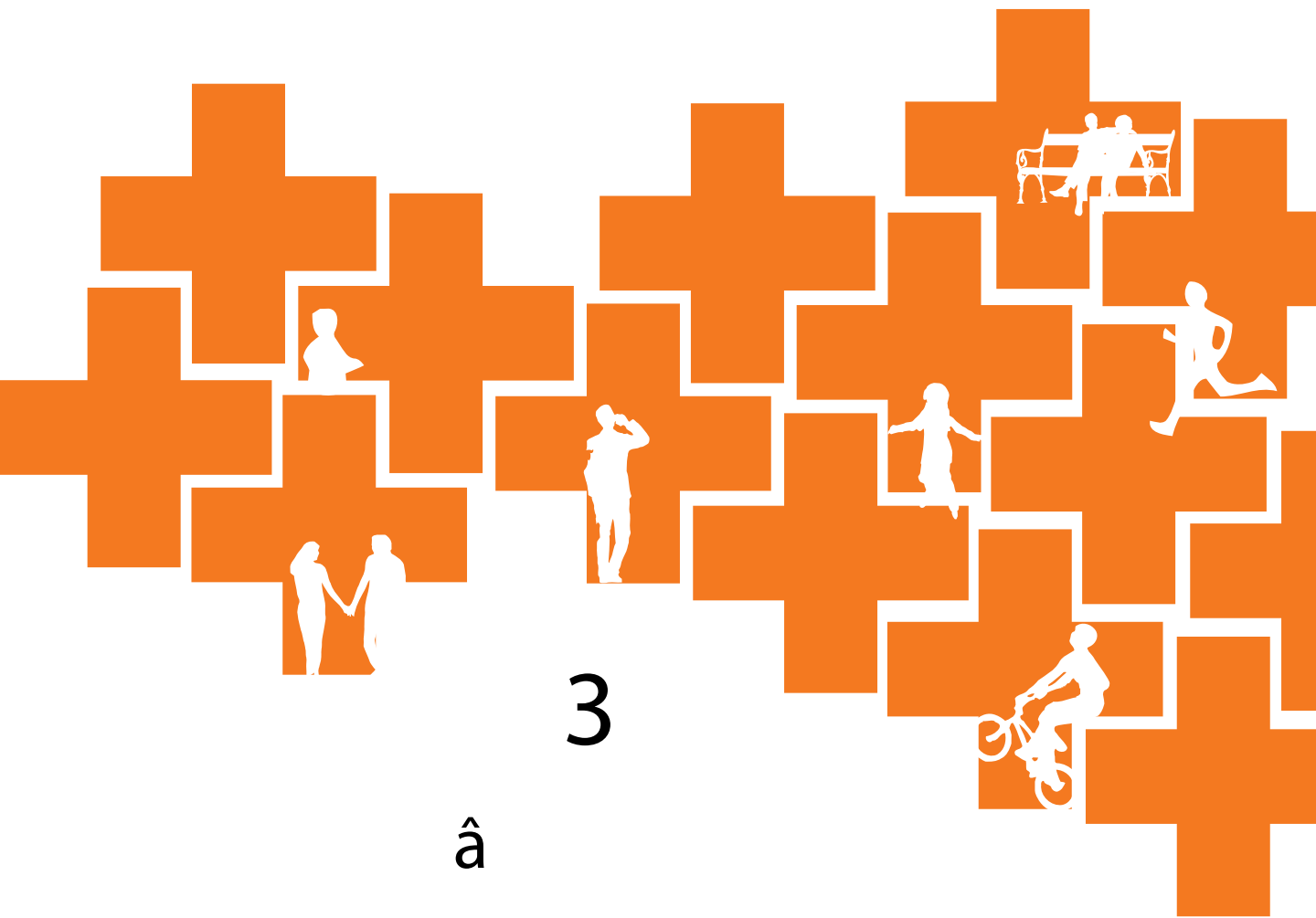
หน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ CAPD จะได้รับการสนับสนุนการบริการ โดยมีรายละเอียดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับการบำบัดทดแทนไต ด้วยการล้างไตผ่านช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) พ.ศ.2554 ในภาคผนวก

5.2 การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ

สปสช.จะตัดข้อมูลจากโปรแกรม DMIS_CAPD ทุกวันที่ 30 ของเดือน พิจารณาตรวจสอบ และออกรายงานขออนุมัติการจ่ายชดเชยในทุกวันที่ 30 ของเดือนถัดไป

5.3 การอุทธรณ์หลังการจ่าย

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายชดเชยของ สปสช.ไม่ถูกต้องตามแนวทางการจ่ายชดเชยดังกล่าวนี้ หรือมีค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วย CAPD นอกเหนือจากแนวทางที่ สปสช.กำหนด และเป็นภาระอย่างมาก หรืออาจกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์มายัง สปสช. ภายใน 30 วันหลังได้การโอนเงิน



3

â

บทที่ 3

การจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD)

1. หลักการและเหตุผล

แม้ว่าการให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง CAPD แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะเป็นนโยบายหลักในการจัดบริการบำบัดทดแทนไต แต่ก็มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถรับบริการ CAPD ได้ ตั้งแต่เริ่มให้บริการทดแทนไต หรือระหว่างการให้บริการ CAPD ไประยะหนึ่งแล้ว และยังมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตั้งแต่ก่อน 1 ตุลาคม 2551 (ผู้ป่วย HD รายเก่า) จึงจำเป็นต้องให้จัดบริการฟอกเลือด (Hemodialysis; HD) ให้กับผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง จึงได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีเป้าหมาย ในปี 2555 ให้ปรับเปลี่ยน หน่วยบริการ ที่เข้าร่วมให้บริการ HD เป็นแบบระยะยาว (2.1) ทั้งหมด และขยายบทบาทการสนับสนุนและควบคุมคุณภาพ HD โดย สปสช.เขตมากขึ้น

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ได้รับการดูแล รักษาที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่สามารถรับบริการ CAPD ได้รับการทดแทนไตด้วยวิธี HD

2.3 เพื่อเตรียมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีความพร้อมจนกว่าจะสามารถรับบริการปลูกถ่ายไต

3. การบริหารงบประมาณ

เป้าหมายบริการ

ปีงบประมาณ 2555 จะสนับสนุนการพัฒนาระบบตามแผนพัฒนาระบบบริการดังกล่าวข้างต้น และจะชดเชยค่าบริการ ผู้ป่วยรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD ตามเงื่อนไข โดยให้ความสำคัญกับคุณภาพการให้บริการมากขึ้น

ระยะเวลาดำเนินการ: วันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2555

4. การบริหารจัดการ

4.1 การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ / สถานบริการที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

4.1.1 แนวทางการขึ้นทะเบียน

ให้หน่วยบริการ หรือสถานบริการ ที่ต้องการเข้าร่วมให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แสดงความจำนงเป็นหนังสือต่อ สปสช.เขต เพื่อดำเนินการตรวจรับรองมาตรฐานตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่ สปสช.กำหนด โดยใช้เกณฑ์ผ่านการตรวจประเมินของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (ตรต.) เมื่อผ่านการตรวจรับรอง สปสช.เขต จะส่งดำเนินการเพื่อขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการ ในโปรแกรม DMIS_HD

ทั้งนี้ สำหรับสถานบริการต้องผ่านการตรวจประเมินตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องมาตรฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาลด้วย

กรณี หน่วยบริการ/สถานบริการแห่งใหม่ ที่อยู่ระหว่างการตรวจประเมินของ ตรต. และอยู่ในพื้นที่ที่มีความจำเป็นต้องจัดให้มีหน่วยบริการ/สถานบริการเพิ่มเติม ต้องมีการรับรองจาก สปสช.เขตเพื่อขึ้นทะเบียนชั่วคราวจนกว่าจะได้รับการตรวจรับรองจาก ตรต. โดย สปสช.เขต จะมีการติดตามทุก 6 เดือน

4.1.2 ประเภทหน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ HD

หน่วยบริการ/สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนจัดบริการ มี 2 ประเภท ดังนี้

- 1) หน่วยบริการ/สถานบริการ ที่สมัครเข้าร่วมให้บริการระยะยาว (2.1) จะต้องให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแก่ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทาง การให้บริการที่กำหนด ระยะเวลา 12 เดือน และมีสิทธิได้รับการชดเชย ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตามที่ สปสช. กำหนดทั้งหมด
- 2) สถานบริการที่ให้บริการฟอกเลือดและสมัครเข้าร่วมให้บริการระยะสั้น (2.2) จะต้องให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแก่ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางการให้บริการที่กำหนด และมีสิทธิได้รับการสนับสนุนเฉพาะค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในอัตรา 1000, 1500 บาท/ครั้ง เท่านั้น

4.1.3 หน้าที่ของหน่วยบริการ/สถานบริการ

- 1) จัดให้มีการลงทะเบียนและข้อมูลผู้ป่วย HD ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และส่งให้ สปสช. ตามระบบที่ สปสช. กำหนด
- 2) จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตหรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดจำนวนหนึ่งคนเป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบและมีพยาบาลโรคไตจำนวนหนึ่งคนเป็น HD Case Manager ประจำ
- 3) จัดให้มีบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีสถานที่และเจ้าหน้าที่เหมาะสมและพอเพียงตามมาตรฐานที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด
- 4) จัดให้มีการบริการหรือกิจกรรมอื่นๆที่จำเป็น เช่น การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ การเยี่ยมบ้าน การรักษา หรือส่งต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เป็นต้น
- 5) จัดส่งข้อมูลและเบิกค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงตามอัตราและผ่านระบบที่ สปสช. กำหนดทุกสิ้นเดือน (ใช้ระบบเดียวกันกับสวัสดิการข้าราชการที่สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สภส.) ดำเนินการอยู่แล้ว)

- 6) อำนาจความสะดวกในการตรวจรับรองมาตรฐานจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หรือการตรวจประเมินเบื้องต้นจาก สปสช.เขต
- 7) มีการประเมินผลคุณภาพการให้บริการ HD อย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมคุณภาพ บริการตามที่ สปสช.กำหนด และสามารถนำมาแสดงได้เมื่อ สปสช./สปสช.เขต ร้องขอ หรือตรวจสอบ
- 8) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ สปสช.หรือคณะกรรมการระดับจังหวัดกำหนด
หน่วยบริการ /สถานบริการ HD มีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ลงทะเบียนไว้ ตาม มาตรฐาน กรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างบริการ HD หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลมีหน้าที่ ต้องปฏิบัติในการรักษาภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ จนพ้นภาวะวิกฤติ และส่งต่อ ไปยังหน่วยบริการตามศักยภาพและเครือข่ายที่ สปสช.เขต กำหนด โดยจะได้รับค่าใช้จ่ายตาม ระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการปกติ

4.2 การลงทะเบียนผู้ป่วย

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

- 1) ผู้ป่วย HD รายเก่าที่มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้ป่วยที่เปลี่ยนสิทธิจากระบบอื่น 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 และค่าใช้จ่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ แต่ต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ รวมทั้งมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์

ทั้งนี้ จากมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2552 ได้เห็นชอบค่านิยามผู้ป่วยรายเก่า คือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบอื่น ที่ได้รับการรักษา

ด้วยการฟอกเลือดมาก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 ดังนั้น ผู้ป่วยเคยมีสิทธิข้าราชการ หรือประกันสังคม และได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาก่อน 1 ตุลาคม 2551 เมื่อมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หากต้องการรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD ต่อเนื่อง สามารถเสนอชื่อผ่านคณะกรรมการระดับจังหวัด และมีสิทธิรับบริการโดยร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ครั้งละไม่เกิน 500 บาท ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2552 เป็นต้นไป

- 2) ผู้ป่วย HD รายใหม่ที่มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ว่าไม่สามารถใช้วิธีทดแทนไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) หรือต้องเปลี่ยนจาก CAPD เป็นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบถาวร ตามหลักเกณฑ์หรือข้อบ่งชี้หรือข้อห้ามในข้อ 2 และผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัดว่าต้องใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งก่อนและหลัง 1 ตุลาคม 2551 โดยผู้ป่วยไม่ต้องร่วมจ่าย และสปสช. ให้การสนับสนุนค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งละ 1,500 บาทหรือ 1,700 บาท และค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องโดยตรง โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ แต่ต้องเป็นไปตามความจำเป็น และข้อบ่งชี้ รวมทั้งมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์
- 3) ผู้ป่วย HD รายใหม่ที่ได้รับสิทธิ EPO หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รายใหม่ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2551 เป็นต้นไป ซึ่งไม่สมัครใจเลือกรับบริการทดแทนไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) และไม่ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด เพื่อให้ใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามข้อ 2 ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดเอง โดยมีสิทธิได้รับการให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

4.3 ข้อบ่งชี้หรือข้อห้ามของการบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)

กำหนดเงื่อนไขดังต่อไปนี้ เป็นข้อบ่งชี้หรือข้อห้ามของการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

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

4.3.2 ข้อบ่งชี้ของการเปลี่ยน CAPD เป็น HD และหลังเปลี่ยนเป็น HD ผู้ป่วยได้รับสิทธิไม่ต้องร่วมจ่าย ได้แก่

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

4.3.3 ข้อห้ามสัมพัทธ์ของการทำ CAPD ทำให้ผู้ป่วยมีสิทธิทำ HD ได้โดยไม่ต้องร่วมจ่าย และเมื่อข้อห้ามสัมพัทธ์ดังกล่าวสิ้นสุดลง ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนเป็น CAPD จึงจะได้รับสิทธิ ได้แก่

- 1) มีสิ่งแปลกปลอมในช่องท้องมาก่อน เช่น ใสเส้นเลือดเทียม เป็นต้น
- 2) มีไส้เลื่อนที่ยังไม่แก้ไข หรือมีช่องทางติดต่อกับอวัยวะภายนอก
- 3) อ้วนมาก (BMI>35 กก./ตรม.)
- 4) มี recurrent diverticulitis หรือการอักเสบของลำไส้บ่อยๆ
- 5) มีการผ่าตัดนำกระเพาะหรือลำไส้ออกมาทางหน้าท้อง
- 6) ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำ CAPD ได้ และเลขาธิการ สปสช. เห็นชอบ 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 เมื่อพิจารณาต้องมีหลักฐานทางการแพทย์บ่งบอกชัดเจนว่ามี peritoneal fibrosis หรือ peritoneal sclerosis หรือมี bowel adhesion ซึ่งอาจทราบได้จากการตรวจ abdominal CT scan หรือ laparoscopic examination หรือการผ่าตัดดวงสาย Tenckhoff แล้วประสบปัญหา

3.3) ภาวะ Pleuro peritoneal ถือเป็นข้อห้ามของการล้างไต

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

4.4 วิธีการลงทะเบียน

4.4.1. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัดพิจารณา โดยผู้ป่วยประเภทที่ 1 และ 2 ใช้แบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อพิจารณาขอใช้วิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สำหรับผู้ป่วยประเภทที่ 3 (ผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2551 เป็นต้นไป และไม่สมัครใจเลือกรับบริการทดแทนไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ให้ใช้แบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อพิจารณารับยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง

4.4.2 คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด พิจารณาและส่งรายชื่อผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาว่าต้องทำ HD พร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ สปสช.เขต

4.4.3 สปสช.เขต พิจารณา ลงทะเบียน ในโปรแกรม DMIS_HD ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามสัมพัทธ์กรณี ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำ CAPD ได้ ให้ส่งรายชื่อ พร้อมแบบเสนอรายชื่อและเอกสารประกอบให้ สปสช. เพื่อเสนอคณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ที่ส่วนกลาง เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว สปสช. จะดำเนินการลงทะเบียนใน DMIS_HD

4.4.4 สปสช. จะตรวจสอบข้อมูล ในโปรแกรม DMIS_HD และส่งข้อมูลให้สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการเบิกชดเชยค่าบริการเดือนละ 2 ครั้ง

4.4.5 หน่วยบริการ /สถานบริการ รับข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการลงทะเบียน ผ่านโปรแกรมของ สทส. เพื่อบันทึกการให้บริการ

4.5 บทบาท Case Manager

พยาบาลโรคไตหนึ่งคนทำหน้าที่ HD Case Manager ให้ความรู้ทั่วไปในการดูแล การปฏิบัติตนระหว่างรับบริการ HD รวมไปถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และบริหารจัดการในการให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิ

5. แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ

สปสช. ให้การสนับสนุนค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงแก่หน่วยบริการหรือสถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการ ดังนี้

5.1 ชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD

สำหรับผู้ป่วย HD รายเก่า ครั้งละ 1,000 บาท และผู้ป่วย HD รายใหม่ ครั้งละ 1,500 บาท ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ ปอด ตับร่วมด้วย และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหน่วยบริการหรือสถานบริการขนาดใหญ่ที่มีการให้บริการหอดูผู้ป่วยไอซียู โดยชดเชยผู้ป่วยรายเก่าครั้งละ 1,200 บาท และผู้ป่วยรายใหม่ครั้งละ 1,700 บาท

5.2 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

5.2.1 การให้ยา Erythropoietin ตามที่ สปสช. กำหนด (รายละเอียดในบทที่ 6)

5.2.2 การชดเชย ค่าผ่าตัดหลอดเลือดสำหรับทำ HD (Vascular Access) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 กำหนดอัตราค่าบริการจ่ายชดเชยค่าทำ Vascular Access ใหม่ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงแนวทางการเบิกจ่าย vascular access สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ชนิดของ vascular access	ข้อบ่งชี้	ราคาจ่าย	เบิกได้ไม่เกิน	สถานที่ดำเนินการ
Tunnel cuff catheter	<p>สำหรับผู้ที่เปลี่ยนการรักษาจาก CAPD เป็น Chronic Hemodialysis ในกรณีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD 2) ผู้ป่วย Chronic Hemodialysis ที่รอใช้ AVF หรือ AVG 3) ผู้ป่วย Chronic Hemodialysis ที่ไม่สามารถทำ AVF หรือ AVG 	12,000 บาท (รวมค่าสาย, ค่าใส่สาย)	เบิกตามจริง แต่ไม่เกิน 1 ครั้ง / ปี	ศูนย์ฟอกเลือดหรือ โรงพยาบาล
AVF	<p>สำหรับผู้ป่วย Chronic Hemodialysis ในกรณีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษาจาก CAPD เป็น Chronic Hemodialysis 2) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD 3) ผู้ป่วย Chronic Hemodialysis ที่ต้องทำ AVF ใหม่ 	8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด, ค่า OR, ค่าห้อง ปฏิบัติการ)	เบิกตามจริง แต่ไม่เกิน 1 ครั้ง / ปี	โรงพยาบาล

ชนิดของ vascular access	ข้อบ่งชี้	ราคาย้าย	เบิกได้ไม่เกิน	สถานที่ดำเนินการ
AVG	<p>สำหรับผู้ป่วย Chronic hemodialysis ที่ไม่สามารถทำ AVF ได้ในกรณีต่อไปนี้</p> <p>1) ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษาจาก CAPD เป็น Chronic hemodialysis</p> <p>2) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD</p> <p>3) ผู้ป่วย Chronic hemodialysis ที่ต้องทำ AVG ใหม่</p>	<p>8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด, ค่า OR และ ค่าห้องปฏิบัติการ แต่ไม่รวม ค่า Graft <u>(ค่า Graft ไม่เกิน 14,000 บาท)</u>)</p>	เบิกตามจริง แต่ไม่เกิน 1 ครั้ง / ปี	โรงพยาบาล
Temporary double lumen catheter	สำหรับผู้ป่วย Chronic hemodialysis ที่รอใช้ AVF หรือ AVG	5,000 บาท (รวมค่าสาย และค่าใส่สาย)	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 สามารถเบิกค่าแก้ไขเพิ่มเติมตามที่ย้ายจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท ในระยะเวลา 1 ปี
- 4) ในกรณีที่หน่วยบริการหรือสถานบริการ มีความจำเป็นต้องใช้รายการต่างๆ หรืออุปกรณ์รักษาเพิ่มเติมจากที่ สปสช. กำหนดไว้ และมีค่าใช้จ่ายสูงอย่างชัดเจน หน่วยบริการหรือสถานบริการสามารถอุทธรณ์ค่าใช้จ่ายดังกล่าวได้
- 5) ปี หมายถึงปีงบประมาณ

6. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

6.1 การชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สำหรับผู้ป่วย HD ทั้งรายเก่า และรายใหม่ ในอัตราดังกล่าวข้างต้นครอบคลุม การบริการ ดังต่อไปนี้

6.1.1 ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม เช่น CBC BUN Creatinine Electrolyte เป็นต้น ได้เหมารวมอยู่ในอัตรานี้แล้ว

6.1.2 ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่แพทย์สั่งระหว่างการฟอกเลือดได้แก่ Glucose, Analgesic, Antihistamine และ Tranquilizer drug ได้เหมารวมอยู่ในอัตรานี้แล้ว

6.1.3 การล้างไตต้องทำไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ยกเว้น กรณี 1.การล้างไตครั้งแรก (Initiation Hemodialysis) น้อยกว่า 4 ชั่วโมง 2.กรณีผู้ป่วยระดับสัญญาณชีพไม่ปกติ หรืออยู่ในภาวะวิกฤติและ แพทย์เห็นสมควร

6.1.4 กรณีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการล้างไต ที่จำเป็นเร่งด่วน ให้หน่วยบริการ ที่รักษาภาวะแทรกซ้อน นี้เรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบปกติ เช่น กรณีฉุกเฉินผู้ป่วยในให้เรียกเก็บ ตามระบบ DRG จากกองทุนผู้ป่วยใน ยกเว้นในกรณีสถานบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เป็น สถานบริการตามสัญญา สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายตาม ข้อบังคับมาตรา 7 ได้

6.1.5 ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการอื่นๆ เบิกจ่ายตามแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข เช่น กรณีส่งต่อ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

6.1.6 กรณีเปลี่ยนสิทธิหรือเสียชีวิต จะหมดสิทธิในการขอรับค่าใช้จ่ายในเดือนนั้น

6.1.7 กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่หน่วยบริการที่ลงทะเบียนไว้ จะต้องทำการส่งตัวผู้ป่วยไปรับบริการฟอกเลือดอีกหน่วยบริการหนึ่ง หน่วยบริการที่รับลงทะเบียน จะ ต้องส่งตัวผู้ป่วยผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ตามที่ สปสช.กำหนด (โปรแกรม สกส.) และหน่วยบริการที่ ฟอกเลือดสามารถรับค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้

6.1.8 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องทำการฟอกเลือดที่หน่วยบริการหรือสถานบริการ แห่งอื่น (ที่อยู่ในโครงการ) นอกเหนือจากที่รับบริการประจำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในกรณี ดังกล่าวขอให้หน่วยบริการ/สถานบริการ แห่งอื่นที่รักษา ประสานแจ้งหน่วยบริการ HD ที่ผู้ป่วย ลงทะเบียนไว้ ให้ทำการส่งตัวผู้ป่วย ผ่านโปรแกรม สกส. และหน่วยบริการ/สถานบริการแห่งอื่น ที่ล้างไตสามารถรับค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้ โดยไม่ให้เบิกค่าตัวกรองเพิ่ม (การส่งตัว

ในโปรแกรมของ สกส.ในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี 3 แบบ ได้แก่ 1.โอนย้าย คือการส่งตัวชนิดถาวร 2.ชั่วคราว คือการส่งตัวเป็นระยะเวลา 7 วัน และ 3.ร่วมดูแล คือการส่งตัวที่สามารถเบิกจ่ายได้ทั้ง 2 หน่วย)

6.2 การชดเชยค่าผ่าตัดหลอดเลือดสำหรับทำ HD (vascular access)

6.2.1 สปสช.จะจ่ายชดเชย ให้น่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ/หรือ หน่วยบริการ/สถานบริการ ที่มีสัญญาให้บริการระยะยาว (2.1) เท่านั้น สถานบริการที่ทำสัญญา ระยะสั้น (2.2) ไม่สามารถเบิกค่าทำเส้น HD ได้

6.2.2 ผู้ป่วยที่มีสิทธิได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดสำหรับทำ HD (vascular access) ต้องเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีสิทธิในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD และลงทะเบียน แล้วเท่านั้น

6.2.3 หน่วยบริการ/สถานบริการ ที่ให้บริการผ่าตัดหลอดเลือดสำหรับทำ HD (vascular access) แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายได้ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น

6.2.4 กรณีที่มีการส่งตัวผู้ป่วยจากหน่วยบริการ สถานบริการ ที่ไม่สามารถผ่าตัดหลอดเลือด สำหรับทำ HD ได้ ไปรับบริการที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือหน่วยบริการ ที่ทำสัญญา HD ระยะยาว (2.1) หน่วยบริการนั้น สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้

6.2.5 สปสช.กำหนดการตัดรอบข้อมูลเพื่อการจ่ายชดเชย ทุกวันที่ 25 ของทุกเดือนและ ทำการตรวจสอบข้อมูลพร้อมทั้งออกรายงานและขออนุมัติการจ่ายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

7. วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนและชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริการ

7.1 การบันทึกข้อมูลการให้บริการ HD

หน่วยบริการ สถานบริการ สามารถบันทึกข้อมูลการให้บริการ HD และข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรม HD 2.2 ที่พัฒนาโดย สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) โดยก่อน บันทึกข้อมูลเพื่อรับค่าใช้จ่าย ต้องทำการรับข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยเข้าโปรแกรม HD 2.2 ก่อน โดยศึกษาขั้นตอนได้จาก web site ของ สกส. กรณี ให้บริการผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการลงทะเบียน (ได้รับการอนุมัติสิทธิ HD แล้วแต่ยังไม่ขึ้นทะเบียน) ให้เก็บข้อมูลบริการไว้และ บันทึกหลังจากมีชื่อผู้ป่วยในทะเบียนแล้ว

การบันทึกค่าบริการ

7.1.1 บันทึกเบิกค่าบริการรักษาพยาบาลด้วยโปรแกรมทะเบียนการรักษาทดแทนไต (HD) เมื่อให้บริการผู้ป่วยทุกราย

7.1.2 ใช้อัตรา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตามที่ สปสช.กำหนด

7.1.3 หน่วยบริการ สถานบริการ ส่งข้อมูลการรักษาได้ทุกวัน สกส.จะมีการตรวจสอบข้อมูล และส่งเอกสารตอบกลับค่าบริการพยาบาลรายวัน (REP) ให้หน่วยบริการ/สถานบริการรับทราบในวันทำการถัดไป

7.1.4 สกส.จะส่งรายงานสรุปยอดรวมรายการค่าบริการรักษาพยาบาล (Statement) ให้หน่วยบริการ เดือนละ 2 ครั้ง

7.1.5 สกส. จะส่งรายงานสรุปยอดตามรายการยา Erythropoietin (EUR) ให้หน่วยบริการ ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

7.1.6 หลังจากได้รับข้อมูล สปสช. จะทำการประมวลผลและออกรายงานการชดเชย

7.2 การบันทึกข้อมูลการให้บริการผ่าตัดหลอดเลือดสำหรับทำ HD (vascular access)

บันทึกในโปรแกรม E- Claim ของ สปสช.หรือส่งข้อมูลเบิกด้วยเอกสาร ตามแบบฟอร์มที่กำหนดระหว่างรอ สปสช. พัฒนาโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์

7.3 การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ

การเบิกชดเชยค่าบริการ สปสช. จะรับข้อมูลมาพิจารณาตรวจสอบ และออกรายงานการจ่ายชดเชย

7.3.1 ค่าบริการ HD จะออกรายงานขออนุมัติจ่ายชดเชย เดือนละ 2 ครั้ง

7.3.2 การชดเชยค่าผ่าตัดหลอดเลือดสำหรับทำ HD (vascular access) สปสช.จะตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือน และออกรายงานขออนุมัติจ่ายชดเชย ภายในวันที่ 30 ของเดือนถัดไป

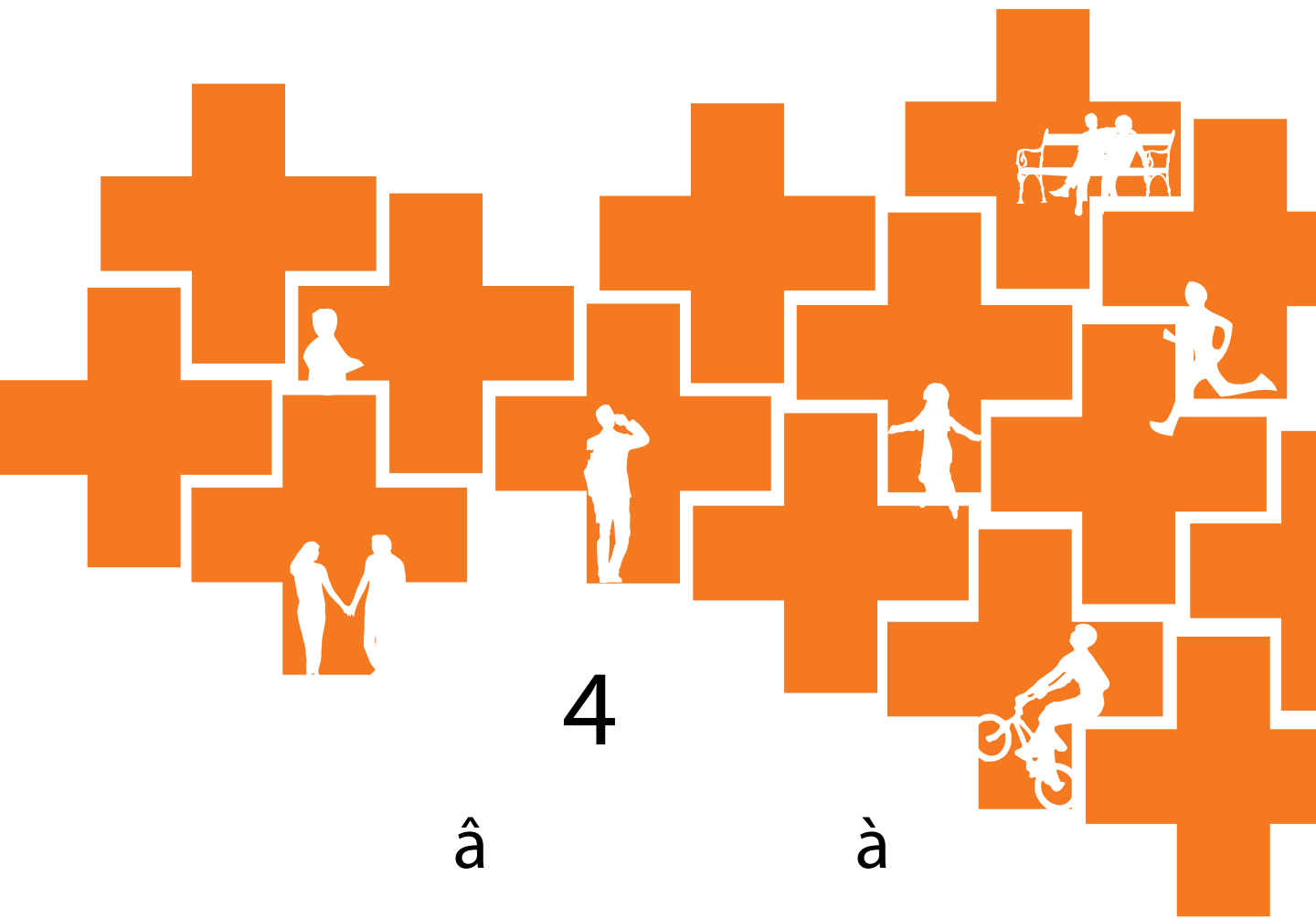
7.4 การอุทธรณ์หลังการจ่าย

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายชดเชยของ สปสช. ไม่ถูกต้องตามแนวทางการจ่ายชดเชยดังกล่าวนี้ สามารถอุทธรณ์มายัง สปสช. ได้ ภายใน 30 วัน หลังรับรายงานการจ่ายเงิน กรณีค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) สปสช. จะพิจารณาจากข้อมูลบริการที่บันทึกและการถูกปฏิเสธ ในโปรแกรมของ สกส.

หมายเหตุ

ทั้งนี้รายละเอียดตามประกาศ สปสช. เรื่องการสนับสนุนและชดเชยค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) และ แนวทาง ดำเนินงาน เรื่องการสนับสนุน และชดเชยค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD)

ประกาศ สปสช. เรื่องการสนับสนุนและชดเชยค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) ในภาคผนวก และประกาศ สปสช. เรื่องการสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553



4

à

à

บทที่ 4

การจัดบริการบำบัดทดแทนไต ด้วยการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT)

1. หลักการและเหตุผล

การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation ; KT) เป็นเป้าหมายหลักสำหรับการจัดบริการทดแทนไตแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของประเทศไทย เนื่องจากเป็นวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตและทำงานได้ดีที่สุด การผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นการรักษาพยาบาลที่ค่าใช้จ่ายที่สูงมาก และไม่เพียงต้องการความรู้ความชำนาญของทีมงานในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังต้องการความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ การเตรียมการจัดหาอวัยวะที่จะปลูกถ่าย การจัดเตรียมความพร้อมผู้บริจาคหรืออวัยวะที่บริจาค การเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการ จนถึงภายหลังจากการปลูกถ่ายไตแล้วก็ยังคงต้องมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพื่อลดผลจากภาวะภูมิคุ้มกันที่มีต่ออวัยวะที่ปลูกถ่าย

ดังนั้น เพื่อสนับสนุนการจัดบริการปลูกถ่ายไตเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยบริการ จึงกำหนดแผนพัฒนาระบบในปี 2555 โดยจะจัดบริการผู้ป่วยทั้งรายเก่าและรายใหม่ สนับสนุนกิจกรรมเตรียมความพร้อม Living Donor สนับสนุนการพัฒนา KT Excellent Center และ Donor Hospital พร้อมทั้ง พัฒนา Transplant Co-ordinator และควบคุมคุณภาพบริการ

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไต ด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีสามารถกลับมาใช้ชีวิตและทำงานได้ตามปกติ

3. การบริหารงบประมาณ

เป้าหมายบริการ : ปีงบประมาณ 2555 จะสนับสนุนการพัฒนาระบบตามแผนพัฒนาระบบบริการดังกล่าวข้างต้น และการชดเชยค่าบริการ ผู้ป่วยที่รับบริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ระยะเวลาในการดำเนินการ : ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2555

4. การบริหารจัดการ

4.1 การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่จะดำเนินให้บริการทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ต้องแสดงความจำนงเข้าร่วมบริการ โดยต้องเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

4.2 หน้าที่ของหน่วยบริการ

จัดระบบการลงทะเบียนผู้รับบริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

4.2.1 จัดให้มีระบบการให้บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ที่มีสถานที่และเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสม และพอเพียงเพื่อบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

4.2.2 จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต หรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดหนึ่งคน เป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบโครงการ และมีพยาบาลโรคไตเป็น KT Case Manager

4.2.3 ให้บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน

4.2.4 จัดบริการให้เป็นไปตามชุดบริการต่างๆ (Protocol) ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

4.2.5 จัดให้มีกิจกรรมการให้บริการในแต่ละชุดบริการ (Protocol) ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

4.2.6 จัดเตรียมระบบในการส่งข้อมูลต่างๆ ตามที่ สปสช. กำหนดเพื่อประกอบการขอรับการชดเชยหรือสนับสนุนค่าบริการ

4.2.7 จัดให้มีคณะกรรมการทำหน้าที่ คัดกรองเบื้องต้นผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

4.3 รายชื่อหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน

หน่วยบริการที่มีศักยภาพและได้แสดงความจำนงให้บริการ รวม 15 แห่ง ดังนี้

4.3.1	โรงพยาบาลพุทธชินราช	จังหวัดพิษณุโลก
4.3.2	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	กรุงเทพมหานคร
4.3.3	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	จังหวัดสงขลา
4.3.4	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กรุงเทพมหานคร
4.3.5	โรงพยาบาลขอนแก่น	จังหวัดขอนแก่น
4.3.6	โรงพยาบาลศรีนครินทร์	จังหวัดขอนแก่น
4.3.7	โรงพยาบาลรามธิบดี	กรุงเทพมหานคร
4.3.8	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่	จังหวัดเชียงใหม่
4.3.9	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
4.3.10	โรงพยาบาลราชวิถี	กรุงเทพมหานคร
4.3.11	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล	มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
4.3.12	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	จังหวัดปทุมธานี
4.3.13	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	จังหวัดอุบลราชธานี
4.3.14	โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพมหานคร
4.3.15	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพมหานคร

หมายเหตุ: ทั้งนี้หากมีหน่วยบริการร่วมให้บริการเพิ่มเติม สปสช.จะประกาศเพิ่มเติมต่อไป

4.4 การลงทะเบียนผู้ป่วย

4.4.1 ผู้มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่จะรับบริการปลูกถ่ายไต ต้องเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการพิจารณาว่าจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตตามเกณฑ์

ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย และเป็นผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้ง สิทธิว่าง ส่วนผู้บริจาคไต (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้

4.4.2 การลงทะเบียนผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนสำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย เพื่อการปลูกถ่ายไต (FM-15-001) ตามที่ สปสช.กำหนด เพื่อขอรับการพิจารณา และลงทะเบียน ซึ่งหน่วยบริการจะต้องตรวจสอบสิทธิก่อนการให้บริการทุกครั้ง และ ณ วันที่รับบริการผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (แบบฟอร์มการลงทะเบียนในภาคผนวก)

4.4.3 การตรวจสอบการลงทะเบียนผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาและลงทะเบียน ขอรับบริการปลูกถ่ายไต หน่วยบริการสามารถตรวจสอบผ่านโปรแกรม DMIS_KT เลือกสืบค้น PID ในข้อมูลลงทะเบียนปลูกถ่ายไต

5. แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ

การสนับสนุนการให้บริการครอบคลุมตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียม การปลูกถ่าย และการดูแลหลังปลูกถ่ายไต โดยการสนับสนุนเป็นไปตามชุดบริการ (Protocol) ตามที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยเสนอ โดย Protocol ดังกล่าว มีการจำแนกย่อย และมีค่าใช้จ่ายที่จ่ายในลักษณะเหมาตาม Protocol โดยแบ่งการจ่ายเงินเป็น 2 ช่วง มีรายละเอียดดังนี้

5.1 ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

- สำหรับ ผู้บริจาคอวัยวะ ทั้งผู้บริจาคที่มีชีวิต และผู้บริจาคสมองตาย
- สำหรับผู้รับบริจาค

5.2 ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

ขอเชิญให้หน่วยบริการ แบบราคาเหมาจ่ายค่าบริการตามชุดบริการ (Protocol) ในระหว่างเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยใน จนกระทั่งจำหน่าย รวมทั้งเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 2 กรณี คือ

5.2.1. กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายตาม Protocol I-IV

5.2.2. 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 แสดงแนวทางค่าบริการปลูกถ่ายไต

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด		
1.1 สำหรับผู้บริจาค (Donor)		
1.1.1 ผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living Donor)		
1.1.1.1 ค่าเตรียมผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living Donor)	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้รับบริจาค 1 ราย 	40,000
1.1.1.2 ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living Donor) ระหว่างเข้ารับการผ่าตัด	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	32,800
1.1.2 ผู้บริจาคสมองตาย (Deceased Donor)		
1.1.2.1 ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased Donor)	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าดูแล Donor • ค่าผ่าตัด • ค่าน้ำยาถนอมอวัยวะ • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าดำเนินการเกี่ยวกับศพ 	40,000
1.2 สำหรับเตรียมผู้รับบริจาค (Recipient)		
1.2.1 ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคที่มีชีวิต		
1.2.1.1 ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	31,300

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
1.2.2 ผู้รับบริการจากผู้บริจาคสมองตาย		
1.2.2.1 ค่าเตรียมผู้รับบริจาค ก่อนเข้ารับการผ่าตัด	<ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> • สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม low risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย • ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Cyclosporine + Mycophenolate • ไม่รวม Complication ต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ • ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine Level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล 	143,000
Protocol-II <ul style="list-style-type: none"> • สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม low risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย • ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus + Mycophenolate 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	148,000

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
<ul style="list-style-type: none"> • ไม่รวม Complication ต่าง ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ • ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล 	
<p>Protocol-III</p> <ul style="list-style-type: none"> • สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม High Risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย • ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basilimap + Cyclosporine + Mycophenolate • ไม่รวม Complication ต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ • ค่ายา Basiliximab X 2 Dose • ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล 	287,000
<p>Protocol-IV</p> <ul style="list-style-type: none"> • สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม high risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย • ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basilimap + Cyclosporine + Mycophenolate • ไม่รวม Complication ต่าง ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ 	292,000

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
	<ul style="list-style-type: none"> • ค่ายา Basiliximab X 2 Dose • ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine Level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล 	
2.2 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีมีภาวะแทรกซ้อน		
<p>Protocol ACR-A (Acute Cellular Rejection)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Acute Cellular Rejection • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าทำ Ultrasound Guide Renal Biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ • ค่ายา Methylprednisolone • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ไม่รวมค่าทำ Acute Hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute Hemodialysis ให้เพิ่ม Protocol DGF-B) 	23,000
<p>Protocol ACR-B (Refractory Acute Cellular Rejection)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Acute Cellular Rejection • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าทำ Ultrasound Guide Renal Biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ • ค่ายา Methylprednisolone • ค่ายา Anti-thymocyte Globulin • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ไม่รวมค่าทำ Acute Hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute Hemodialysis ให้เพิ่ม Protocol DGF-B) 	493,000

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
<p>Protocol AMR-A (Antibody Mediated Rejection)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Antibody Mediated Rejection • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าทำ Ultrasound Guide Renal Biopsy • ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่ายา Methylprednisolone • ค่ายา Intravenous Immunoglobulin • ค่า Plasmapheresis และตัวกรอง Plasmaflux • ค่าสาย Double Lumen Catheter • ไม่รวมค่าทำ Acute Hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute Hemodialysis ให้เพิ่มด้วย Protocol DGF-C) 	340,000
<p>Protocol AMR-B (Refractory Antibody Mediated Rejection)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Antibody Mediated Rejection • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าทำ Ultrasound Guide Renal Biopsy • ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่ายา methylprednisolone • ค่ายา intravenous immunoglobulin • ค่ายา rifuximab • ค่า plasmapheresis และตัวกรอง plasmaflux • ค่าสาย double lumen catheter • ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย protocol DGF-C) 	426,000
<p>Protocol DGF-A (delay graft function)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ใช้ร่วมกับ protocol I-VI ในกรณีที่มี 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy • ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ 	56,000

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
<ul style="list-style-type: none"> • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่าสาย Double Lumen Catheter • ค่าทำ Acute Hemodialysis 	
<p>Protocol DGF-B (Delay Graft Function Acute Cellular Rejection)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol ACR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function <p>ร่วมกับ Acute Cellular Rejection</p> <ul style="list-style-type: none"> • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่าสาย Double Lumen Catheter • ค่าทำ Acute Hemodialysis <ul style="list-style-type: none"> • ไม่รวมค่าทำ Ultrasound Guide Renal Biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน 	40,000
<p>Protocol DGF-C (Delay Graft Function with antibody mediated rejection)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol AMR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function ร่วมกับ Antibody Mediated Rejection • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 	<p>Protocol ACR-A และ ACR-B)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง • 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 ตามตารางที่ 4 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 โดยแยกประเภท ดังนี้

- 1) อัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ตามตารางที่ 5)
- 2) อัตราจ่ายกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย (ตามตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 แสดงอัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

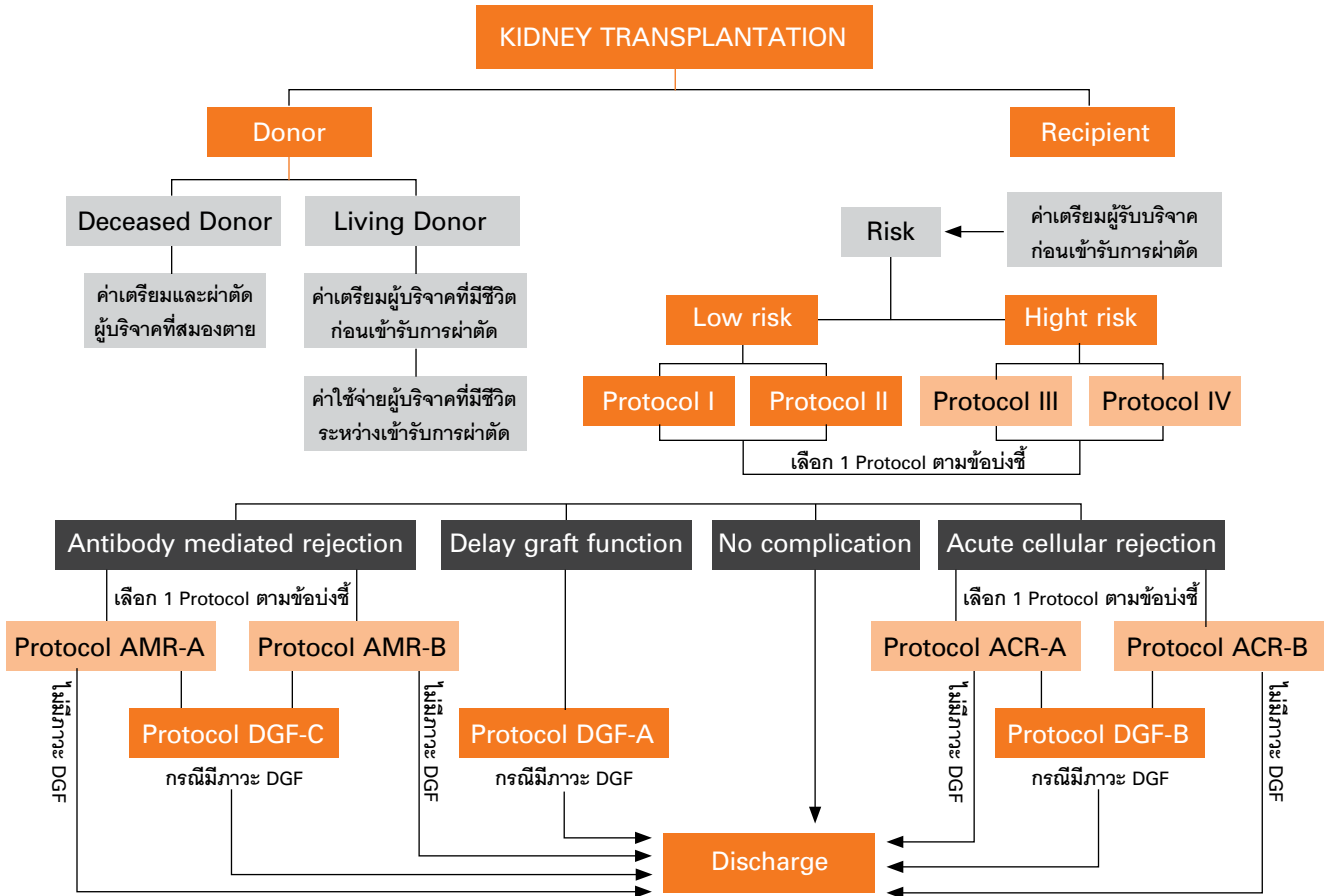
Protocol	อัตราจ่าย (บาท)
Protocol-I	143,000
Protocol-II	148,000
Protocol-III	287,000
Protocol -IV	292,000

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 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้ถือว่าใบส่งตัวนั้นครอบคลุมการส่งตัวรักษาโรคอื่น ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไต 1 ปี

แผนภาพที่ 1 แสดงแนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการปลูกถ่ายไต



หมายเหตุ

- ภาวะแทรกซ้อน Protocol AMR และ Protocol ACR สามารถเกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัด (ในช่วงระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาล) หน่วยบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเพิ่มเติมจาก Protocol 1-4 ได้ โดยแพทย์ผู้ทำการรักษา ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามข้อบ่งชี้ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะ และแนบใบรับรองแพทย์ประกอบการเบิกจ่าย
- ภาวะแทรกซ้อน Protocol DGF (Delay Graft Function) สามารถเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายกลับบ้านไปแล้ว และกลับมานอนในโรงพยาบาลใหม่ หน่วยบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามที่กำหนด

5.1.3 เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

- 1) การจ่ายค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่ายต่อ Protocol ที่กำหนด หากมีการปรับเปลี่ยน Protocol ระหว่างรับการรักษา จะได้รับค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณา
- 2) ค่าบริการที่จ่ายนี้ไม่ครอบคลุมโรคแทรกซ้อน หรือโรคที่เป็นอยู่เดิม หากหน่วยบริการต้องให้บริการในกรณีโรคแทรกซ้อน หรือโรคเดิม ให้ส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปี 2555 (หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ร่วมโครงการต้องแจ้งให้ผู้ป่วยผ่านระบบส่งต่อตั้งแต่แรกเริ่มเข้าสู่โครงการ เพื่อป้องกันการปฏิเสธการจ่ายในกรณีที่มีการรักษาโรคอื่นๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อน หรือโรคเดิมเป็นต้น)
- 3) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากโครงการตามขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขนี้ จนกระทั่งสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้สิทธิ เช่น เสียชีวิต หรือเปลี่ยนสิทธิ
- 4) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด ในช่วงเวลาประมาณ 21 วัน หน่วยบริการจะได้รับการจ่ายค่าบริการในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดใน Protocol

5.1.4 งวดการจ่ายเงิน

สปสช.กำหนดการตัดข้อมูลเพื่อจ่ายชดเชยทุกสิ้นเดือน โดยทำการตรวจสอบและออกรายงานขออนุมัติจ่ายชดเชยภายใน 30 วัน โดยนำผลงานการให้บริการจริงรายเดือน ไปหักล้างกับเงินที่มีการจ่ายล่วงหน้าไปเมื่อปีงบประมาณ 2552 จนกระทั่งเงินล่วงหน้าถูกหักล้างทางบัญชีหมดแล้ว หน่วยบริการจึงจะได้รับการชดเชยตามผลงานการให้บริการจริงรายเดือน

5.1.5 การส่งเอกสารหลักฐานเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการส่งเอกสารเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายใน 30 หลังให้บริการ ประกอบด้วยเอกสาร/หลักฐานดังนี้

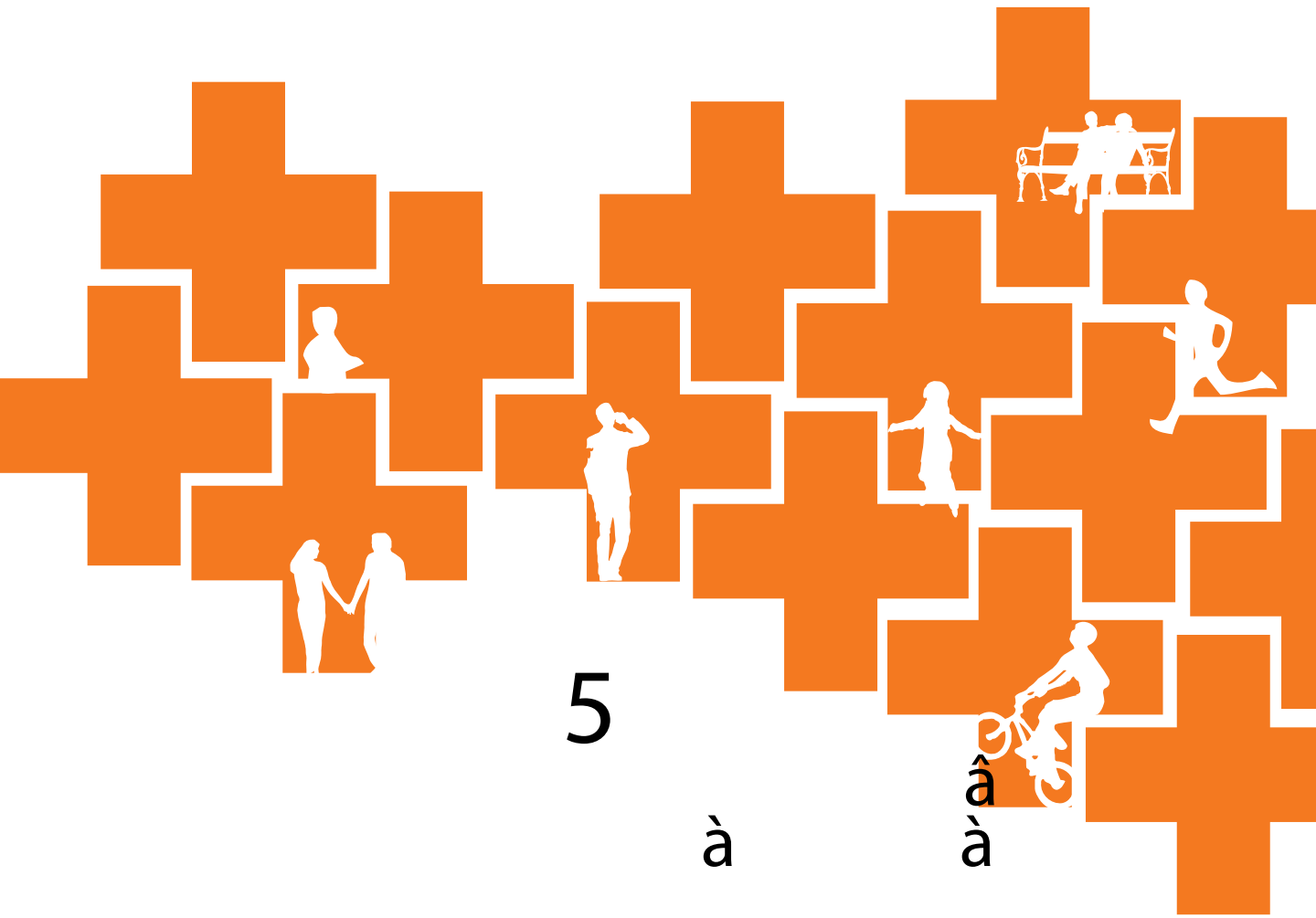
- 1) หนังสือแจ้งเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการ
- 2) แบบฟอร์มขอรับค่าใช้จ่ายสำหรับการปลูกถ่ายไต ตามที่ สปสช.กำหนด (แบบ FM-KTX-CO1 ในภาคผนวก)
- 3) กรณีมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วยให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

หมายเหตุ

ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยน Protocol หรือเสียชีวิต ระหว่างผ่าตัด หรืออื่นๆ สปสช.อาจขอสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายเงินทดแทนได้

5.1.6 การอุทธรณ์

หน่วยบริการที่ได้ให้บริการนอกเหนือจากแนวทางปฏิบัติที่กำหนดใน Protocol สามารถส่งหลักฐาน คือ สำเนาเวชระเบียน ฉบับสมบูรณ์ มาขออุทธรณ์ได้ที่ สปสช.ได้ ทั้งนี้ผลการอุทธรณ์ให้ถือตามผลการพิจารณาของคณะกรรมการที่ สปสช. กำหนด



5

à

à

บทที่ 5

การจัดบริการยากดภูมิคุ้มกัน ภายหลังการปลูกถ่ายไต

1. หลักการและเหตุผล

เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สปสช.จึงได้จัดระบบการสนับสนุน การให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต (Immunosuppressive drug) ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและหน่วยบริการที่ร่วมโครงการ ด้วยแนวทางการสนับสนุนดังนี้

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับบำบัดทดแทนไต ด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ได้เข้าถึงบริการยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดี สามารถกลับมาใช้ชีวิตและทำงานได้ตามปกติ

3. การบริหารงบประมาณ

เป้าหมาย : ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตทั้งรายเก่า (ผ่าตัดก่อน 1 ตุลาคม 2551) และรายใหม่ (ผ่าตัดตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2551 เป็นต้นมา)

ระยะเวลาในการดำเนินการ : ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 จนถึง วันที่ 30 กันยายน 2555

4. การบริการจัดการ

การรับยากดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressive drug) ภายหลังจากผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ยากดภูมิคุ้มกันต้องเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น

4.1 การขึ้นทะเบียน หน่วยบริการ

หน่วยบริการที่ให้บริการจ่ายยากดภูมิคุ้มกันให้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ต้องเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพตามเกณฑ์ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย และแสดงความจำนงกับสปสช. ขณะนี้มี จำนวน 18 แห่ง ดังนี้

- | | | |
|----|------------------------------------|---------------------------|
| 1 | โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ | จังหวัดเชียงใหม่ |
| 2 | โรงพยาบาลพุทธชินราช | จังหวัดพิษณุโลก |
| 3 | โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร | จังหวัดพิษณุโลก |
| 4 | โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ | จังหวัดปทุมธานี |
| 5 | โรงพยาบาลระยอง | จังหวัดระยอง |
| 6 | โรงพยาบาลชลบุรี | จังหวัดชลบุรี |
| 7 | โรงพยาบาลขอนแก่น | จังหวัดขอนแก่น |
| 8 | โรงพยาบาลศรีนครินทร์ | จังหวัดขอนแก่น |
| 9 | โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ | จังหวัดอุบลราชธานี |
| 10 | โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี | จังหวัดสุราษฎร์ธานี |
| 11 | โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ | จังหวัดสงขลา |
| 12 | โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช | กรุงเทพมหานคร |
| 13 | โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า | กรุงเทพมหานคร |
| 14 | โรงพยาบาลรามาธิบดี | กรุงเทพมหานคร |
| 15 | โรงพยาบาลราชวิถี | กรุงเทพมหานคร |
| 16 | คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล | มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร |
| 17 | โรงพยาบาลศิริราช | กรุงเทพมหานคร |
| 18 | โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ | กรุงเทพมหานคร |

หมายเหตุ: ทั้งนี้หากมีหน่วยบริการร่วมให้บริการเพิ่มเติม สปสช.จะประกาศเพิ่มเติมต่อไป

4.1.1 หน้าที่ของหน่วยบริการ

ให้บริการยากดภูมิคุ้มกัน แก่ผู้ป่วยที่หน่วยบริการนั้นได้ให้บริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต หรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากหน่วยบริการ/สถานบริการอื่นๆ โดยดำเนินการ ดังนี้

- 1) จัดระบบการลงทะเบียนผู้รับบริการ รับยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต
- 2) จัดให้มีระบบการให้บริการจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน ที่มีสถานที่และเจ้าหน้าที่ ที่เหมาะสม และพอเพียงเพื่อบริการผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตอย่างต่อเนื่อง
- 3) จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต หรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด และมีพยาบาลโรคไตเป็น Case Manager
- 4) ให้บริการจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressive Drug) ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) การให้บริการเป็นไปตามเงื่อนไขการจ่าย ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา หลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน
- 6) จัดเตรียมระบบในการส่งข้อมูลต่างๆ ตามที่ สปสช.กำหนดเพื่อประกอบการขอรับการชดเชยหรือสนับสนุนค่าบริการ

4.2 การลงทะเบียนผู้ป่วย

ผู้มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึง สิทธิว่างที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากหน่วยบริการ/สถานบริการต่างๆ ทั้งรายเก่า และรายใหม่

การลงทะเบียนผู้ป่วย

ให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ ลงทะเบียน ผู้ป่วยที่มีสิทธิรับยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ในโปรแกรม DMIS_KT เมื่อได้รับการลงทะเบียนแล้ว หน่วยบริการจะต้องตรวจสอบสิทธิก่อนการให้บริการทุกครั้ง โดยในวันที่รับบริการยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง

4.3 บทบาท Case Manager

พยาบาลโรคไต Case Manager ทำหน้าที่ให้ความรู้ทั่วไปในการดูแลปฏิบัติตน ก่อน ระหว่าง และภายหลังการรับบริการยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต อธิบายภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมไปถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

5. แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ

การให้ยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ อัตราค่าบริการนี้ครอบคลุมการตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา ภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต 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 จะจ่ายต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือหมดสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

7. การส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

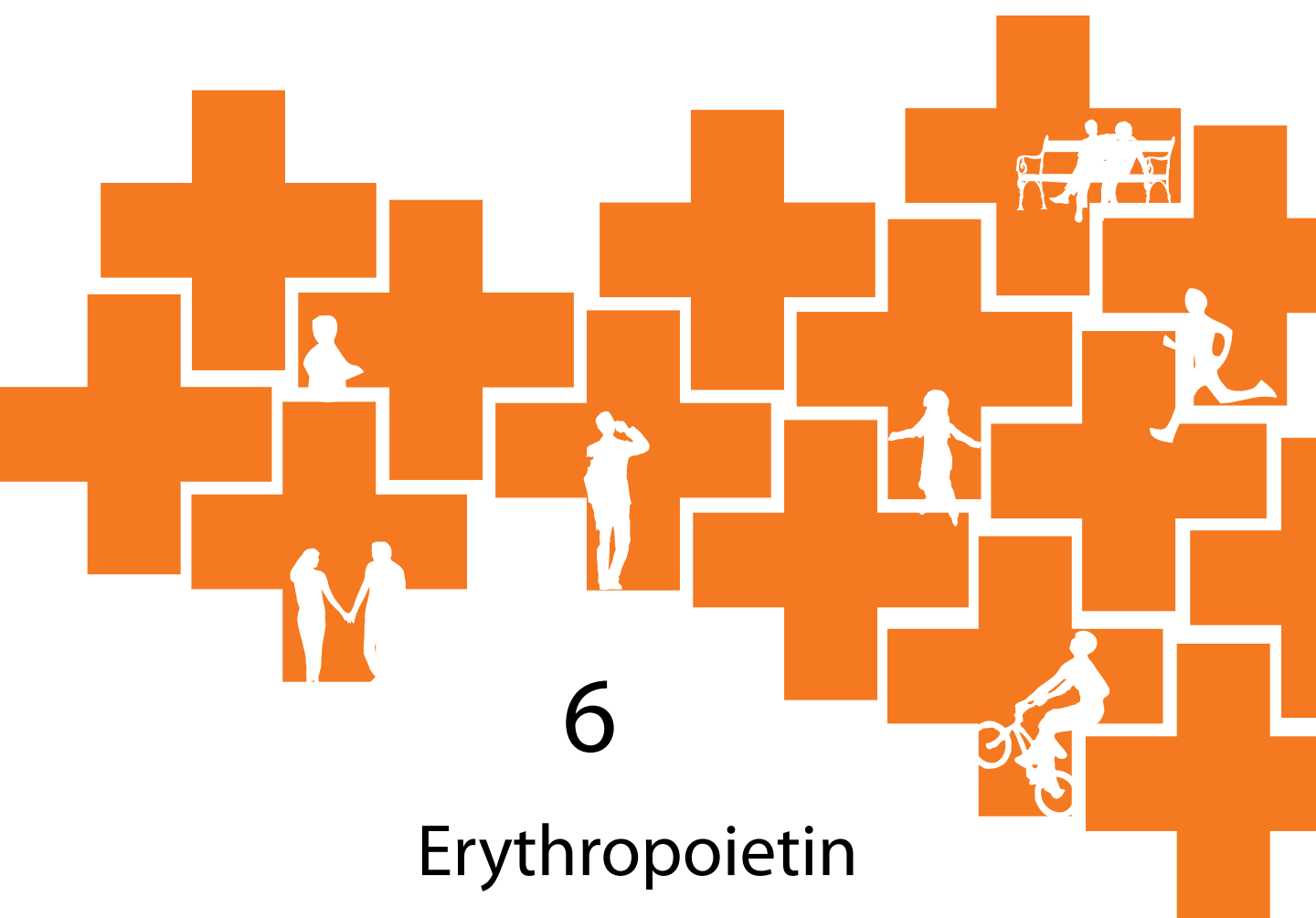
ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการ ลงข้อมูลการรักษา และการติดตามผลการรักษาให้ครบถ้วน ในโปรแกรม DMIS_KT เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายในวันที่ 30 ของทุกเดือน โดยหน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้ยาได้ไม่เกิน 1 ครั้ง/เดือน

8. การออกรายงานการจ่ายเงิน

สปสช. กำหนดรอบการตัดข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายทุกวันที่ 30 ของเดือน และพิจารณาออกรายงานเพื่อขออนุมัติจ่ายเงิน ไม่เกินวันที่ 30 ของเดือนถัดไป

9. การอุทธรณ์

กรณีที่หน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับการพิจารณาการจ่ายชดเชย สามารถดำเนินการอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วัน หลังได้รับรายงานการโอนเงินจาก สปสช.



6

Erythropoietin

บทที่ 6

การสนับสนุนยา Erythropoietin

1. หลักการและเหตุผล

เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับบริการทดแทนไตที่มีคุณภาพ สปสช. จึงกำหนดให้การสนับสนุน ยา Erythropoietin ซึ่งเป็นยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ที่มีความจำเป็นต่อการรักษาพยาบาล

2. แนวทางการสนับสนุน

2.1 ให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิรับบริการล้างไตทางช่องท้อง CAPD และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD และผู้ป่วยรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หลังวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด มีสิทธิได้รับยาตามความจำเป็น และข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ รวมทั้งราคาของยาแต่ละชื่อยา ตามตารางที่ 7 ดังนี้

ตารางที่ 7 แสดงรายการสับสนุนยา Erythropoietin

ชื่อยา	ขนาด (ยูนิต)	ระดับ Hct \leq 30% เบิกได้ตามจริงและไม่เกิน	ระดับ Hct > 30 - 36% เบิกได้ตามจริงและไม่เกิน
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
Renogen	4,000	10 ครั้งต่อเดือน	5 ครั้งต่อเดือน
Epiao	4,000	10 ครั้งต่อเดือน	5 ครั้งต่อเดือน
Biogetin	4,000	10 ครั้งต่อเดือน	5 ครั้งต่อเดือน

หมายเหตุ รายการยาอาจมีการเปลี่ยนแปลงในระหว่างปีตามสถานการณ์ทางการตลาด

2.2 ให้หน่วยบริการ สถานบริการที่ร่วมให้บริการ CAPD และ HD มีสิทธิเบิกยา Erythropoietin ที่ใช้บริการผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม และเบิกค่าบริหารจัดการ ค่าบริการอื่นๆ และการส่งข้อมูลการใช้ยา ดังกล่าวในอัตรา 50 บาทต่อการใช้ยา 1 ครั้ง และรวมทั้งเดือนไม่เกิน 200 บาทต่อผู้ป่วยที่ต้องให้ยา 1 คน โดยเบิกยาและส่งข้อมูล ผ่านระบบตามทีสปสช. กำหนดทุกเดือน

2.3 หน่วยบริการ สถานบริการที่ให้ยา Erythropoietin ชื่อยาใดชื่อยาหนึ่งควรให้ติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี ยกเว้นมีความจำเป็นทางการแพทย์ก็ให้เปลี่ยนเป็นชื่อยาอื่นได้ โดยให้หน่วยบริการ/สถานบริการทำหนังสือชี้แจงเหตุผลในการเปลี่ยนยา ให้ สปสช. ทราบ รวมทั้งต้องติดตามระดับ Hct ทุก 4 สัปดาห์ในผู้ป่วย HD และ ติดตามระดับ Hct ทุก 8 สัปดาห์ ในผู้ป่วย CAPD ต่อครั้งเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยาผู้ป่วย

2.4 การให้ยา Erythropoietin ต้องให้โดยบุคลากรทางการแพทย์ ของหน่วยบริการ หรือสถานบริการโดยตรง สำหรับผู้ป่วย CAPD อาจให้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายที่อยู่ใกล้บ้านได้ สำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะได้รับยาเมื่อมารับบริการฟอกเลือดในหน่วย HD โดยไม่ให้ผู้ป่วยนำยาไปฉีดเองที่บ้าน

3. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

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

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

3.3 หน่วยบริการ/สถานบริการ ที่ให้ยาแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสิทธิเบิกยาได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

3.4 การประมวลผลข้อมูลเพื่อชดเชยยา Erythropoietin จะดูจากผล Hct ขนาดยา และชื่อยาที่ใช้กับผู้ป่วย รายละเอียดการคำนวณจำนวนยาทั้งสำหรับหน่วยบริการ CAPD และหน่วยบริการ/สถานบริการ HD จะใช้วิธีการคำนวณ แบบเดียวกัน ตามรายละเอียดในภาคผนวก

3.5 การประมวลผลข้อมูลเพื่อชดเชยค่าบริหารจัดการยา จะคำนวณตามการใช้ยา รายละเอียดการคำนวณ ทั้งสำหรับหน่วยบริการ CAPD และหน่วยบริการ/สถานบริการ HD จะใช้วิธีการคำนวณแบบเดียวกัน

3.6 ค่า Hematocrit (Hct) ที่ใช้เป็นเกณฑ์ คือค่า Hct ต่ำสุดของเดือนในกรณีที่หน่วยบริการไม่ได้ตรวจในครั้งใด ก็จะใช้ค่า Hct ที่หน่วยบริการนั้นตรวจให้แก่ผู้ป่วยในครั้งก่อนแต่ไม่เกิน 28 วันแทน

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

4. วัธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุน และชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริการ

4.1 การบันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin และค่าบริหารจัดการยา

4.1.1 หน่วยบริการ CAPD

- 1) บันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรม DMIS โดยบันทึกข้อมูลหลังจากให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกเดือน และ สปสช.จะตัดข้อมูลการบริการของเดือนที่ผ่านมา ในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป
- 2) สปสช. จะประมวลข้อมูลและคำนวณเพื่อชดเชยยา Erythropoietin และส่งข้อมูลให้องค์การเภสัชกรรมเพื่อจัดส่งยาให้หน่วยบริการผ่านระบบ VMI ซึ่งยาจะส่งถึงหน่วยบริการหลังจากตัดข้อมูลประมาณ 10 วัน
- 3) สปสช.การประมวลและคำนวณค่าบริหารจัดการยา เพื่อจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการ ทุกสิ้นเดือน
- 4) หน่วยบริการสามารถตรวจสอบข้อมูลการได้รับชดเชยยา หรือ Erythropoietin usage report (EUR) ได้ที่ Web site DMIS_CAPD

4.1.2 หน่วยบริการ /สถานบริการ HD

- 1) บันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรมฟอกเลือด ที่พัฒนาโดยสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)
- 2) หน่วยบริการ/สถานบริการ ส่งข้อมูลการรักษาได้ทุกวัน สทส.จะมีการตรวจสอบข้อมูล และส่งเอกสารตอบกลับรายวัน (REP) ให้หน่วยบริการ/สถานบริการรับทราบในวันทำการถัดไป
- 3) สทส. จะตัดข้อมูลการบริการของรอบเดือนที่ผ่านมาในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป และจะประมวลผลและส่งข้อมูลยา ให้แก่องค์การเภสัชกรรม เพื่อส่งยาให้หน่วยบริการ /สถานบริการผ่านระบบ VMI ซึ่งยาจะส่งถึงหน่วยบริการหลังจากตัดข้อมูลประมาณ 10 วัน
- 4) สปสช.ทำการประมวลและคำนวณค่าบริหารจัดการยา เพื่อจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการ ทุกสิ้นเดือน
- 5) สทส.จะส่งรายงานสรุปรายยอดรวมการให้ยา Erythropoietin (EUR) พร้อมค่าบริหารจัดการยาให้หน่วยบริการ เดือนละ 1 ครั้ง

4.2 การกำหนดรอบข้อมูล และการออกรายงาน

4.2.1 การชดเชยยา Erythropoietin แก่หน่วยบริการ/สถานบริการ องค์การเภสัชกรรมจะดำเนินการจัดส่งยาผ่านระบบ VMI หลังได้รับข้อมูลจาก สกส.และ สปสช โดยหน่วยบริการ/สถานบริการจะได้รับยา ภายใน 10 วันทำการหลังตัดข้อมูล

4.2.2 การชดเชยค่าบริการจัดการยา สปสช. ออกรายงานขออนุมัติการจ่ายชดเชยเดือนละ 1 ครั้ง

4.3 การอุทธรณ์หลังการจ่าย

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายชดเชยของ สปสช.ไม่ถูกต้องตามแนวทางการจ่ายชดเชยดังกล่าวนี้ สามารถอุทธรณ์มายัง สปสช.ได้ ภายใน 30 วันหลังรับรายงานการจ่ายยา

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

บทที่ 7

การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการ บำบัดทดแทนไต สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

1. ความหมาย

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

การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการ จะเกิดขึ้นได้ หลังจากหน่วยบริการ/สถานบริการ ได้ทราบผลการจ่ายชดเชยค่าบริการในแต่ละงวดแล้ว และมีความเห็นแย้งกับผลการจ่ายชดเชย ทั้งกรณีไม่ได้รับการชดเชย ได้รับการชดเชยไม่ครบ หรือไม่ตรงกับที่ขอเบิก (กรณีที่ยังไม่ถึงรอบการพิจารณา หรือยังไม่ได้รับการตรวจสอบ หรือปฏิเสธการจ่ายชดเชย จึงไม่ใช่การขออุทธรณ์)

2. วิธีการขออุทธรณ์

หน่วยบริการ/สถานบริการ ทำหนังสือแจ้ง เรื่องการขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายโดยระบุสาเหตุ และลงนามโดยผู้บริหารหน่วยบริการ/สถานบริการ พร้อมกับแนบหลักฐานประกอบ ดังนี้

2.1 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)

2.1.1 แบบฟอร์ม ขอรับการจ่ายชดเชยค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตามเอกสารในภาคผนวก)

- 2.1.2 Hemodialysis Sheet
- 2.1.3 รายงานการจ่ายเงิน (Statement) จาก สกส.
- 2.1.4 หนังสือตอบรับรายวัน (REP) จาก สกส.

2.2 การให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis)

- 2.2.1 รายงานการจ่ายเงินจาก สปสช. จาก www.nhso.go.th/acc
- 2.2.2 สำเนาการบันทึกข้อมูล Follow up ในโปรแกรม DMIS_CAPD

2.3 การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการปลูกถ่ายไตแล้วมีค่าใช้จ่ายสูงอย่างชัดเจน ให้แนบเอกสารดังต่อไปนี้

- 2.3.1 บันทึกข้อความจากหน่วยบริการชี้แจงเหตุผล หรือความจำเป็นในกรณีต่างๆ
- 2.3.2 รายการแสดงค่าใช้จ่ายทั้งหมด
- 2.3.2 ประวัติการรักษาพร้อมสำเนาเวชระเบียน

2.4 ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin)

- 2.4.1 แบบฟอร์ม ขอรับการออกฤทธิ์ยา Erythropoietin
- 2.4.2 กรณีผู้ป่วย HD ให้แนบ
 - 1) Hemodialysis Sheet
 - 2) รายงานการจ่ายเงิน (Statement) จาก สกส.
 - 3) หนังสือตอบรับรายวัน (REP) จาก สกส.
- 2.4.3 กรณีผู้ป่วย CAPD ให้แนบ
 - 1) รายงานการจ่ายชดเชยยา Erythropoietin (EUR) จากโปรแกรม DMIS_CAPD
 - 2) รายงานการเงินจาก สปสช. จาก www.nhso.go.th/acc (กรณีออกฤทธิ์ค่าบริหารจัดการยา)
- 2.4.4 บันทึกผลการตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ทุกครั้ง

3. ขั้นตอนการขออุดหนุน

3.1 หน่วยบริการ/สถานบริการ จัดทำหนังสือแจ้งการอุดหนุน พร้อมกับแนบหลักฐานประกอบการขออุดหนุนให้ครบถ้วน ส่งไปยังกองทุนโรคไตวาย สปสช. (ขณะนี้กำลังพัฒนาโปรแกรมการบันทึกข้อมูลอุดหนุน เมื่อแล้วเสร็จหน่วยบริการจะต้องบันทึกข้อมูลในโปรแกรมให้ครบถ้วน)

3.2 สปสช. โดย กองทุนโรคไตวาย รับเอกสารต่างๆ จากสถานบริการ/หน่วยบริการ ลงทะเบียนรับเรื่องการขออุดหนุนและตอบรับใน web site [http:// KDF.nhso.go.th](http://KDF.nhso.go.th)

3.3 กองทุนโรคไตวาย ตรวจสอบหลักฐานประกอบการขออุดหนุน กับข้อมูลในแบบฟอร์มที่ขออุดหนุน และในโปรแกรม ซึ่งจะพิจารณาจ่ายชดเชยเมื่อเอกสารประกอบการพิจารณาครบถ้วนสมบูรณ์เท่านั้น

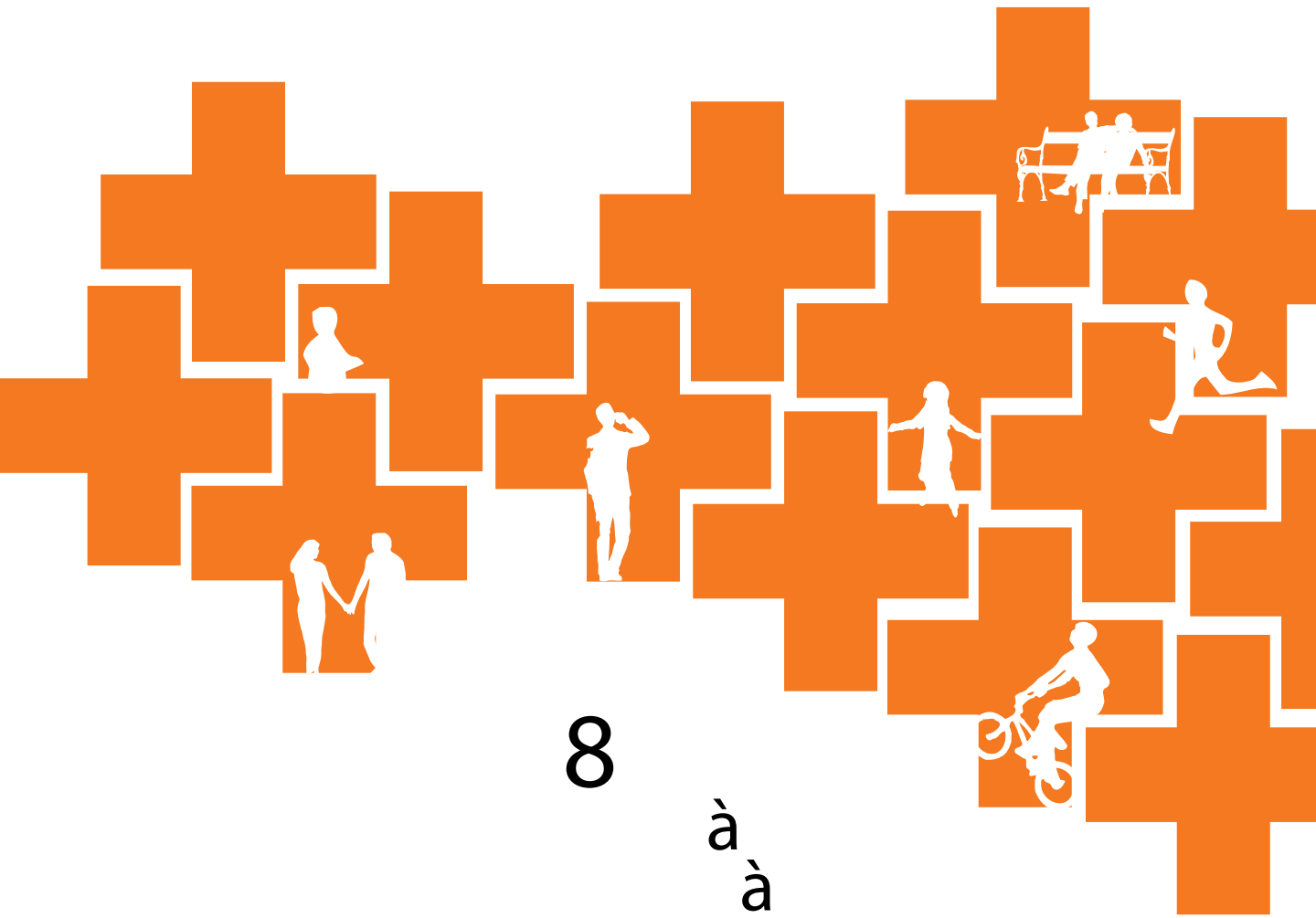
3.4 หน่วยบริการ/สถานบริการ สามารถอุดหนุน มายัง สปสช.ได้ ภายใน 30 วันหลังรับรายงานการจ่ายยา ชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ (วันที่ปรากฏข้อมูลการจ่ายชดเชยใน www.nhso.go.th/acc)

3.5 กองทุนโรคไตวายจะตัดรอบการรับข้อมูลอุดหนุนเพื่อนำมาตรวจสอบและพิจารณาจ่ายทุกสามเดือน

3.6 กรณีอุดหนุน ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) สปสช.จะพิจารณาจากข้อมูลที่หน่วยบริการ/สถานบริการ บันทึกในโปรแกรมของ สกส. และมีผลการตอบรับเป็นปฏิบัติการชดเชยเท่านั้น กรณีไม่มีข้อมูลจาก สกส. จะไม่พิจารณา

3.7 หน่วยบริการ/สถานบริการสามารถตรวจสอบข้อมูลการโอนเงิน ได้ทางเว็บไซต์ พร้อมกับงดการจ่ายชดเชยปกติ ทาง www.nhso.go.th/acc

3.8 สำหรับการให้บริการจะสิ้นสุดการเรียกเก็บภายใน 360 วัน ภายหลังจากให้บริการ เช่น ผู้ป่วยรับบริการในเดือนตุลาคม 2554 จะปิดรับการแจ้งหนี้ในวันที่ 30 ตุลาคม 2555 โดยข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนดถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ที่จะขอรับค่าใช้จ่าย



8

à à

บทที่ 8

การจัดบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก (Heart Transplantation & Pediatric Liver Transplantation)

1. หลักการและเหตุผล

การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart Transplantation) เป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากอาจทำให้ล้มละลายจากการเจ็บป่วยได้ (Catastrophic illness) ในประเทศไทยมีการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจมาตั้งแต่ปี 2530 โดยมีโรงพยาบาลที่ให้บริการ 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันโรคทรวงอก มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดไปแล้วกว่า 100 ราย ซึ่งที่ผ่านมามีการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจได้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และสนับสนุนให้ระบบบริการปลูกถ่ายหัวใจในประเทศไทยได้รับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยเสริมระบบรับบริจาคอวัยวะให้เข้มแข็งมากขึ้น อันเป็นประโยชน์กับการขยายการปลูกถ่ายไต ซึ่งช่วยลดภาระงบประมาณระยะยาวได้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้พิจารณา และมีมติ เมื่อ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2554 เห็นชอบให้การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554

การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (Pediatric Liver Transplantation) เป็นวิธีการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด แต่เป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากซึ่งเดิมยังไม่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเช่นกัน ในปัจจุบันมีผู้ป่วยเด็กที่เป็นท่อน้ำดีตีบตัน

จำนวนมากที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ แต่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้เนื่องจากปัญหาด้านค่าใช้จ่ายและปัญหาการขาดแคลนอวัยวะ โดยเฉพาะผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีฐานะยากจนไม่สามารถเข้าถึงการบริการที่มีราคาสูงได้ ทำให้เด็กบางรายต้องเสียชีวิตลงในช่วงเวลาที่ทำกรการรักษาเนื่องจากตับแข็ง ในขณะที่ระบบบริการมีความพร้อมในการจัดบริการ และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมหากไม่มีอุปสรรคด้านค่ารักษาพยาบาล ดังนั้นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้พิจารณาและมีมติ เมื่อ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2554 เห็นชอบการเพิ่มสิทธิประโยชน์การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (อายุไม่เกิน 18 ปี) สำหรับผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด และโรคอื่นๆที่ทำให้เกิดภาวะตับวาย โดยการปลูกถ่ายทั้งจากผู้บริจาคที่ยังมีชีวิต และจากผู้บริจาคสมองตาย และให้มีผลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 เป็นต้นไป

สำหรับงบประมาณ ที่จะใช้เพื่อสนับสนุนการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและการปลูกถ่ายตับในเด็ก เนื่องจากเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ที่มีผู้ป่วยจำนวนไม่มาก ในปีงบประมาณ 2555 คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง จึงมีมติให้ใช้งบประมาณในส่วนของงบบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดังกล่าว

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจวายอย่างรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น ได้เข้าถึงบริการ ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ
- 2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กที่ตับวายจากท่อน้ำดีอุดตันตั้งแต่กำเนิด หรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ ได้เข้าถึงบริการปลูกถ่ายตับ
- 2.3 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย และผู้ป่วยเด็กที่ตับวายจากท่อน้ำดีอุดตันตั้งแต่กำเนิดหรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี

3. การบริหารงบประมาณ

เป้าหมายบริการ : ปีงบประมาณ 2555 สปสช.จะชดเชยค่าบริการ ผู้ป่วยที่รับบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการปลูกถ่ายตับตามผลงานการให้บริการ

ระยะเวลาในการดำเนินการ : ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2555

4. การบริหารจัดการ

4.1 การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่จะให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก ต้องแสดงความจำนงเข้าร่วมบริการ โดยต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านการประเมิน และรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

4.2 หน้าที่ของหน่วยบริการ

4.2.1 จัดระบบการลงทะเบียนผู้รับบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart Transplantation)/ผู้ป่วยการปลูกถ่ายตับในเด็ก (Pediatric Liver Transplantation)

4.2.2 จัดให้มีระบบการให้บริการ ที่มีสถานที่ และเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสมและพอเพียงเพื่อบริการผู้ป่วย

4.2.3 จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart Transplantation)/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการปลูกถ่ายตับในเด็ก (Pediatric Liver Transplantation) หนึ่งคนเป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบโครงการ และมีพยาบาลอย่างน้อยหนึ่งคน ทำหน้าที่เป็น Case Manager

4.2.4 ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ปลูกถ่ายตับในเด็ก ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

4.2.5 การให้บริการให้เป็นไปตามชุดบริการต่างๆ (Protocol) ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

4.2.6 จัดให้มีกิจกรรมการให้บริการในแต่ละชุดบริการ (Protocol) ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

4.2.7 จัดเตรียมระบบในการส่งข้อมูลต่างๆ ตามที่ สปสช. กำหนดเพื่อประกอบการขอรับการชดเชยหรือสนับสนุนค่าบริการ

4.3 รายชื่อหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน

หน่วยบริการที่มีศักยภาพ และได้แสดงความจำนงให้บริการ ดังนี้

4.3.1 หน่วยบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

- | | |
|------------------------|---------------|
| 1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ | กรุงเทพมหานคร |
| 2) โรงพยาบาลศิริราช | กรุงเทพมหานคร |

4.3.2 หน่วยบริการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก

- 1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร
- 2) โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร
- 3) โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร
- 4) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

หมายเหตุ ทั้งนี้หากมีหน่วยบริการเพิ่มเติม สปสช.จะประกาศเพิ่มเติมต่อไป

4.4 การลงทะเบียนผู้ป่วย

4.4.1 ผู้มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งสิทธิว่าง และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการตามประกาศ ส่วนผู้บริจาค (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้

4.4.2 การลงทะเบียนผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ ส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ป่วย ตามที่ สปสช.กำหนด เพื่อขอรับการพิจารณา และลงทะเบียน ทั้งนี้ หน่วยบริการจะต้องตรวจสอบสิทธิก่อนการให้บริการทุกครั้ง โดยในวันที่รับบริการ ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง

4.5 การจัดสรรอวัยวะ (Organ allocation)

ให้เป็นไปตามประกาศของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเรื่อง เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

4.6 แนวทางการผ่าตัด และการใช้ยากดภูมิคุ้มกัน

ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

5. แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ

5.1 ค่าใช้จ่ายในการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก

สปสช. จะให้การสนับสนุนการดำเนินงานในการให้บริการผ่าตัด แก่หน่วยบริการตั้งแต่ขั้นตอนการจัดเตรียมก่อนการผ่าตัด การผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัด โดยการสนับสนุนเป็นไปตามแบบแผนการรักษา (Protocol) ตามที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยเสนอ โดย Protocol

ดังกล่าว มีการจ่ายน้อยและมีค่าใช้จ่ายที่จ่ายในลักษณะเหมาจ่ายตาม Protocol รายละเอียดตามประกาศในภาคผนวกที่ 5

สำหรับ วงการจ่ายเงิน สปสช.จะจ่ายชดเชยให้ตาม Protocol ที่มีการให้บริการจริง โดยจะจ่ายชดเชยหลังจากที่หน่วยบริการได้ให้บริการและส่งเอกสาร เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายใน 30 วัน หลังการให้บริการ

5.2 การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

การให้ยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษา ตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นและการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัด โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังผ่าตัด รายละเอียดตามประกาศใน ภาคผนวกที่ 5

การจ่ายค่ายากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายค่าบริการเป็นรายเดือน ต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล

6. การส่งเอกสารหลักฐานเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการส่งเอกสารเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายใน 30 วัน หลังให้บริการ ประกอบด้วยเอกสาร/หลักฐานดังนี้

6.1 หนังสือแจ้งขอรับค่าใช้จ่าย

6.2 แบบฟอร์มขอรับค่าใช้จ่าย

6.3 กรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน (Complication) อื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection ที่ร่วมด้วย ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

7. การอุทธรณ์

กรณีที่หน่วยบริการ ไม่เห็นด้วยกับการพิจารณาการจ่ายชดเชย สามารถดำเนินการอุทธรณ์ได้ใน 30 วัน หลังได้รับรายงานการโอนเงิน จาก สปสช.





คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๕๖๕ / ๒๕๕๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เพื่อให้การบริการและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของระบบบริการทดแทนไตใน
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖(๑๒) และมาตรา ๓๖ วรรคสอง แห่ง
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออก
คำสั่งไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย

(๑)	ศาสตราจารย์นายแพทย์สุชาติ	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)	ประธานมูลนิธิเพื่อผู้ป่วยโรคไต		เป็นกรรมการ
(๑๖)	พลตรีแพทย์หญิงอุษณา	ลูวีระ	เป็นกรรมการ
(๑๗)	แพทย์หญิงนันทกา	จันทวานิช	เป็นกรรมการ
(๑๘)	ศาสตราจารย์แพทย์หญิงลีนา	องอาจยุทธ	เป็นกรรมการ
(๑๙)	ศาสตราจารย์นายแพทย์เกรียง	ตั้งสง่า	เป็นกรรมการ

(๒๐)	รองศาสตราจารย์นายแพทย์ทวี	ศิริวงศ์	เป็นกรรมการ
(๒๑)	พลตรีนายแพทย์ถนอม	สุภาพร	เป็นกรรมการ
(๒๒)	นายแพทย์ประเสริฐ	ธนกิจจารุ	เป็นกรรมการ
(๒๓)	นายแพทย์วิรัช	เกษมทรัพย์	เป็นกรรมการ
(๒๔)	ผู้อำนวยการสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ		เป็นกรรมการและ เลขานุการ

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 สวัสดิ์วร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๕๑๕/๒๕๕๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD)

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

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

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ประกอบด้วย

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

ข้อ ๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑ มีหน้าที่


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

(๒) พิจารณาและให้คำแนะนำแก่เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในกรณีที่ยุโรปที่ไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ได้ด้วยตนเองอุทธรณ์ผลการพิจารณาหรือกรณีที่เกิดเหตุการณ์เพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร หรือ

(๓) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๕๑



(นายวินัย สวัสดิ์ทวี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ที่ ๔๖๘ / ๒๕๕๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด

เพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Continuous
Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD)
และการปลูกถ่ายไต(Kidney Transplant : KT) เป็นไปด้วยความเป็นธรรม และมีประสิทธิภาพ
มากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ระดับจังหวัดยกเว้น
กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย

- (๑) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นประธานกรรมการ
สาขาจังหวัด
- (๒) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือผู้แทน เป็นกรรมการ
- (๓) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยหรือผู้แทน(ถ้ามี) เป็นกรรมการ
- (๔) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือผู้แทน(ถ้ามี) เป็นกรรมการ
- (๕) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปหรือผู้แทน เป็นกรรมการ
- (๖) ผู้ทรงคุณวุฒิหรือสื่อมวลชนในจังหวัดที่ผู้อำนวยการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดเห็นชอบ
จำนวนไม่เกิน ๒ คน
- (๗) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต หรือแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เป็นกรรมการ
ในจังหวัดที่ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สาขาจังหวัดเห็นชอบ จำนวนไม่เกิน ๒ คน
- (๘) ประธานชมรมเพื่อนโรคไตในจังหวัด (ถ้ามี)หรือผู้แทนผู้ป่วย เป็นกรรมการ
โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในจังหวัด จำนวน ๑ คน
- (๙) เจ้าหน้าที่ที่ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัดมอบหมาย

ในกรณีที่มีความจำเป็นผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขา
จังหวัดอาจแต่งตั้งกรรมการเพิ่มขึ้นได้อีก จำนวนไม่เกิน ๒ คน

ข้อ ๒ ให้นายกเหล่ากาชาดจังหวัด ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแล
พื้นที่จังหวัด และผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ
พื้นที่จังหวัด เป็นที่ปรึกษาของคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายใน
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด

ข้อ ๓ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑ มีหน้าที่ ดังนี้

(๑) พิจารณาคัดเลือก จัดลำดับ และกำหนดให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ
สุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสิทธิเข้ารับการทดแทนไตด้วยวิธี CAPD หรือ HD
หรือ KT ตามลำดับการขอเข้ารับบริการ และตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และแนวทางการ
ให้บริการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติกำหนด

(๒) พิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการทดแทนไตของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความจำเป็น
จาก CAPD เป็น HD อย่างถาวรตามข้อบ่งชี้ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(๓) เสนอแนะการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทดแทนไตของ
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๑



(นายวินัย สวัสดิ์วร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๑๕๓๓ /๒๕๕๔

เรื่อง แก้ไขคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีคำสั่งที่ ๔๑๘/ ๒๕๕๑ ลงวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๑ แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัดไว้แล้วนั้น เพื่อให้คณะกรรมการมีหน้าที่ครอบคลุมการดำเนินงานในระดับจังหวัดดังกล่าว มากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖(๑๒) มาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกคำสั่งเพิ่มเติมหน้าที่ของคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด ตามคำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๔๑๘/๒๕๕๑ ลงวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๑ ในข้อ ๓ ดังนี้

“(๔) เห็นชอบแผนค่าตอบแทนตามภาระงานของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด

(๕) หน้าที่อื่นๆ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย”

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

(นายประทีป ธนกิจเจริญ)

รองเลขาธิการ มีชีวิตดำรงตำแหน่ง

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คำสั่งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ที่ ๒ / ๒๕๕๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

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

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย

- | | |
|---|----------------------|
| (๑) ศาสตราจารย์นายแพทย์เกรียง ตั้งสง่า | เป็นประธานคณะกรรมการ |
| (๒) ผู้แทนกรมบัญชีกลาง | เป็นคณะกรรมการ |
| (๓) ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม | เป็นคณะกรรมการ |
| (๔) ผู้แทนสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย | เป็นคณะกรรมการ |
| (๕) ผู้แทนสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย | เป็นคณะกรรมการ |
| (๖) ผู้แทนศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย | เป็นคณะกรรมการ |
| (๗) ผู้แทนชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย | เป็นคณะกรรมการ |
| (๘) พลตรีนายแพทย์ถนอม สุภาพร | เป็นคณะกรรมการ |
| (๙) รองศาสตราจารย์นายแพทย์จิรวัฒน์ ศรีรัตนบัลล์ | เป็นคณะกรรมการ |
| (๑๐) ดร.นายแพทย์วิฑูรย์ โล่สุนทร | เป็นคณะกรรมการ |
| (๑๑) นายแพทย์อนุตตร จิตตินันท์ | เป็นคณะกรรมการ |
| (๑๒) รองศาสตราจารย์นายแพทย์ยิ่งยศ อวิหิงสานนท์ | เป็นคณะกรรมการ |
| (๑๓) แพทย์หญิงสุฤทัย เลขยานนท์ | เป็นคณะกรรมการ |
| (๑๔) พันตำรวจโทฉัตรสุตา เอื้อมานะพงษ์ | เป็นคณะกรรมการ |
| (๑๕) ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงอดิพร อิงคสาธิต | เป็นคณะกรรมการ |
| (๑๖) แพทย์หญิงเขมรวัลย์ ขุนศึกเม็งราย | เป็นคณะกรรมการ |

๒/....(๑๗) รองศาสตราจารย์

- | | |
|---|-------------------------------------|
| (๑๗) นายแพทย์วิรัช เกษมทรัพย์ | เป็นคณะทำงาน |
| (๑๘) รองศาสตราจารย์นายแพทย์เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ | เป็นคณะทำงาน
และเลขานุการ |
| (๑๙) ผู้อำนวยการสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ | เป็นคณะทำงาน
และเลขานุการร่วม |
| (๒๐) นายแพทย์อติสรณ์ สำเภาพงศ์ | เป็นคณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ |

ข้อ ๒ ให้คณะทำงานดังกล่าวมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) จัดทำแผนแม่บทการพัฒนาาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้สามารถเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลการทดแทนไตของระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- (๒) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาาระบบข้อมูลการทดแทนไตในภาพรวมของประเทศไทย
- (๓) สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา การเชื่อมโยงฐานข้อมูลและการใช้ข้อมูลของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- (๔) อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ สิงหาคม ๒๕๕๒



(ศาสตราจารย์นายแพทย์สุชาติ อินทรประสิทธิ์)
ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนา
ระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



คำสั่งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ที่ ๑ / ๒๕๕๒ .

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการค่อวัยวะและการปลูกถ่ายไต
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เพื่อให้การบริการนำบัตทดแทนไตด้วยวิธีการปลูกถ่ายไตแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามมติคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งที่ ๗/๒๕๕๒ เมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๒ จึงเห็นควรออกคำสั่งดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการค่อวัยวะ และการปลูกถ่ายไต ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประกอบด้วย

- | | |
|--|-----------------------|
| (๑) นายแพทย์ศุภชัย คุณารัตนพลกุล | เป็นประธานคณะทำงาน |
| (๒) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย | เป็นรองประธานคณะทำงาน |
| (๓) รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับมอบหมาย | เป็นรองประธานคณะทำงาน |
| (๔) นพ.โสภณ จิรสิริธรรม | เป็นคณะทำงาน |
| (๕) เลขาธิการแพทยสภา | เป็นคณะทำงาน |
| (๖) ผู้อำนวยการศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย | เป็นคณะทำงาน |
| (๗) นายกสภาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย | เป็นคณะทำงาน |
| (๘) นายกสภาคมโรคไตแห่งประเทศไทย | เป็นคณะทำงาน |
| (๙) เลขาธิการมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย | เป็นคณะทำงาน |
| (๑๐) ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือผู้แทน | เป็นคณะทำงาน |
| (๑๑) แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานปลูกถ่ายไต / งานบริจาคอวัยวะ ของโรงพยาบาลสมหาราชนครราชสีมา | เป็นคณะทำงาน |
| (๑๒) แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานปลูกถ่ายไต / งานบริจาคอวัยวะ ของโรงพยาบาลขอนแก่น | เป็นคณะทำงาน |
| (๑๓) แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานปลูกถ่ายไต / งานบริจาคอวัยวะ ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ | เป็นคณะทำงาน |
| (๑๔) ประธานชมรมผู้ประสานงานปลูกถ่ายอวัยวะ | เป็นคณะทำงาน |

๒/...ข้อ (๑๕)

- | | |
|---|-----------------------------------|
| (๑๕) ประธานชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย | เป็นคณะกรรมการ |
| (๑๖) นายกสมาคมผู้เปลี่ยนอวัยวะ | เป็นคณะกรรมการ |
| (๑๗) ผู้อำนวยการสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ | เป็นคณะกรรมการ
และเลขานุการ |
| (๑๘) นายแพทย์อดิสรณ์ ลำเพาพงศ์ | คณะกรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

ข้อ ๒ ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่

- (๑) จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการไตวายและการปลูกถ่ายไตให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- (๒) ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนเชิงระบบเพื่อให้มีการบริจาคไตเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับความต้องการในการปลูกถ่ายไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- (๓) สนับสนุนการประชาสัมพันธ์และการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจและพร้อมที่จะบริจาคอวัยวะเพิ่มมากขึ้น
- (๔) อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่

สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๒



(ศาสตราจารย์นายแพทย์สุชาติ อินทรประสิทธิ์)

ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนา
ระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



คำสั่งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ที่ ๑ / ๒๕๕๓
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตามที่คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีคำสั่งที่ ๒ / ๒๕๕๒ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๒ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้แล้วนั้น เพื่อให้การพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๒ (๓) ของคำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๔๖๘ / ๒๕๕๑ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๑ คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงแก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยแต่งตั้งให้บุคคลดังต่อไปนี้เป็นคณะกรรมการ

- (๑) นายแพทย์สุชาติ สรวงสถาพร
ผู้อำนวยการสำนักงานกสทศสารสนเทศบริการสุขภาพ เป็นคณะกรรมการ
- (๒) นายแพทย์ประเสริฐ ธนกิจจารุ
ประธานคณะกรรมการ CAPD สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย เป็นคณะกรรมการ

นอกนั้นให้เป็นไปตามคำสั่งเดิมทุกประการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๘ เมษายน ๒๕๕๓

(ศาสตราจารย์นายแพทย์สุชาติ มินทรประสิทธิ์)
ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนา
ระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการบำบัดทดแทนไต
ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)
พ.ศ. ๒๕๕๔

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
สำหรับบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง Continuous
Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ มาตรา ๓๖(๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับข้อ ๔ วรรคสอง แห่งข้อบังคับสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่าย
หน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๔๗ และข้อ ๔ ข้อ ๗๔ ของเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๕๔ เลขที่การสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องแนวทางการจ่าย
ชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไต ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง Continuous
Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลงวันที่ ๓๑
มีนาคม ๒๕๕๒

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ
สุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้เข้าถึงบริการทดแทนไตระดับจังหวัด

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อ
เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง
อย่างต่อเนื่อง Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ให้เป็นไปตาม
เอกสารแนบท้ายประกาศนี้

/ข้อ ๔...

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการบำบัดทดแทนไต
ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) พ.ศ. ๒๕๕๔
ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๔

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้การสนับสนุน หน่วยบริการที่เข้าร่วม
โครงการ CAPD ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ดังนี้

๑. คุณสมบัติหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่ร่วมโครงการต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติและผ่านการประเมินตามแบบประเมินหน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่าง
ต่อเนื่อง(CAPD) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามที่สำนักงานกำหนด

๒. คุณสมบัติผู้ป่วยที่จะได้รับสิทธิในโครงการ

- (๑) เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (๒) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
- (๓) ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการว่าเป็นผู้ที่มีสิทธิรับการล้างไตทางช่อง
ท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)
- (๔) ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโครงการ CAPD จากหน่วยบริการที่เข้าร่วม
โครงการ และมีการบันทึกข้อมูล การรักษา ลงในโปรแกรม DMIS_CAPD ครบถ้วน
รวมทั้งบันทึกการติดตามตามที่ สำนักงานกำหนด

๓. การสนับสนุนหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

หน่วยบริการ ที่ร่วมโครงการจะได้รับการสนับสนุนจากสำนักงาน ดังนี้

๓.๑ การสนับสนุนน้ำยาและเวชภัณฑ์

(๑) การสนับสนุนน้ำยา CAPD

สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย โดยองค์การเภสัชกรรมจะเป็นผู้จัดส่งให้แก่หน่วย
บริการและบ้านผู้ป่วยโดยตรง(ตามที่หน่วยบริการระบุ) หน่วยบริการสามารถสั่งน้ำยา
CAPD ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD ให้แก่ผู้ป่วยได้ ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ คนละไม่
เกิน ๑๕๐ ถุง ต่อเดือน

/ (๒) ...

(๒) การสนับสนุนยา Erythropoietin

สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย โดยใช้หลักเกณฑ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ลงวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๒

(๓) การสนับสนุนสาย Tenckhoff catheter

สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย โดยหน่วยบริการสามารถส่งผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD เพื่อใช้กับผู้ป่วยรายใหม่ และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน โดยทั่วไปไม่เกิน ๑ สาย ต่อผู้ป่วย ๑ ราย ต่อปี กรณีมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนเกินกว่าที่กำหนด ให้แจ้ง สำนักงานทราบ

๓.๒ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

(๑) ค่าตอบแทนแบบเหมาจ่าย

จ่ายสำหรับหน่วยบริการ ในการให้บริการประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย การดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ค่ายาพื้นฐาน และยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และเกี่ยวข้องกับการบริการ CAPD โดยตรง รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนโดยตรงที่เกิดจากการบริการ CAPD ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หรือตามที่สำนักงานกำหนด ในอัตรา ๔,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วย ๑ ราย ต่อ เดือน

(๒) ค่าตอบแทนตามภาระงาน

(ก) จ่ายตามภาระงานสำหรับแพทย์ พยาบาล CAPD และเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องโดยตรง ของหน่วยไตเทียมหรือหน่วย CAPD เพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อล้างไตทางช่องท้อง การนัดดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่อง การสนับสนุนและติดตาม เยี่ยมบ้าน รวมทั้งให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ อัตรา ๒,๐๐๐ บาท ต่อผู้ป่วย ๑ ราย ต่อเดือน

(ข) จ่ายตามภาระงานแก่แพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมการวางสาย Tenckhoff catheter ในหลักสูตรที่สำนักงาน ให้การสนับสนุนหรือเห็นชอบ หรือแพทย์ที่มีประสบการณ์การวางสายเป็นที่ยอมรับและได้ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ผู้วางสาย Tenckhoff catheter กับสำนักงาน ในการผ่าตัดวางสายล้างช่องท้องอย่างถาวรตามแนวเวชปฏิบัติ อัตรา ๒,๐๐๐ บาท ต่อ ครั้งของการวางสายจนสำเร็จ

(๓) ค่าสนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งให้ชมรมผู้ป่วยหรืออาสาสมัครอื่น

จ่ายให้หน่วยบริการที่มีผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง(CAPD) มากกว่า ๓๐ รายขึ้นไป ในอัตรา ๒๐,๐๐๐ บาท ต่อหน่วยบริการต่อปี

/๓.๓...

๓.๓ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายกรณีอื่น

นอกจากค่าใช้จ่ายตาม ๓.๒ แล้ว สำนักงานได้กำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายกรณีอื่นไว้ ดังนี้

(๑) กรณีผู้ป่วยย้ายหน่วยบริการ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายในเดือนนั้นๆ ให้หน่วยบริการที่ให้การรักษาและจะยุติการจ่ายเมื่อมีการเปลี่ยนสิทธิเป็นสิทธิอื่น หรือ เสียชีวิต

(๒) กรณีเปลี่ยนวิธีการรักษา จากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) เป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว(Temporary HD) ภายในระยะเวลา ๙๐ วัน ทั้งในกรณีพักท้องหรือภาวะยูรีเมียสำนักงาน จะจ่ายค่าตอบแทนในราคา ๑,๕๐๐ บาท ต่อครั้งของการบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(HD) หรือตามอัตราค่าตอบแทน บริการ HD ตามปกติ ที่ปรับเปลี่ยนใหม่ ทั้งนี้หากหน่วยบริการ CAPD ไม่สามารถให้บริการ HD ได้เอง และส่งผู้ป่วยไปรับบริการ HD ที่หน่วยฟอกเลือดอื่น หน่วยบริการ CAPD จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดให้หน่วยฟอกเลือดที่ส่งไปนั้น และเบิกค่าตอบแทนจากสำนักงาน ในราคาที่กำหนด

(๓) กรณีที่ไม่สามารถกลับมารักษาโดย CAPD ได้ต้องเปลี่ยนเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบถาวร ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการ เมื่อได้รับการอนุมัติฯ สำนักงาน จะจัดให้มีการลงทะเบียน และเบิกค่าใช้จ่ายตาม ประกาศสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis:HD) ลงวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๔

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

๔. วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนจากสำนักงาน

๔.๑ การรับการสนับสนุน น้้ายา CAPD ยา Erythropoietin และ สาย Tenckhoff catheter

(๑) หน่วยบริการบันทึกข้อมูล เบิกจ่ายน้้ายา CAPD ยา Erythropoietin และสาย Tenckhoff catheter ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD

(๒) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุน โดยบริหารจัดการผ่านระบบ Vendor Managed Inventory (VMI) ขององค์การเภสัชกรรม

/๔.๒...

๔.๒ การขอรับค่าใช้จ่ายในการบริการ

(๑) ค่าตอบแทนแบบเหมาจ่าย

(ก) หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการบริการ และการนัดติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD ทุกเดือน

(ข) สำนักงานจะตรวจสอบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและการให้บริการจากข้อมูลในโปรแกรม DMIS_CAPD และจ่ายค่าตอบแทนให้เป็นรายเดือน หรือตามที่ได้รับรายงานข้อมูลการให้บริการ

(๒) ค่าตอบแทนตามภาระงาน

(ก) กรณีหน่วยบริการที่ประสงค์จะให้สำนักงานจ่ายให้บุคลากรโดยตรง ให้จัดทำแผนบริหารค่าตอบแทนตามภาระงาน ตามแบบฟอร์ม CAPD ๑/๕๕ เสนอให้คณะกรรมการอนุมัติ โดยให้เสนอพิจารณาเป็นรายปี ยกเว้นหน่วยบริการจะมีการปรับแผนใหม่ระหว่างปี

สำนักงานจะตรวจสอบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและการให้บริการจากข้อมูลในโปรแกรม DMIS_CAPD และจ่ายค่าตอบแทนให้เป็นรายเดือน หรือตามที่ได้รับรายงานข้อมูลการให้บริการ ผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด และให้หน่วยบริการเสนอผลงานจำนวนผู้ป่วย CAPD พร้อมรายชื่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องตามแบบ CAPD ๒/๕๕ เพื่อขอรับค่าตอบแทนตามภาระงานเป็นรายเดือนต่อ ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดเพื่อพิจารณาและเมื่อได้รับงบประมาณค่าตอบแทนตามภาระงานแล้วให้เบิกจ่าย ให้แก่บุคคลากรตามแผนบริหารค่าตอบแทนตามภาระงานที่ได้รับอนุมัติ

(ข) กรณีหน่วยบริการCAPD ที่มีความพร้อมในการบริหารค่าตอบแทนตามภาระงาน สามารถแจ้งสำนักงานทราบเพื่อโอนให้หน่วยบริการ เพื่อเบิกจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานดังกล่าวให้แก่บุคคลากรตามแผน

(๓) ค่าสนับสนุนค่าตอบแทนตามภาระงานแก่แพทย์ในการผ่าตัดวางสายล้างช่องท้องอย่างถาวร

(ก) กรณีหน่วยบริการที่ประสงค์จะให้สำนักงาน จ่ายให้บุคลากรโดยตรง ให้ส่งรายชื่อแพทย์ที่ผ่านการอบรมการวางสาย หรือแพทย์ที่มีประสบการณ์การวางสายเป็นที่ยอมรับให้สำนักงานเพื่อขึ้นทะเบียน

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการวางสาย ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD เมื่อให้บริการวางสายแก่ผู้ป่วย และติดตามผลจนใช้งานได้สำเร็จ และ สำนักงานจะตรวจสอบข้อมูลและจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานให้เป็นรายเดือน ผ่านสำนักงานหลัก

/ประกัน...

ประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด และให้หน่วยบริการเสนอผลงานจำนวนผู้ป่วย ที่ได้รับการวางสายล้างช่องท้องอย่างถาวร(Tenckhoff catheter)จนสำเร็จพร้อมรายชื่อแพทย์ที่ให้บริการวางสาย(Tenckhoff catheter)ดังกล่าวตามแบบ CAPD ๓/๕๕ เพื่อขอรับค่าตอบแทนตามภาระงานเป็นรายเดือนต่อ ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดเพื่อพิจารณาและ เมื่อได้รับงบประมาณค่าตอบแทนตามภาระงานแล้ว ให้เบิกจ่ายให้แก่บุคลากรโดยตรง

(ข) กรณีหน่วยบริการCAPD ที่มีความพร้อมในการบริหารค่าตอบแทนตามภาระงานแก่แพทย์ ในการผ่าตัดวางสายล้างช่องท้องอย่างถาวร (Tenckhoff catheter) สามารถแจ้งสำนักงานทราบเพื่อโอนให้หน่วยบริการ และให้หน่วยบริการเบิกจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานดังกล่าวให้แก่แพทย์ตามผลงาน

(๔) สนับสนุนให้หน่วยบริการเพื่อจัดกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งให้ชมรมผู้ป่วยโรคไต หรืออาสาสมัครอื่น

(ก) หน่วยบริการจัดทำโครงการสนับสนุนกิจกรรมอาสาสมัครผู้ป่วยโรคไต ตามแบบฟอร์ม CAPD ๔ P/๕๕ เสนอ สำนักงาน เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

(ข) สำนักงาน สนับสนุนงบประมาณเมื่อได้รับและเห็นชอบตามแผนงานหรือโครงการ หน่วยบริการละ ๖๐,๐๐๐ บาท ต่อปี ผ่านหน่วยบริการ CAPD โดยตรงหรือผ่านหน่วยงานอื่นตามที่หน่วยบริการมอบหมายและแจ้งให้สำนักงานทราบ เช่น ผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด หรือชมรมผู้ป่วยโรคไตในพื้นที่ เป็นต้น

(ค) หน่วยบริการส่งรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบฟอร์ม CAPD๔ R/ ๕๕ ทุกปี ก่อนรับการสนับสนุนในปีต่อไป

๕. การอุทธรณ์หลังการจ่าย

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายค่าตอบแทน ของสำนักงานไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ หรือมีค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วย CAPD นอกเหนือจากแนวทางที่สำนักงานกำหนด และเป็นภาระอย่างมากหรืออาจกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ หน่วยบริการมีสิทธิอุทธรณ์ ต่อสำนักงาน ภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ได้รับรายงานการจ่ายเงิน

- ๒ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงการบริหารค่าสนับสนุนดังกล่าวเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพของหน่วยบริการฯ จะแจ้งขอปรับแผนกับคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เข้าถึงบริการทดแทนไตระดับจังหวัด

๔. การจัดสรรค่าสนับสนุนตามภาระงาน

หน่วยบริการจะเสนอรายชื่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อรับค่าตอบแทนตามภาระงานที่เพิ่มขึ้นในแต่ละเดือน ตามสัดส่วนในข้อ ๓ ที่ได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด

๕. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

หน่วยบริการ มีระบบบริการCAPDที่เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาล และบุคลากรผู้ให้บริการ มีแรงจูงใจในการให้บริการและ และผู้ป่วย CAPD ได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ลงชื่อ ผู้เสนอแผน
(หัวหน้าหน่วยไตหรือ CAPD)

ลงชื่อ ผู้เห็นชอบแผน
(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....)

ลงชื่อ ผู้อนุมัติ
(ประธาน คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด)

บัญชีการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานที่เพิ่มขึ้นสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับ
การบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง CAPD (๒,๐๐๐ บาท/ผู้ป่วย๑ราย/เดือน)
โรงพยาบาล จังหวัด.....
ประจำเดือน.....พ.ศ.๒๕๕.....

๑. ตามแผนการบริหารค่าตอบแทนตามภาระงานสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการ CAPD ซึ่ง
ได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไตระดับจังหวัด ซึ่งอนุมัติให้ดังนี้

- ๑.๑ จัดสรรให้แพทย์ที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ.....
- ๑.๒ จัดสรรให้พยาบาลที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ.....
- ๑.๓ จัดสรรให้เจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ.....

๒. ในเดือนนี้/งวดนี้ มีผู้ป่วยCAPDที่รับบริการจำนวน.....คน(ข้อมูลได้รับแจ้งจาก สปสช.และ
ในกรณีที่ข้อมูลของหน่วยบริการไม่ตรงกับที่ได้รับแจ้ง หน่วยบริการจะอุทธรณ์ในเดือนต่อไป) มีบุคลากรที่
เกี่ยวข้องและสิทธิได้รับค่าตอบแทนตามภาระงานที่เพิ่มขึ้นดังนี้

- ๒.๑ แพทย์ได้รับร้อยละ..... x๑,๐๐๐ บาท x จำนวนผู้ป่วยเป็นเงิน.....บาท และจัดสรรให้
 - ๒.๑.๑ ...(ชื่อ-นามสกุล).....เป็นเงิน.....บาท
 - ๒.๑.๒.....เป็นเงิน.....บาท
 - ๒.๑.๓.....เป็นเงิน.....บาท
 - ๒.๑.๔.....เป็นเงิน.....บาท
- ๒.๒ พยาบาลได้รับร้อยละ.....x ๒,๐๐๐ บาทxจำนวนผู้ป่วยเป็นเงิน.....บาทและจัดสรรให้
 - ๒.๑.๑ ...(ชื่อ-นามสกุล).....เป็นเงิน.....บาท
 - ๒.๑.๒.....เป็นเงิน.....บาท
 - ๒.๑.๓.....เป็นเงิน.....บาท
 - ๒.๑.๔.....เป็นเงิน.....บาท
- ๒.๓ เจ้าหน้าที่อื่นๆได้รับร้อยละ.... x ๒,๐๐๐ บาทxจำนวนผู้ป่วยเป็นเงิน.....บาทและจัดสรรให้
 - ๒.๑.๑ ...(ชื่อ-นามสกุล).....เป็นเงิน.....บาท
 - ๒.๑.๒.....เป็นเงิน.....บาท
 - ๒.๑.๓.....เป็นเงิน.....บาท
 - ๒.๑.๔.....เป็นเงิน.....บาท

๓. เสนอ สปสช.สาขาจังหวัดเพื่อดำเนินการเบิกจ่ายค่าภาระงานให้บุคคลตามรายละเอียดในข้อ ๒ จะ
เป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ.....

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย)

บัญชีการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานที่เพิ่มขึ้นของการบริการวางสาย Tenckhoff catheter
(๒,๐๐๐ บาท/ครั้งการวางสายที่สำเร็จ)

โรงพยาบาล จังหวัด.....
ประจำเดือน.....พ.ศ.๒๕๕.....

ที่	ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย	หมายเลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ-นามสกุลแพทย์ให้บริการวางสาย TK (เฉพาะที่ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนกับ สปสช.)	จำนวนเงิน
๑				
๒				
๓				
๔				
๕				
๖				
๗				
๘				
๙				
๑๐				
๑๑				
๑๒				
๑๓				
๑๔				
๑๕				
๑๖				
๑๗				
๑๘				
๑๙				
๒๐				

หมายเหตุ เสนอ สปสช.สาขาจังหวัด เพื่อดำเนินการเบิกจ่ายค่าภาระงานให้แก่บุคคลตามรายละเอียดดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ.....

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย)

โครงการสนับสนุนกิจกรรมอาสาสมัครผู้ป่วยโรคไต

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

หลักการและเหตุผล

หน่วย / ศูนย์..... โรงพยาบาล ได้สนับสนุนนโยบายขยายขอบเขตสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยการจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง CAPD ซึ่งปัจจุบันมีผู้ป่วย CAPD จำนวน..... ราย(มากกว่า ๓๐ ราย) และคาดว่าจะขยายการบริการเพิ่มขึ้นเป็น.....ราย ภายในเดือน ปี / มีผู้ป่วยรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม HD จำนวน.....ราย เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ชมรมผู้ป่วยโรคไต หรืออาสาสมัครอื่น ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตของหน่วยบริการ รวมทั้งได้มีโอกาสรวมกลุ่มช่วยเหลือเกื้อกูลให้กำลังใจกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไต รวมทั้งเกิดประโยชน์ต่อหน่วยบริการและสังคมโดยรวม จึงขอเสนอโครงการสนับสนุนกิจกรรมอาสาสมัครผู้ป่วยโรคไต เพื่อรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มผู้ป่วยโรคไต จัดตั้งเป็นกลุ่ม /ชมรม มีอาสาสมัครและสมาชิก ทำกิจกรรมร่วมกัน
๒. เพื่อส่งเสริมให้กลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคไต ได้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ในการดูแลตนเองสุขภาพร่วมกัน
๓. เพื่อส่งเสริมให้กลุ่ม /ชมรมผู้ป่วยโรคไต มีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพและ คุณภาพชีวิตร่วมกัน
๔. เพื่อส่งเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยมีอาสาสมัคร ในการช่วยเหลือกิจกรรมของหน่วยบริการ หรือสร้าง ประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม

ระยะเวลา

วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕..... – ๓๐ กันยายน ๒๕๕.....

เป้าหมาย

กลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคไต หรืออาสาสมัครอื่น ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการ CAPD

- ๑
- ๒.....
- ๓.....
- (ระบุกิจกรรม เช่น การประชุมจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพ กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน กิจกรรมจิตอาสาช่วยงานบริการ เป็นต้น)

การรายงานผล

หน่วย..... จะจัดทำรายงานผลการดำเนินกิจกรรม ให้ สปสช.เขต ทราบปีละ ๒ ครั้ง (ครั้ง
ที่ ๑ เดือนมีนาคม ครั้งที่ ๒ เดือนกันยายน)

งบประมาณ

จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนไม่เกิน ๖๐,๐๐๐ บาท

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีกลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคไตที่มีสมาชิกและอาสาสมัครที่เข้มแข็ง ทำกิจกรรมร่วมกัน
๒. กลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคไต หรืออาสาสมัครอื่น มีการทำกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ต่อตนเอง และส่วนรวมอย่างต่อเนื่อง
๓. กลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคไตหรืออาสาสมัครอื่น มีศักยภาพเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ลงชื่อ ผู้เสนอโครงการ
(หัวหน้าหน่วย CAPD)

ลงชื่อ ผู้ขออนุมัติโครงการ
(ผอ.รพ.)

ลงชื่อ ผู้อนุมัติโครงการ
(ผอ. สปสช.เขต)

แบบรายงานผลการดำเนินงาน
โครงการสนับสนุนกิจกรรมอาสาสมัครผู้ป่วยโรคไต

หน่วย/ศูนย์.....โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
ครั้งที่...../๒๕๕.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลทั่วไป

- ๑.จำนวนผู้ป่วย CAPD.....คน
- ๒.จำนวนแพทย์.....คน
- ๓.จำนวนพยาบาล PD.....คน
- ๔.เจ้าหน้าที่อื่น /อาสาสมัคร ระบุ.....คน

การดำเนินงานตามแผน

ชื่อกิจกรรม	รายละเอียดการดำเนินงาน	ระยะเวลา / งบประมาณ	ผลการดำเนินงาน

ข้อคิดเห็นอื่นๆ.....
.....

ผู้รับผิดชอบ.....

ตำแหน่ง.....



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 เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (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) และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงตามข้อ ๓(๒) โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ แต่ต้องเป็นไปตามความจำเป็น และ ข้อบ่งชี้ รวมทั้งมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์

(๓) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารายใหม่ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ เป็นต้นไป และไม่สมัครใจเลือกรับบริการทดแทนไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) และไม่ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการระดับจังหวัด เพื่อให้ใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามข้อ ๒ ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

ข้อ ๒ ให้กำหนดเงื่อนไขดังต่อไปนี้ เป็นข้อบ่งชี้หรือข้อห้ามของการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

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

- (ก) มีการอักเสบของช่องท้องที่รักษาแล้วไม่ดีขึ้น
- (ข) มีการอักเสบของช่องท้องจากเชื้อรา
- (ค) มีการอักเสบประจำของแผลหน้าท้องที่วางสาย
- (ง) มีการอักเสบของสายต่อของท่อในช่องท้อง
- (จ) มีการอักเสบติดเชื้อมากในช่องท้อง
- (ฉ) ได้รับการผ่าตัดอวัยวะในช่องท้อง

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

- (ก) นำยารั่วออกจากช่องท้องประจำไม่สามารถทำ CAPD
- (ข) เชื้อบุช่องท้องเป็นพังผืดไม่สามารถทำ CAPD
- (ค) ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ไม่สามารถทำ CAPD

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

- (ก) มีสิ่งแปลกปลอมในช่องท้องมาก่อน เช่น ใส่เส้นเลือดเทียม เป็นต้น
- (ข) มีไส้เลื่อนที่ยังไม่แก้ไข หรือมีช่องทางติดต่อบetween ช่องท้องกับอวัยวะภายนอก
- (ค) อ้วนมาก (BMI > ๓๕ กก./ตร.ม)
- (ง) มี Recurrent diverticulitis หรือ การอักเสบของลำไส้บ่อย ๆ
- (จ) มีการผ่าตัดนำกระเพาะหรือลำไส้ออกมาทางหน้าท้อง
- (ฉ) ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำ CAPD ได้ และเลขาธิการสำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ ภายใต้คำแนะนำของคณะกรรมการระดับจังหวัด

(๔) ข้อห้ามสมบูรณ์ของการทำ CAPD ทำให้ผู้ป่วยมีสิทธิทำ HD และไม่ต้องร่วมจ่าย ได้แก่

- (ก) มีรอยโรคบริเวณผิวหนังที่ท้องที่ไม่สามารถวางสายได้
- (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 และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหน่วยบริการหรือสถานบริการขนาดใหญ่ที่มีการให้บริการห่อผู้ป่วยไอซียู 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 แจ้งความจำเป็นหนังสือต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต เพื่อดำเนินการตรวจรับรองมาตรฐานตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ หน่วยบริการหรือสถานบริการตามข้อ ๔ มีหน้าที่ ดังนี้

(๑) จัดให้มีการลงทะเบียนและข้อมูลผู้ป่วย HD ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามระบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(๒) จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต หรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดจำนวนหนึ่งคนเป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบและมีพยาบาลโรคไตจำนวนหนึ่งคนเป็น HD Case Manager ประจำ

(๓) จัดให้มีการบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีสถานที่และเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสมและพอเพียงตามมาตรฐานที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

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

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



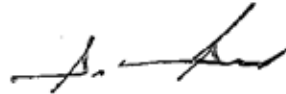
(บ) อำนวยความสะดวกในการตรวจรับรองมาตรฐานจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หรือ การตรวจประเมินเบื้องต้นจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต และส่งเอกสารไป สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(ค) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือคณะกรรมการระดับ จังหวัดกำหนด

ข้อ ๖ การแจ้ง การสั่งการ หรือการดำเนินการใด ๆ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามประกาศนี้ ให้ถือการส่วนหนึ่งของประกาศนี้

ข้อ ๗ ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๒ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๒



(นายวินัย ศาสตร์วิตร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**แนวทางการดำเนินงาน เรื่องการสนับสนุน และชดเชยบริการ
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD)**

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้ออกประกาศ เรื่องการสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2552 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อปรับอัตราการสนับสนุน และการจ่ายชดเชยค่าบริการให้มีความเหมาะสมสอดคล้องตามต้นทุนการให้บริการมากยิ่งขึ้นตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจในทางปฏิบัติมากขึ้น จึงกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. หลักการสนับสนุน และชดเชยบริการ

1.1 ผู้ป่วยที่มีสิทธิ ได้รับการสนับสนุนและชดเชยค่าบริการ HD ต้องเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งประเภท ผู้ป่วยรายเก่าที่มีสิทธิผู้ป่วยรายใหม่ที่มีสิทธิ ตามประกาศฯ ดังกล่าว

1.2 หน่วยบริการ หรือสถานบริการ ที่มีสิทธิขอรับค่าชดเชยค่าบริการ HD ได้แก่ หน่วยบริการ หรือสถานบริการ ที่ขึ้นทะเบียน กับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งประเภท ที่ทำสัญญาแบบระยะยาว (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 ปีและมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น เช่น โรคหัวใจ บlocked บวมด้วย เป็นต้น ในอัตรา 1,200 บาท (สำหรับผู้ป่วยรายเก่า) และ 1,700 บาท (สำหรับผู้ป่วยรายใหม่) นั้น ต้องเป็นหน่วยบริการ หรือสถานบริการขนาดใหญ่ ที่มีการให้บริการผู้ป่วยไตวาย และที่ทำสัญญา แบบระยะยาว (2.1) เท่านั้น

1.4 หน่วยบริการ หรือ สถานบริการที่ทำสัญญา แบบระยะยาว (2.1) เท่านั้น ที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายอื่นๆ 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 กรณีเบิกจ่ายชดเชยในอัตราปกติ 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 จัดทำแบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งรายเก่า และรายใหม่ ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น เช่น โรคหัวใจ ปอด ตับ รวมด้วย เป็นต้น (ตามแบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายฯ)
- 2) จัดทำข้อมูล หน่วยบริการ / สถานบริการ (ที่ทำสัญญาแบบระยะยาว 2.1) ที่มีและให้บริการ หอผู้ป่วย ไอซียู
- 3) นำเสนอข้อมูลผู้ป่วย และ ข้อมูลหน่วยบริการ ให้กับคณะกรรมการ ฯ ระดับจังหวัด พิจารณาอนุมัติ

2.2 คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด (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 และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต เพื่อดำเนินการต่อไปในส่วนที่เกี่ยวข้อง

2.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

- 2.3.1 บันทึกข้อมูลรายชื่อหน่วยบริการ หรือสถานบริการ และผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด ในโปรแกรม DMIS_HD
- 2.3.2 ส่งข้อมูลผู้ป่วยที่มีข้อห้ามสัมพัทธ์ กรณี ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำ CAPD ได้ ให้คณะกรรมการ พิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถล้างไตผ่านทางช่องท้องที่ส่วนกลาง 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 ครั้งรอบละ 15 วัน)

2.4.2 สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ

- 1) สรุปข้อมูลผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด และ นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยที่มีข้อห้ามสัมพัทธ์ กรณีผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำ CAPD ได้ เสนอให้คณะกรรมการฯ ส่วนกลางเพื่อทราบ และ พิจารณา
- 2) ลงทะเบียนผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกรณีผู้ป่วยไม่สามารถล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามรอบที่กำหนด และแจ้งกลับผลการดำเนินงานให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ทราบ

กำหนดวงเงินการมีสิทธิ

ผู้ป่วยจะได้รับสิทธิฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD ภายหลังจากวันที่ คณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด พิจารณาอนุมัติ และลงทะเบียนผู้ป่วย ในโปรแกรมของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) รอบการจ่ายถัดไป

3. การเรียกเก็บ และจ่ายชดเชยค่าบริการ HD

ให้หน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

3.1 หน่วยบริการ หรือสถานบริการ HD

- 3.1.1 บันทึกข้อมูลการให้บริการ ใน โปรแกรมของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) ภายหลังจากให้บริการไม่เกิน 1 เดือน
- 3.1.2 ตรวจสอบข้อมูลการให้บริการและค่าชดเชยการให้บริการกับข้อมูล Statement ของ สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)
- 3.1.3 หากไปได้รับการชดเชยค่าบริการตามจริง ทำหนังสือขออุทธรณ์มาถึง สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

3.2 สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)

- 3.2.1 นำเข้าข้อมูลหน่วยบริการ/สถานบริการ และรายชื่อผู้ป่วยในโปรแกรมการชดเชยค่าบริการของ 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 สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จ่ายชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วย HD รายเก่า และรายใหม่ ในอัตราที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดในประกาศ โดยจะดำเนินการเดือนละ 2 ครั้ง ตามรอบของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) (รายละเอียดตามแผน)

หมายเหตุ รายละเอียดการดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆ สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้จากคู่มือการบริหารกองทุน และคู่มือการบริหารงบประมาณทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2559 หรือสอบถามข้อมูลได้จาก ผู้ประสานงาน โรคไต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขต 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 เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ลงวันที่ 14 กรกฎาคม 2552

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

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

ข้อ 3 ให้นำหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมให้บริการ CAPD และ HD มีสิทธิเบิกยา Erythropoietin ที่ใช้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในข้อ 1 ผ่านระบบVMI ขององค์การเภสัชกรรม และเบิกค่าบริการจัดการ ค่าบริการอื่น ๆ รวมทั้งการส่งข้อมูล การใช้ยาดังกล่าว ในอัตรา 50 บาท ต่อการให้ยา 1 ครั้ง และรวมทั้ง เดือนไม่เกิน 200 บาท ต่อผู้ป่วยที่ต้องให้ยา 1 คน โดยเบิกยาและและส่งข้อมูลผ่านระบบตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดทุกสิ้นเดือน

ข้อ 4 หน่วยหรือบริการสถานพยาบาล ที่ให้ยา Erythropoietin ชื่อยาใดชื่อยาหนึ่งควรใช้ต่อเนื่อง อย่างน้อยหนึ่งปี ยกเว้นมีเหตุจำเป็นทางการแพทย์ที่สามารถเปลี่ยนชื่อยาอื่นใดและแจ้งสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบ รวมทั้งต้องติดตามระดับ Hct ของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 4-8 สัปดาห์ ต่อครั้ง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยาแก่ผู้ป่วย

ข้อ 5 การให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วย CAPD และ HD ต้องให้โดยบุคลากรทางการแพทย์ ของหน่วยบริการหรือ สถานบริการที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง หรืออาจให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายที่อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วย โดยไม่ให้ผู้ป่วยนำยาไปฉีดเองที่บ้าน

ข้อ 6 การแจ้ง การสั่งการ หรือการดำเนินการใด ๆ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามประกาศนี้ ให้ถือการส่วนหนึ่งของประกาศนี้

ข้อ 7 ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2552 เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 4 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 เพื่อให้ เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติ 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 ที่ทำสัญญาแบบระยะ ยาว (ประเภท 2.1) เท่านั้น ที่มีสิทธิขอเบิก และ ให้เริ่มดำเนินการเบิกยาได้ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2552 เป็นต้นไป
- 1.1.3 สำหรับช่วงเดือนสิงหาคม – กันยายน 2552 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะ ให้การสนับสนุนในระบบการจ่ายชดเชยเป็นเงิน ในอัตราและวิธีการแบบเดิมตาม ข้อตกลงหรือสัญญาการให้บริการ

1.2 หน่วยบริการหรือสถานบริการที่ร่วมให้บริการ CAPD และ HD (ประเภท2.1) เมื่อให้บริการยา Erythropoietin ตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์แล้ว หลังให้บริการหน่วยบริการหรือสถานบริการ ดังกล่าวสามารถเบิกยาชดเชยผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมตามรายการชื่อยาและจำนวนยาที่ใช้ จริงและไม่เกินอัตราที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด (หน่วยบริการหรือสถาน บริการแต่ละแห่งสามารถขอเบิกยาได้มากกว่า 1 รายการชื่อยา)

1.3 การสนับสนุนยา Erythropoietin สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, จะสนับสนุนยา เฉพาะรายการชื่อยาที่ระบุในประกาศ เท่านั้น กรณีหน่วยบริการ หรือ สถานบริการ CAPD และ HD ใช้ยาชื่อ อื่น นอกเหนือจากที่ระบุอยู่ในประกาศ จะไม่ได้รับการสนับสนุน

1.4 องค์การเภสัชกรรม จะจัดส่งยา Erythropoietin ตามระบบ VMI ให้หน่วยบริการ หรือ สถาน บริการที่ร่วมให้บริการ CAPD และ HD เดือนละ 1 ครั้ง ยกเว้น บางแห่งที่มีข้อจำกัดในเชิงการจัดเก็บและ แข็งความประสงค์ให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ดำเนินการจัดส่งให้เดือนละ 2 ครั้ง โดยจะแยก การจัดส่งยา สำหรับผู้ป่วย CAPD และผู้ป่วย HD ออกจากกัน

1.5 การให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วย หน่วยบริการหรือ สถานบริการที่ร่วมให้บริการ CAPD และ HD สามารถเลือกใช้ได้ตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แต่การใช้ยาตัวใดตัวหนึ่งกับผู้ป่วย ควรใช้ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ยกเว้นมีความจำเป็นทางการแพทย์ที่สามารถเปลี่ยนเป็นยาตัวอื่นได้ โดยต้องบันทึกในแบบฟอร์มที่กำหนดคนละรายงานต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมทั้งต้องติดตามระดับ Hematocrit (Hct.) ของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 4-8 สัปดาห์ต่อครั้ง

1.6 การให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วย ต้องให้โดยบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น โดย

1.6.1 ผู้ป่วย HD จะต้องให้ยาในหน่วยบริการ หรือสถานบริการที่ผู้ป่วยพอกเลือดเท่านั้น

1.6.2 ผู้ป่วยCAPDนอกจากให้ยาในหน่วยบริการCAPD แล้ว สามารถส่งต่อให้ยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่อยู่ใกล้โดยหน่วยบริการCAPD ต้องจัดให้มีการส่งยาให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการโดย จะต้องส่งยาด้วยระบบ Cold Chain และมีใบส่งตัวให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

2 วิธีการสนับสนุนยา Erythropoietin

2.1 หน่วยบริการ CAPD

2.1.1 หน่วยบริการ CAPD บันทึกการใช้ยา ในโปรแกรม DMIS_CAPD โดยหน่วยบริการ ต้องบันทึกข้อมูลการใช้ยาตามที่ใช้จริงในรอบเดือนที่ผ่านมา ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป หากไม่ดำเนินการบันทึกข้อมูลการใช้ยาตามระยะเวลาที่กำหนด จะทำการยกยอดไปยังสิ้นปีครั้งเดียวเท่านั้น โดยมีรายละเอียดการบันทึกข้อมูล ดังนี้

1) รายการยา ต้องเป็นชื่อยาที่ระบุตามประกาศเท่านั้น กรณีไม่ใช้ยาตาม รายการที่กำหนด สามารถเลือกบันทึกข้อมูลในประเภทอื่นๆ เพิ่มเติมได้ แต่ทั้งนี้ จะไม่ได้รับการสนับสนุนยา

2) ปริมาณการใช้ ให้ระบุจำนวน Unit ของยาตามที่ใช้จริง

3) ระดับ Hematocrit (Hct.) ที่ตรวจครั้งล่าสุด โดยต้องมีการเจาะระดับ Hct. อย่างน้อย ทุก 4-8 สัปดาห์ต่อครั้ง

2.1.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประมวลผลข้อมูลการใช้ยา Erythropoietin ในระบบ DMIS_CAPD ทุกวันที่ 16 ของเดือนถัดไป และส่งข้อมูลความต้องการ การชดเชยยาให้องค์การเภสัชกรรม

2.1.3. องค์กรเภสัชกรรม ส่งยาให้หน่วยบริการภายใน 5 วันทำการภายหลังจากได้รับ ข้อมูลการเบิกยาจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1.4 หน่วยบริการ ตรวจสอบยาตามข้อมูลการเบิกยา ในโปรแกรม DMIS

2.2 หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ HD

2.2.1 หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ HD บันทึกข้อมูลการใช้ยาในโปรแกรมของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) ที่ปรับปรุงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2552 เป็นต้นไป เพื่อเตรียมความพร้อมของระบบก่อนที่จะเปิดจ่ายชดเชยยาจริงตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2552 เป็นต้นไป โดยหน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลการใช้ยาตามที่ใช้อย่างแท้จริงในรอบเดือนที่ผ่านมา ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป โดยมีรายละเอียดการบันทึกข้อมูลดังนี้

- 1) รายการยา ต้องเป็นชื่อยาที่ระบุตามประกาศเท่านั้น กรณีไม่ใช่นามรายการที่กำหนดสามารถเลือกบันทึกข้อมูลใน ประเภทอื่นๆ เพิ่มเติมได้ แต่ ทั้งนี้จะไม่ได้การสนับสนุนยา
- 2) ปริมาณการใช้ให้ระบุจำนวน Unit ของยาที่ใช้จริง
- 3) ระดับ Hemotocrit (Hct.) ที่ตรวจครั้งล่าสุด โดยต้องมีการเจาะระดับ Hct. ทุกเดือน เป็นอย่างน้อย

2.2.2 สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) ประมวลผลข้อมูลการใช้ยา Erythropoiesin ของเดือนที่ผ่านมาทุกวันทำการที่ 1 หลังจากวันที่ 15 ของเดือนถัดไป และส่งข้อมูลให้องค์การเภสัชกรรม หากหน่วยบริการหรือสถานบริการบันทึกการใช้ยาต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดจะไม่นำข้อมูลในรอบนั้นมาประมวลผลเพื่อเบิกยา

2.2.3 องค์กรเภสัชกรรม ส่งยาให้หน่วยบริการ หรือสถานบริการภายใน 5 วันทำการภายหลังจากได้รับข้อมูลการเบิกยา จาก สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)

2.2.4 หน่วยบริการหรือสถานบริการตรวจรับยาตามข้อมูล Statement ของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)

การสนับสนุนค่าบริหารจัดการ และค่าบริการอื่นๆ รวมทั้งการส่งข้อมูลการใช้ยา Erythropoietin
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะสนับสนุนค่าบริหารจัดการและบริการอื่นๆ ดังกล่าวในอัตรา 50 บาทต่อการใช้ยา 1 ครั้ง ทั้งนี้ไม่เกิน 200 บาทต่อผู้ป่วย 1 คนต่อเดือน (หากในแต่ละเดือนมีการฉีดมากกว่า 4 ครั้ง อัตราการชดเชยค่าบริการของเดือนนั้นๆ จะถูกเฉลี่ย ด้วยจำนวนครั้งของการให้บริการของทั้งเดือนที่มีการบันทึกข้อมูลเข้ามาในโปรแกรม)

การอุทธรณ์

กรณีที่หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ CAPD และ HD ได้รับการสนับสนุนยา Erythropoietin ไม่ครบตามที่ให้บริการจริง สามารถอุทธรณ์เข้ามาได้ที่สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ภายใน ๓๐ วัน หลังจากได้รับการสนับสนุนยา

หมายเหตุ รายละเอียดการดำเนินงานในขั้นตอนนี้แตกต่างกัน สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากคู่มือการบริหาร
กองทุน และคู่มือการบริหารงบประมาณบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายใน
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2553 หรือสอบถามข้อมูลได้จากผู้
ประสานงานโรคไต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตทุกเขต



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

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

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

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

“ (ข) ค่าใช้จ่ายสำหรับ vascular access ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้เป็นไปตามแนวทางการเบิกจ่ายแนบท้ายประกาศนี้ ”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๓ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

(นายประทีป ธนกิจเจริญ)
รองเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการเบิกจ่าย vascular access สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ชนิดของ vascular access	ข้อบ่งชี้	ราคาจ่าย	จำนวนครั้งในการเบิก	หน่วยบริการ 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 หรือสถานบริการ
AVG	สำหรับผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ไม่สามารถทำ AVF ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้ (๑) ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษาจาก CAPD เป็น chronic hemodialysis (๒) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD (๓) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ต้องทำ AVG ใหม่	๘,๐๐๐ บาท (รวมค่าผ่าตัด, ค่า OR และ ค่าห้องปฏิบัติการ แต่ไม่รวมค่า graft) ค่า graft ไม่เกิน ๑๔,๐๐๐ บาท	เบิกตามจริง แต่ไม่เกิน ๑ ครั้ง/ปี	โรงพยาบาล
Temporary double lumen catheter	สำหรับผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่หรือใช้ AVF หรือ AVG	๘,๐๐๐ บาท (รวมค่าสายและค่าใส่สาย)	จำนวนครั้งเบิกตามจริง แต่ไม่เกิน ๑ ครั้ง/ปี	ศูนย์ฟอกเลือดหรือโรงพยาบาล

หมายเหตุ

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



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
(ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๓

เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายใหม่ ที่ป่วยหลังวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ เข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไต โดยผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนยา Erythropoietin ซึ่งเป็นยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ที่มีความจำเป็นต่อการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตามมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖(๑๔) และมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุม ครั้งที่ ๙/๒๕๕๑ เมื่อวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๑ ครั้งที่ ๕/๒๕๕๒ เมื่อวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๒ ครั้งที่ ๗/๒๕๕๓ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๓ และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๕๓ ในส่วนของงบบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ การสนับสนุนยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายใหม่ ที่ป่วยหลังวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ ที่ไม่สมัครใจเข้ารับบริการทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตผ่านช่องท้อง(CAPD) และประสงค์จะรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดเอง ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๓ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๓

(นายวินัย สวัสดิ์วร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
(ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๓ ลงวันที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๓

๑. หลักการสนับสนุน และการจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ

(๑) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ป่วยหลังวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ ที่ไม่สมัครใจเข้ารับบริการทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตผ่านช่องท้อง(CAPD)และประสงค์จะเลือกใช้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD มีสิทธิได้รับยา Erythropoietin ตามความจำเป็น และข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ลงวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๒

(๒) หน่วยบริการ หรือสถานบริการ ที่มีสิทธิได้รับการสนับสนุนยา Erythropoietin และค่าบริหารจัดการยา ต้องเป็นหน่วยบริการ หรือสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเภทที่ทำสัญญาแบบระยะยาวเท่านั้น โดยได้รับการสนับสนุนยา Erythropoietin และค่าบริหารจัดการยา ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง “การสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย” ลงวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๒

๒. การลงทะเบียนผู้ป่วยเพื่อขอใช้สิทธิ

(๑) คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เข้าถึงบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด พิจารณานุมัติรายชื่อผู้ป่วย ตามข้อ ๑(๑) และส่งรายชื่อผู้ป่วยที่ผ่านกรพิจารณาเห็นชอบ พร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

(๒) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต บันทึกข้อมูลรายชื่อผู้ป่วย ในโปรแกรม DMIS_HD

(๓) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม DMIS_HD ตรวจสอบสิทธิ และส่งข้อมูลให้สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) เพื่อนำเข้าโปรแกรมการจ่ายค่าบริการของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพในรอบทะเบียนถัดไป (ดำเนินการเดือนละ ๒ ครั้ง)

(๔) หน่วยบริการ/สถานบริการ รับข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการลงทะเบียนผ่านโปรแกรมของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ เพื่อบันทึกข้อมูลการให้บริการ



๓. การเรียกเก็บ และการจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ

(๑) การบันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin และค่าบริการจัดการยา

(ก) หน่วยบริการ /สถานบริการ บันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรมการจ่ายค่าบริการของ สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพซึ่งหน่วยบริการ / สถานบริการ สามารถส่งข้อมูลการรักษาได้ทุกวัน สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพจะมีการตรวจสอบข้อมูล และส่งเอกสารตอบกลับรายวัน (EUR)ให้หน่วยบริการ/สถานบริการรับทราบในวันทำการถัดไป

(ข) สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ จะตัดข้อมูลค่าบริการของรอบเดือนที่ผ่านมา ในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป และจะประมวลผลและส่งข้อมูลยา ให้แก่องค์การเภสัชกรรม เพื่อส่งยาให้หน่วยบริการ /สถานบริการผ่านระบบ VMI ซึ่งยาจะส่งถึงหน่วยบริการ หลังจากตัดข้อมูลประมาณ ๗ วันทำการ

(ค) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะทำการประมวลผล และคำนวณค่าบริการจัดการยา เพื่อจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการ เดือนละ ๒ ครั้ง

(ง) สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพจะส่งรายงานสรุปยอดรวมการให้ยา Erythropoietin (EUR) พร้อม ค่าบริการจัดการยา ให้หน่วยบริการ/สถานบริการ เดือนละ ๒ ครั้ง

(๒) การจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการ

(ก) หน่วยบริการ/สถานบริการ จะได้รับการสนับสนุนยา Erythropoietin โดยองค์การเภสัชกรรม จะดำเนินการจัดส่งยาผ่านระบบ VMI หลังจากได้รับข้อมูลจาก สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ ซึ่งหน่วยบริการ /สถานบริการ จะได้รับการยา ภายใน ๗ วันนับจากวันที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตัดข้อมูลส่งให้องค์การเภสัชกรรม(สำหรับในช่วงของการเตรียมการเพิ่มสิทธิประโยชน์ดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มอบหมายให้องค์การเภสัชกรรม สํารวจความต้องการใช้ยา Erythropoietin และมีการสำรองยาให้กับหน่วยบริการล่วงหน้า แล้ว)

(ข) การจ่ายค่าบริการจัดการยา-สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ-จะออกรายงานขออนุมัติจ่ายให้กับหน่วยบริการ / สถานบริการ เดือนละ ๑ ครั้ง

(๓) การอุทธรณ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

กรณีที่หน่วยบริการ/สถานบริการ เห็นว่าการจ่ายค่าใช้จ่ายของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ถูกต้องตามแนวทางการจ่ายนี้ มีสิทธิอุทธรณ์ ต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ภายใน ๓๐ วัน นับจากวันรับรายงานการจ่ายเงิน



การคำนวณจำนวนยา Epoetin และค่าบริหารยา ที่จัดสรรให้กับหน่วยบริการ

ข้อกำหนดของข้อมูลที่ใช้ :

1. รอบบัญชีที่ใช้ในการคำนวณคือ 1 เดือน โดยนับตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันสิ้นเดือนของแต่ละเดือน
2. ข้อมูลแต่ละรอบบัญชีได้จากข้อมูลการให้บริการฟอกเลือดที่ส่งเบิกไปยัง สปส. โดยตัดข้อมูลเพื่อใช้คำนวณแต่ละรอบบัญชีในวันตัดยอดรอบ Statement แรกของเดือนถัดไป กรณีข้อมูลส่งช้าไม่ทันการตัดยอดของรอบบัญชีนั้นๆ จะไม่มีการคำนวณยา Epoetin และค่าบริหารยาให้ ทั้งนี้ให้หน่วยบริการใช้ระบบอุทธรณ์ไปยัง สปสช.
3. ค่า Hematocrit(Hct) ที่ใช้เป็นเกณฑ์ คือ Hct ค่าต่ำสุดของเดือน โดยใช้ค่า Hct ของผู้ป่วยรายหนึ่งๆ จากทุกหน่วยบริการในเดือนนั้น ค่า Hct นี้เป็นค่าที่ตรวจในแต่ละครั้งที่ได้บันทึกไว้ กรณีที่หน่วยบริการไม่ได้ตรวจในครั้งใด ก็จะใช้ค่า Hct ที่หน่วยบริการนั้นตรวจให้กับผู้ป่วยในครั้งก่อนแต่ไม่เกิน 28 วันแทน
4. การคำนวณ Epoetin ที่ใช้กับผู้ป่วยรายหนึ่งๆ ในรอบบัญชีหนึ่งๆ จะรวบรวมข้อมูลการจ่าย 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 กรณีที่มีการจ่ายมากกว่า 1 ชื่อทางการค้าในหน่วยบริการ 1 แห่ง หรือมากกว่า 1 แห่ง จะใช้สัดส่วนของปริมาณยา Epoetin แต่ละชื่อทางการค้าที่จัดสรรให้เป็นเกณฑ์ในการคำนวณ
6. การคำนวณครั้งการบริหารยา Epoetin นับจากจำนวนครั้งของการจ่ายตามข้อ 4
7. การคำนวณค่าบริหารยากรณีที่ผู้ป่วยใช้บริการในหน่วยบริการมากกว่า 1 แห่ง จะจัดสรรตามสัดส่วนจำนวนครั้งการบริหารยาของทุกหน่วยบริการในรอบบัญชีนั้น

วิธีการคำนวณจำนวนยา Epoetin และค่าบริหารยา

1. กรณีจ่าย Epoetin ชนิดเดียว จำนวนยาที่ใช้ ให้เทียบตามตารางชื่อยาและ Hct ค่าต่ำสุดประกอบ โดยเบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกินที่กำหนด กรณีไปใช้บริการมากกว่า 1 รพ. ให้แบ่งตามสัดส่วนตามจำนวนยาที่ใช้

ตัวอย่าง :

กรณี 1. ผู้ป่วยรับบริการ รพ.เดียว ใช้ยาชนิดเดียว และใช้บันทึกกำหนด

- ผู้ป่วยรับบริการเพียง รพ.เดียว ได้รับการฉีดยาชนิด Eritrogen รับบริการ 9 ครั้ง จำนวนยาที่ใช้คิดรวม 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 จำนวนยาที่ใช้คิดรวม 12,000 หน่วย Hct ต่ำสุดของผู้ป่วยหาได้ 32%
 รพ. B รับบริการ 1 ครั้ง จำนวนยาที่ใช้คิดรวม 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 ใช้ยเกินกำหนด

- ผู้ป่วยรับบริการและได้รับการฉีดยาชนิด Eritrogen ดังนี้

รพ. A รับบริการ 4 ครั้ง จำนวนยาที่ใช้คิดรวม 16,000 หน่วย Hct ต่ำสุดของผู้ป่วยหาได้ 32%
 รพ. B รับบริการ 2 ครั้ง จำนวนยาที่ใช้คิดรวม 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 โดยให้แบ่งตามสัดส่วนตาม จำนวนยาที่ใช้ดังนี้

สูตร รพ. ได้รับยา = [จำนวนยาที่ใช้รวมของ รพ. / จำนวนยาที่ใช้รวมทั้งหมด] x จำนวนยาที่จ่ายได้

รพ. A ได้รับยา = $[16,000/24,000] \times 20,000 = 13,333.3300$ หน่วย
 รพ. B ได้รับยา = $[8,000/24,000] \times 20,000 = 6,666.6700$ หน่วย

กรณีใช้ยา Epoetin ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป จะต้องคำนวณจำนวนยาที่ฉีดให้เป็นหน่วยเดียวกันก่อน โดยใช้ยาชนิดที่ให้ขนาด ยาใช้มากที่สุดเป็นมาตรฐาน จากนั้นก็คำนวณตามสัดส่วน

วิธีการแปลงยาให้เป็นหน่วยเดียวกัน (Base)

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

กำหนด u = จำนวนยาที่ใช้คิดรวมของยาที่ต้องการแปลงเป็นหน่วยมาตรฐาน

M = จำนวนยาที่จ่ายได้ตามตารางของยามาตรฐานตามเงื่อนไข Hct

U = จำนวนยาที่จ่ายได้ตามตารางของยาที่ต้องการแปลงตามเงื่อนไข Hct

วิธีการแปลงยาจากหน่วยมาตรฐานให้เป็นหน่วยเดิมของยา (Net)

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

กำหนด u' = จำนวนยาตามหน่วยมาตรฐาน ที่ได้รับการจัดสรรตามสัดส่วน

M = จำนวนยาที่จ่ายได้ตามตารางของยามาตรฐานตามเงื่อนไข Hct

U = จำนวนยาที่จ่ายได้ตามตารางของยาที่ต้องการแปลงตามเงื่อนไข Hct

ตัวอย่าง :

กรณี 1. ผู้ป่วยรับบริการ รพเดียว ใช้จ่าย 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 หากค่า Hct ต่ำสุดของผู้ป่วยได้ 30%

พิจารณาชนิดของยา Epokine และ Renogen ประกอบกับ ระดับ Hct จากตารางชื่อยา Epoetin

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

จะได้ว่า Renogen ให้ขนาดยาใช้ได้มากที่สุด ดังนั้นจึงต้องแปลง Epokine ให้เป็นหน่วยเดียวกับ Renogen จากสูตร จำนวนยาที่แปลงเป็นหน่วยมาตรฐาน แทนค่าได้ดังนี้

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

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

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

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

จากนั้นจัดสรรตามสัดส่วนยาของแต่ละชนิดตามหน่วยมาตรฐาน ดังนี้

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

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

จากนั้นพิจารณาชนิด Epokine(a') ให้แปลงจากหน่วยมาตรฐานให้เป็นตามหน่วยชนิดยาคเดิม

จากสูตร จำนวนยาคหน่วยมาตรฐานแปลงเป็นหน่วยเดิม แทนค่าได้ดังนี้

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

สรุป

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

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

กรณี 2. ผู้ป่วยรับบริการ รพ.เดียว ไข้อย่า 2 ชนิด เกินกำหนด

ผู้ป่วย ได้รับการฉีดยา ดังต่อไปนี้

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

ในการรับบริการทั้งหมดรวม 10 ครั้ง หากค่า Hct 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)

จะเห็นว่า Renogen ให้ขนาดยาใช้ได้มากที่สุด ดังนั้นจึงต้องแปลง Epokine ให้เป็นหน่วยเดียวกับ Renogen จากสูตร จำนวนยาที่แปลงเป็นหน่วยมาตรฐาน แทนค่าได้ดังนี้

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

จากนั้นนำผลรวมจำนวนยาทั้งหมดที่ได้เป็นหน่วยเดียวกัน(e)

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

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

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

จากนั้นจัดสรรตามสัดส่วนยาของแต่ละชนิดตามหน่วยมาตรฐาน

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

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

จากนั้นพิจารณาชนิด Epokine(a') ให้แปลงจากหน่วยมาตรฐานให้เป็นตามหน่วยชนิดยาเดิม จากสูตร จำนวนยาหน่วยมาตรฐานแปลงเป็นหน่วยเดิม แทนค่าได้ดังนี้

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

สรุป

- ยาชนิด Epokine จำหน่ายได้ $Net(a) = 14,545.4600$ หน่วย
- ยาชนิด Renogen จำหน่ายได้ $b' = 21,818.1800$ 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) แยกเงินจากปริมาณบรรจุต่อขวดให้ยกไปเบิกในรอบบัญชีถัดไป

ตัวอย่าง :

ยาชนิด Epokine ขนาดบรรจุ 4,000 หน่วยต่อขวด

- ยอดยาจัดสรรครั้งนี้ได้ $2,025,000$ หน่วย
- ยอดยกมาจากรอบบัญชีที่แล้ว $3,500$ หน่วย

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

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

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

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

4. การคำนวณค่าบริการยา ในอัตราครั้งละ 50 บาท รวมไม่เกิน 200 บาทต่อรายต่อเดือน การนับจำนวนครั้งที่รับบริการที่มีการฉีดตามชนิดยาที่ประกาศ มีการฉีดยาให้ผู้ป่วย มี Hc(%) 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 จำนวนครั้งที่ไ้ยารวม $a + b = 5 + 1 = 6$ (c)

จึงแบ่งจ่ายเงินค่าบริการยา ให้ทั้ง 2 รพ. ดังนี้

ผู้ป่วยรับบริการทั้งหมด 6 ครั้ง ได้รับเงินค่าบริการยา 200 บาท โดยให้แบ่งตามสัดส่วนตามจำนวนครั้งที่ไ้ยาดังนี้

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

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

- ตัวอย่างใบสรุป EUR สำหรับสถานพยาบาล -



สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)

979/103-104 ชั้น 31 อาคารเฉลิมชัยทิวามัวร์ 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 ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตัวอย่าง (10000)

สิ่งที่ส่งมาด้วย บัญชีรายการการใช้ยา Epoetin ของผู้ป่วยนอกฯ เลขที่ 10000_EURSTM_200908

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

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ให้ยา Epoetin	101 ราย	จำนวนบริการ	729 ครั้ง
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 ขอให้โปรดดำเนินการเบิกตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในแนวทางปฏิบัติ

หากพบข้อผิดพลาด โปรดแจ้ง สทส. ภายในวันที่ 25 กันยายน 2552

ขอแสดงความนับถือ

นายสุชาติ สรณสถาพร

ผู้อำนวยการสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ

<รหัสตรวจสอบเอกสาร>

- ตัวอย่างบัญชีรายการ EUR สำหรับสถานพยาบาล-

บัญชีรายการการใช้ยา Epoetin ของผู้ป่วยนอกที่ควมหรือรัง – ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประจำเดือน สิงหาคม 2552

เลขที่เอกสาร : 10000_EURSTM_200908

ออกโดย สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ 18 กันยายน 2552

โรงพยาบาลตัวอย่าง (10000)

จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาและเบิกได้

101 ราย

จำนวนเงินค่าบริการยารวมทั้งสิ้น

19,107 บาท

ยอดจำนวนการใช้ยา Epoetin

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

รายการการใช้ยา Epoetin

ผู้ป่วยรับบริการตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2552 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2552

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

หมายเหตุ :

Unit : ปริมาณยา หน่วยเป็น iu

ยกมา : ยอดยกส่งจากธอมป์สัน - เป็นจำนวนยา(iu) ที่ยื่นเคลมคืนจากปริมาณบรรจุขวดหรือ packing ที่จัดส่งไว้

ยอดจัดส่งได้ : จำนวนยา จำนวนตามหน่วยบรรจุที่จัดส่ง ที่กำหนดเป็น 1 ขวดหรือ 1 packing (หลายขวด) และแสดงเป็นหน่วย iu

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

คงเหลือยกไป : ยอดยกส่งคืนยกไป - จำนวนยา(iu)ที่ยื่นเคลมคืนจากปริมาณบรรจุขวด หรือ packing ที่จัดส่งได้ ยกไปเบิกในรอบบัญชีถัดไป

HN : เลขประจำตัวผู้ป่วย

EPOTN : รหัสยา Epoetin รหัสมีการใช้ยา มากกว่า 1 ชนิด จะแสดงข้อมูลตามรหัสยาในสมุดรพช

x หมายถึง ยารับผิดชอบ ที่ไม่ได้อยู่ในชื่อกำหนด

RepHDs : จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการในขณะเดือน

RepEPO : จำนวน Epoetin รวมทั้งหมดที่ รพ. ส่ง

effHDs : จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการที่มีการให้ยา EPO ที่นำไปใช้คำนวณเพื่อการจัดส่ง

effHct : Hematocrit(%) ที่เบิกได้ เป็นค่าต่ำสุดในเดือนนั้น แต่มากกว่าศูนย์ ที่นำไปใช้คำนวณเพื่อการจัดส่ง

effEPO : จำนวน Epoetin รวมที่นำไปใช้คำนวณเพื่อการจัดส่ง

netEPO : จำนวน Epoetin ที่จัดสรรตามชื่อกำหนด และแบ่งให้ตามหน่วยบริการที่ใช้ยา

EpoAdm : ค่าบริหารยาครั้งละ 50 บาท ไม่เกิน 200 บาทต่อรายต่อเดือน

st : รหัสแสดงสถานะข้อมูล

วาง - รายการปกติ

* - มีการให้บริการที่ รพ. อื่น

แบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
เพื่อพิจารณาขอใช้วิธีการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
โรงพยาบาล.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย (พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน)

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

ส่วนที่ 2 แพทย์ผู้รักษา

1. สาเหตุของโรค (Cause of ESRD)

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

- () Alport's syndrome () Allograft failure
() Analgesic nephropathy () Aplastic/ dysplastic kidney disease
() Chronic urate nephropathy () Diabetic nephropathy
() Lupus nephritis () Obstructive nephropathy

- () Polycystic kidney disease () Presumed glomerulonephritis (No biopsy)
 - () Unknown
 - () อื่นๆ ระบุ.....
2. Co-morbid
3. ประวัติการรักษา.....
4. ประวัติการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
- 4.1 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่วันที่.....
- สถานบริการที่ผู้ป่วยติดตามการรักษา คือ.....
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ BUN.....mg/dl creatinine.....mg/dl
- GFR.....ml/min วันที่..... CBC.....วันที่.....
- Ultrasound kidney size: right.....cm, left.....cm serum 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.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเพิ่มเติมผู้ป่วยที่มีข้อห้ามสัมพัทธ์ กรณีไม่มีผู้ดูแล ให้ระบุรายละเอียด

3.1 ทางด้านการแพทย์

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

ลงชื่อ.....อายุรแพทย์
(.....)
ตำแหน่ง.....

3.2 ทางด้านการพยาบาล

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

ลงชื่อ.....พยาบาล
(.....)
ตำแหน่ง.....

3.2 ทางด้านสังคม

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

ลงชื่อ.....นักสังคมสงเคราะห์
(.....)
ตำแหน่ง.....

แบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อพิจารณา
ขอรับยากกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โรงพยาบาล.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย (พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน)

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

ส่วนที่ 2 แพทย์ผู้รักษา

1. สาเหตุของโรค (Cause of ESRD)

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

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

2. Co-morbid

3. ประวัติการรักษา

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

4. ประวัติการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

4.1 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่วันที่.....
สถานบริการที่ผู้ป่วยติดตามการรักษา คือ.....
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ BUN.....mg/dl creatinine.....mg/dl
GFR.....ml/min วันที่..... CBC.....วันที่.....
Ultrasound kidney size: right.....cm, left.....cm serum abumin.....

5. ประวัติการรักษาบำบัดทดแทนไตที่ผ่านมา

- () 5.1 ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ตั้งแต่วันที่.....ชื่อสถานบริการ.....
- () 5.2 ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตั้งแต่วันที่.....ชื่อสถานบริการ.....
- () 5.3 ผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ตั้งแต่วันที่.....ชื่อสถานบริการ.....
- () 5.4 ผู้ป่วยยังไม่เคยรับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีใดๆ มาก่อน

6. การจำแนกระดับสมรรถนะผู้ป่วย

- () ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล (patient totally depend on others)
- () ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ (patient can do self-care)
- () ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันและร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ (self-care and also significant social participation)
- () ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้ (employed and still work)

7. สรุปความเห็นของแพทย์ผู้รักษา (ระบุความจำเป็นในการฟอกเลือด)

.....

8. วันที่เริ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.....จำนวน.....ครั้ง/สัปดาห์
รพ.ที่รับบริการฟอกเลือด.....รหัสหน่วยบริการ.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ให้การรักษา
(.....)
ตำแหน่ง.....
โรงพยาบาล.....



แบบเบิกจ่ายค่าชนิดชดเชย Vascular Access

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

ตามชุดสิทธิประโยชน์บริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปีงบประมาณ 2555

หน่วยบริการ / สถานบริการ ที่ขอเบิก..... รหัส.....

วันที่โอนปี ที่ขอเบิก.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย

ชื่อ- สกุล..... อายุ.....ปี เภสัชกรศัพท์.....

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

เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก.....

หน่วยบริการประจำตามระบบหลักประกันสุขภาพ.....

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

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษา

• ชนิดของ vascular access

อัตราเบิก

- | | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Arteriovenous Fistula (AVF) | ราคา.....บาท |
| <input type="checkbox"/> Arteriovenous Graft (AVG) | ราคา.....บาท |
| Graft | ราคา.....บาท |
| <input type="checkbox"/> Tunnel cuffed catheter (TCC) | ราคา.....บาท |
| <input type="checkbox"/> Temporarily double lumen catheter | ราคา.....บาท |
| <input type="checkbox"/> การแก้ไขช่องผสมชดเชย vascular access | ราคา.....บาท |

• รายชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา..... เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....

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..... ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “สำนักงาน” ฝ่ายหนึ่ง กับ
..... สำนักงานใหญ่/ที่อยู่ เลขที่

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด โทรศัพท์ โดย

ได้รับมอบอำนาจจาก ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามผูกพันปรากฏตาม
หนังสือ เลขที่ ลงวันที่

เดือน พ.ศ. ๒๕๕..... และหนังสือมอบอำนาจลงวันที่ เดือน
พ.ศ.๒๕๕..... แนบท้ายสัญญานี้ ซึ่งเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลชื่อ
..... ตั้งอยู่เลขที่ ถนน ตำบล/
แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด ตาม
ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลเลขที่ ลงวันที่

ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “สถานบริการ” อีกฝ่ายหนึ่ง
ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ สำนักงานได้ตรวจประเมินสถานบริการและตกลงให้สถานบริการให้บริการรักษา
ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis:HD) แก่ผู้มี
สิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
และได้รับการส่งตัวจากสำนักงานหรือสำนักงานสาขาเขตพื้นที่หรือคณะกรรมการที่สำนักงานแต่งตั้ง ปรากฏ
รายละเอียดตามผนวก ๑ แนบท้ายสัญญา และสถานบริการตกลงทำหน้าที่ ตามข้อ ๔ ของผนวก ๑ แนบ
ท้ายสัญญา รวมทั้งปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ มติ คำสั่ง หรือแนวปฏิบัติของ
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ
สาธารณสุข หรือคณะกรรมการหรือสำนักงานกำหนดขึ้นก่อน หรือระหว่างที่สัญญานี้มีผลใช้บังคับ โดย
ให้ถือว่าการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของสัญญานี้

ข้อ ๒ เอกสารภาคผนวกแนบท้ายสัญญาดังต่อไปนี้ ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญา

๒.๑ ผนวก ๑ แนวทางการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 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 ๆ ที่จำเป็น รายละเอียดปรากฏตามข้อ ๓.๒ ของผนวก ๑ ซึ่งค่าใช้จ่ายทั้งหมดนี้ได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่น ๆ แล้ว

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 ถ้าสำนักงานหรือสถานบริการมิได้บอกเลิกสัญญาให้ถือว่าเวลาให้บริการตามสัญญานี้ ขยายออกไปอีกทุก ๆ ๑ ปี เว้นแต่สถานบริการถูกเพิกถอนหรือถูกยกเลิกการเป็นสถานบริการ หรือสำนักงานบอกเลิกสัญญาก่อนครบกำหนดเวลาตามสัญญานี้ ให้สัญญานี้ สิ้นสุดลง ในวันที่สถานบริการถูกยกเลิก เพิกถอนการเป็นสถานบริการหรือวันที่สำนักงานแจ้งวันที่มีผลการบอกเลิก

คู่สัญญามีสิทธิบอกเลิกสัญญานี้ได้ โดยบอกกล่าวล่วงหน้าเป็นหนังสือให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน ก่อนวันสิ้นสุดสัญญาตามวรรคหนึ่งหรือวรรคสอง แล้วแต่กรณี

ข้อ ๕ ในกรณีที่สถานบริการผิดสัญญาข้อหนึ่งข้อใด หรือละเลยหรือละเว้นไม่ปฏิบัติตามสัญญาข้อหนึ่งข้อใด หรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล เป็นเหตุให้เกิดความล่าช้า ความเสียหายขึ้นไม่ว่ากรณีใด ๆ สำนักงานมีสิทธิระงับการจ่ายเงินทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่สำนักงานเห็นสมควรได้โดยไม่ต้องบอกกล่าวล่วงหน้า หรือบอกเลิกสัญญาได้ทันที และสถานบริการที่ละเลยหรือละเว้นดังกล่าวจะต้องรับผิดชอบในบรรดาความเสียหายที่เกิดขึ้นอันเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตามสัญญา

ค่าเสียหายซึ่งเกิดขึ้นจากสถานบริการตามสัญญานี้ สถานบริการยินยอมให้สำนักงานหักออกจากค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓ หรือระงับการจ่ายเงินทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่สำนักงานเห็นสมควรได้ โดยไม่ต้องบอกกล่าวล่วงหน้า

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

สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความตรงกัน คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความในสัญญานี้ตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยานและต่างเก็บไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ

(.....)

สำนักงาน

ลงชื่อ

(.....)

สถานบริการ

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

ลงชื่อ

(.....)

พยาน



แบบฟอร์มลงทะเบียนสำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเพื่อปลูกถ่ายไต

หน่วยงานบริการ : โรงพยาบาล

ข้อมูลประเภทการรับอวัยวะ

- แหล่งที่มาของอวัยวะ มาจากผู้บริจาคสมองตาย (Cadaveric Donor)
- มาจากผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living Donor)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริจาค

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี
 วัน/เดือน/ปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก HN.....
 ที่อยู่ติดต่อได้
 หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร อีเมล
 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
 - ยังไม่ได้ทำ Dialysis (pre-emptive kidney transplantation) (ตอบได้เฉพาะกรณีเลือก Living Donor)
 - ทำ Dialysis
 - 2.1 เริ่มรับการรักษาด้วยวิธี dialysis เมื่อ เดือน พ.ศ.
 - 2.2 วิธีการทำ Dialysis
 - Hemodialysis ครั้งต่อสัปดาห์
 - Peritoneal dialysis CAPD
 - CCPD APD
3. ผู้ป่วยเป็นผู้ที่อยู่ในโครงการล้างไตของ สปสช. หรือไม่
 - ใช่ ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสำคัญสำหรับผู้บริจาค (เฉพาะ Living Donor)

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี
 วัน/เดือน/ปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก
 ที่อยู่ติดต่อได้
 หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร อีเมล
 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 4 ผู้ให้การรักษา

ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (อายุรแพทย์โรคไต/กุมารแพทย์โรคไต/ ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายไต)
 หมายเลขใบอนุญาตโรคไต
 วันที่สมัครลงทะเบียน

ลงชื่อผู้ส่งใบลงทะเบียน

SPS-15-001

ฉบับที่ : 00

วันที่ 26 พฤศจิกายน 2551



แบบฟอร์มลงทะเบียนล่าช้ารับผู้บริจาคมีชีวิต (ในกรณีที่มีการเปลี่ยนผู้บริจาค)

หน่วยบริการ: โรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้รับการปลูกถ่ายไต

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี
วันเดือนปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก HN.....
หมายเลขลงทะเบียนผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้บริจาคเดิม

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี
วันเดือนปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก HN.....
ที่อยู่ติดต่อได้
หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร อีเมล
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
หมายเลขลงทะเบียนผู้บริจาค
สาเหตุที่มีการเปลี่ยนผู้บริจาค
1.
2.

ส่วนที่ 3 ข้อมูลบริจาคไตรายใหม่ที่เข้าร่วมโครงการ

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี
วันเดือนปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก
ที่อยู่ติดต่อได้
หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร อีเมล
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 4 ผู้ให้บริการรักษา

ชื่อแพทย์ผู้ให้บริการรักษา (อายุรแพทย์โรคไต/กุมารแพทย์โรคไต/ ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายไต)
หมายเลขใบประกอบโรคศิลป์
วันที่สมัครลงทะเบียน / /

ลงชื่อผู้ส่งใบลงทะเบียน



แบบฟอร์มขอรับค่าใช้จ่ายสำหรับการปลูกถ่ายไต

หน่วยบริการ..... รหัส.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลผู้รับการเปลี่ยนไต (RECIPIENT)	ข้อมูลผู้บริจาคไต (DONOR)
หมายเลขลงทะเบียน	<input type="checkbox"/> Living Donor
ชื่อ-สกุล	จำนวน ครั้งที่เบิก (ได้ไม่เกิน 2 ครั้ง)
อายุ ปี	หมายเลขทะเบียนผู้บริจาค
หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก	ชื่อ-สกุล
HN.....AN.....	อายุ ปี
วันที่สมัครเข้าร่วมโครงการ.....	หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก
Admission Date	HN.....AN.....
Operation Date	วันที่สมัครเข้าร่วมโครงการ
Discharge Date	(สำหรับในกรณีที่มีการเปลี่ยนผู้บริจาคตามแบบฟอร์ม LOKTX-011)
หมู่เลือด	วันที่จำหน่ายผู้บริจาคจาก รพ.
	หมู่เลือด
	<input type="checkbox"/> Cadaveric
	หมายเลขทะเบียนผู้บริจาค.....
	(หมายเลขทะเบียนที่ได้รับจากสภากาชาด
	ใช้เพื่อจ่ายเงินให้สภากาชาด)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษาพยาบาล

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 <input type="checkbox"/> Protocol I	Delay graft function:
<input type="checkbox"/> Protocol II	<input type="checkbox"/> DGF-A
High risk <input type="checkbox"/> Protocol III	<input type="checkbox"/> DGF-B
<input type="checkbox"/> Protocol IV	<input type="checkbox"/> DGF-C
กรณีกลุ่ม High risk โปรดระบุข้อป่งชี้	Acute cellular rejection:
.....	<input type="checkbox"/> ACR-A
.....	<input type="checkbox"/> ACR-B
.....	Antibody mediated rejection:
.....	<input type="checkbox"/> AMR-A
.....	<input type="checkbox"/> AMR-B

ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

-
-

ส่วนที่ 3 การเบิกค่าใช้จ่าย

ชื่อผู้บริจาค (ชื่อ) นามสกุล	ชื่อทางการของโรงพยาบาล
<p>1. ขั้นตอนเตรียมการ (ส่วนของผู้บริจาคอวัยวะ)</p> <p><input type="checkbox"/> กรณีผู้บริจาคที่สละชีพ (deceased donor)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าเตรียมและค่าผ่าตัดนำเอาอวัยวะออกจากผู้บริจาค (<p><input type="checkbox"/> กรณีผู้บริจาคที่มีชีวิต (living donor)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าเตรียมตัวผู้บริจาค - ค่าใช้จ่ายระหว่างเข้ารับการผ่าตัดนำเอาอวัยวะออก <p>2. ขั้นตอนเตรียมการ (ส่วนของผู้รับบริจาคอวัยวะ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด - ค่าตรวจ PRA 	
<p>2. ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดและหลังผ่าตัด</p> <p>Induction protocol (เลือก protocol I-IV)</p> <p><input type="checkbox"/> Protocol-I</p> <p><input type="checkbox"/> Protocol-II</p> <p><input type="checkbox"/> Protocol-III</p> <p><input type="checkbox"/> Protocol-IV</p>	
<p>3. ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>Transplant complication protocol</p> <p>Acute cellular rejection (เลือกระหว่าง A และB)</p> <p><input type="checkbox"/> Protocol ACR-A</p> <p><input type="checkbox"/> Protocol ACR_B</p> <p>Antibody mediated rejection (เลือกระหว่าง A และB)</p> <p><input type="checkbox"/> Protocol AMR-A</p> <p><input type="checkbox"/> Protocol AMR-B</p> <p>Delay graft function (เลือกระหว่าง A , B และC)</p> <p><input type="checkbox"/> Protocol DGF-A</p> <p><input type="checkbox"/> Protocol DGF-B</p> <p><input type="checkbox"/> Protocol DGF-A</p>	

ขอรับรองว่าข้อมูลการขอรับค่าใช้จ่ายดังกล่าวมีความถูกต้อง

ลงชื่อ.....
 (.....)
 ตำแหน่ง

แบบ FM- KTX- C01





ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข
พ.ศ. ๒๕๕๔

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ที่ผู้มีสิทธิจะได้รับตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ วรรคสาม มาตรา ๑๘ (๓) และมาตรา ๒๖(๑๔) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๕๔ และครั้งที่ ๕/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๕๔ มอบหมายให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่แทนคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้บริการสาธารณสุขต่อไปนี้ อยู่ในประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ที่ผู้มีสิทธิจะได้รับตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔

- (๑) การปลูกถ่ายหัวใจ
- (๒) การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ในเด็กอายุไม่เกิน ๑๘ ปี ที่มีภาวะตับวายจากท่อน้ำดีตีบตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากโรคอื่น ๆ

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่๒๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

(นายวินัย สวัสดิ์วร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ทำหน้าที่แทนคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็ก และเกณฑ์มาตรฐาน
หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก
พ.ศ. ๒๕๕๔

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็ก และเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับข้อ ๔ วรรคสอง แห่งข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๔๗ และข้อ ๔ ข้อ ๗๔ ของเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๕๔ เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๒ แนวทางการปลูกถ่ายตับในเด็ก ให้เป็นไปตามเอกสาร หมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ เกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก ให้เป็นไปตามมาตรฐานของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

ข้อ ๔ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะทางให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก มีหน้าที่ดังนี้

(๑) ให้บริการรักษาผู้ป่วยสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และวิธีปลูกถ่ายตับในเด็กอายุไม่เกิน ๑๘ ปี ตามแนวทางการรักษาหรือตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย โดยไม่เลือกปฏิบัติ และต้องไม่ปฏิเสธการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยไม่มีเหตุอันควร

/ (๒) ...

(๒) กำกับดูแลผู้ให้บริการ ให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนด

(๓) บันทึกข้อมูลการให้บริการตามมาตรฐานและแนวทางการรักษาตามข้อ ๔ (๑) และการรักษาด้วยการใช้ยากดภูมิต่างๆ รวมทั้งการรักษาเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ หรือเอกสารตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และพร้อมที่ให้ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือหน่วยงานที่ได้รับมอบหมาย ตรวจสอบเพื่อติดตามผลการให้บริการได้ตลอดเวลา

(๔) หน้าที่อื่นๆ ตามที่กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และกฎหมายอื่นๆ กำหนดไว้ หรือตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๕ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๔



(นายประทีป ชนกิจเจริญ)
รองเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑

แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง แนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็กและเกณฑ์มาตรฐานหน่วย
บริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๔

ลงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๔

การให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart Transplantation) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การรักษา
ด้วยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ มีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์ รวมทั้งความปลอดภัยสูงสุดกับผู้ป่วย
ดังนั้นในการดูแลรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ โรงพยาบาลและแพทย์ผู้ให้การรักษาจึงควรดูแล
ครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัย การเลือกผู้ป่วย และวิธีการรักษาที่เหมาะสม การรักษาแบบต่าง ๆ
รวมทั้งป้องกัน และรักษาภาวะแทรกซ้อน โดยมีข้อกำหนดดังนี้

๑. คุณสมบัติของหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านการประเมินและรับรองจาก
ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

๒. เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

- ๒.๑ เป็นผู้มิสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ๒.๒ เป็นผู้ป่วยหัวใจวายอย่างรุนแรงและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น
- ๒.๓ เป็นผู้ป่วยที่สุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด
- ๒.๔ ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่า มีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

๓. การจัดสรรอวัยวะ (Organ allocation)

ให้เป็นไปตามประกาศของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเรื่อง เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

๔. การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๕. การสนับสนุนค่าบริการ

๕.๑ ค่าใช้จ่ายในการให้บริการผ่าตัด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้การสนับสนุนการดำเนินงานในการให้บริการ
ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ แก่หน่วยบริการตั้งแต่ขั้นตอนการจัดเตรียม การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการดูแล
หลังผ่าตัด โดยการสนับสนุนเป็นไปตามแบบแผนการรักษา (Protocol) ตามที่สมาคมปลูกถ่าย
อวัยวะแห่งประเทศไทยเสนอ โดย Protocol ดังกล่าว มีการจำแนกย่อยและมีค่าใช้จ่ายที่จ่ายใน
ลักษณะเหมาตาม Protocol รายละเอียดดังตาราง ต่อไปนี้

/ (๑) คำ...

(๑) ค่าใช้จ่ายก่อนการผ่าตัด

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
สำหรับผู้รับบริจาค (recipient)	<ul style="list-style-type: none">• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ• ค่าตรวจเอกซเรย์• ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA• ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง• ไม่รวมการตรวจ cardiac catheterization	๓๐,๐๐๐

(๒) ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

(ก) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
Protocol-HTX-I <ul style="list-style-type: none">• ใช้ยากกลุ่ม cyclosporine + mycophenolate• ไม่รวม complication ต่างๆ	<ul style="list-style-type: none">• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ• ค่าตรวจเอกซเรย์• ค่าผ่าตัด• ค่าห้อง, ค่าอาหาร• ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ• ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด• ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล• ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา• ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๑๐,๐๐๐

/แผนการ...

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
Protocol- HTX-II <ul style="list-style-type: none"> ● ใช้ยากลุ่ม tacrolimus + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	๓๒๐,๐๐๐
Protocol- HTX-III <ul style="list-style-type: none"> ● ใช้ยากลุ่ม anti-thymocyte globulin + cyclosporine + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา Anti-thymocyte globulin ● ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	๓๗๕,๐๐๐

/แผนการ...

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
Protocol- HTX-IV <ul style="list-style-type: none"> ● ใช้ยากลุ่ม anti-thymocyte globulin + tacrolimus + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา Anti-thymocyte globulin ● ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	๓๘๐,๐๐๐
Protocol- HTX-V <ul style="list-style-type: none"> ● ใช้ยากลุ่ม Basiliximab + cyclosporine + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา Basiliximab ● ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	๔๕๕,๐๐๐

/แผนการ...

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
Protocol- HTX-VI ● ใช้ยากลุ่ม Basiliximab + tacrolimus + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา Basiliximab ● ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	๔๖๕,๐๐๐

(ข)กรณีมีภาวะ rejection

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
Protocol ACR ● ภาวะ acute cellular rejection	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจ Echocardiography ● ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ● ค่ายา methylprednisolone ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	๓๐,๐๐๐

/แผนการ...

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
Protocol AMR <ul style="list-style-type: none">ภาวะ antibody mediated rejection	<ul style="list-style-type: none">ค่าตรวจ Echocardiographyค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อค่ายา methylprednisoloneค่ายา intravenous immunoglobulinค่า plasmapheresis และตัวกรอง plasmaค่าสาย double lumen catheter	๓๒๐,๐๐๐

การสนับสนุนค่าใช้จ่ายดังกล่าว มีเงื่อนไขประกอบ ดังนี้

๑. ในกรณีที่ผู้รับบริจาคต้องมีการประเมินโดยการตรวจ cardiac catheterization ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ให้หน่วยบริการเบิกการตรวจดังกล่าวจากระบบ DRG ผู้ป่วยในและเบิกค่าอุปกรณ์ตามรายการที่ สปสข. กำหนด โดยให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

ในกรณีที่ผู้รับบริจาคมีความเจ็บป่วยอื่นๆ หน่วยบริการสามารถให้การรักษาและเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากระบบปกติของ สปสข.

๓. ในกรณีให้บริการซึ่งมีโรคแทรกซ้อน(Complication)อื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

๔. ในกรณีให้บริการผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาด้วย IABP, ECMO หรือ nitric oxide ให้หน่วยบริการระบุความจำเป็นในการรักษามาที่ สปสข.

๕. เกณฑ์การจ่ายค่าบริการยากดภูมิคุ้มกัน หลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ เป็นไปตามเกณฑ์การจัดบริการยากดภูมิคุ้มกัน ที่ สปสข. กำหนด

๖. กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะ acute cellular rejection สามารถเบิกค่ารักษาจาก protocol – ACR และ ผู้ป่วยมีภาวะ antibody mediated rejection สามารถเบิกค่ารักษาจาก protocol – AMR

/๗...

๗. เมื่อมีการตรวจชิ้นเนื้อหัวใจ (myocardium biopsy) เบิกค่ารักษาจาก protocol – myocardium biopsy ในอัตรา ๓๐,๐๐๐ บาท/ครั้ง

(๓) ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
Protocol -Myocardium biopsy	<ul style="list-style-type: none">• ค่าตรวจ Echocardiography• ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ• ค่าห้อง, ค่าอาหาร• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ• ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยตรง	๓๐,๐๐๐

ในกรณีให้บริการซึ่งมีโรคแทรกซ้อน (Complication) อื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

(๔) เงื่อนไขการจ่ายค่าบริการ

(ก) การจ่ายค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่ายต่อ Protocol ที่กำหนด หากมีการปรับเปลี่ยน Protocol ระหว่างรับการรักษา จะได้รับค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณา

(ข) ค่าบริการที่จ่ายนี้ไม่ครอบคลุมโรคแทรกซ้อน หรือโรคที่เป็นอยู่เดิม หากหน่วยบริการต้องให้บริการในกรณีโรคแทรกซ้อนหรือโรคเดิม ให้ส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปี 2554 (หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ร่วมโครงการต้องแจ้งให้ผู้ป่วยผ่านระบบส่งต่อตั้งแต่แรกเริ่มเข้าสู่โครงการ เพื่อป้องกันการปฏิเสธการจ่ายในกรณีที่มีการรักษาโรคอื่น ๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อน หรือโรคเดิมเป็นต้น)

(ค) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามประกาศนี้ จนกระทั่งสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้สิทธิ เช่น เสียชีวิต หรือ เปลี่ยนสิทธิ

(ง) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดใน Protocol

/(๕)...

(๕) งดการจ่ายเงิน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจ่ายเงินให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการตามผลงานการให้บริการจริงรายเดือน

๕.๒ การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

เกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษา ตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นและการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจดังนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราการจ่ายค่าบริการ (บาท)ต่อเดือน
หลังผ่าตัด ๑- ๖ เดือน	๓๐,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๗ - ๑๒ เดือน	๒๕,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๑๓ - ๒๔ เดือน	๒๐,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๒๕ เดือนขึ้นไป	๑๕,๐๐๐

การจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิรักษาพยาบาลเป็นสิทธิอื่น ที่ไม่ใช่สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๖. การส่งเอกสารหลักฐานเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการส่งเอกสารเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายใน ๓๐ วัน หลังให้บริการ ประกอบด้วยเอกสาร/หลักฐานดังนี้

๖.๑ หนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย (ใบปะหน้า)

๖.๒ แบบขอรับค่าใช้จ่าย กรณีผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๕

๖.๓ กรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน(Complication)ร่วมด้วย ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

๗. การอุทธรณ์

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายค่าใช้จ่ายของ สปสช. ไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ สามารถอุทธรณ์มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ภายใน ๓๐ วันหลังรับรายงานการจ่ายเงิน

เอกสารหมายเลข ๒

แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง แนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็กและเกณฑ์มาตรฐานหน่วย
บริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๔

ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๕๔

การให้บริการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (Pediatric Liver Transplantation) มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยเด็กตับวายด้วยวิธีผ่าตัดปลูกถ่ายตับมีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์ รวมทั้งความปลอดภัยสูงสุดกับผู้ป่วย ดังนั้นในการดูแลรักษาด้วยวิธีผ่าตัดปลูกถ่ายตับ โรงพยาบาลและแพทย์ผู้ให้การรักษาดูแลครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัย การเลือกผู้ป่วย และวิธีการรักษาที่เหมาะสม การรักษาแบบต่าง ๆ รวมทั้งป้องกัน และรักษาภาวะแทรกซ้อน โดยมีข้อกำหนดดังนี้

๑. คุณสมบัติของหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

๒. เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

๒.๑ เป็นผู้ไม่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒.๒ เป็นผู้ป่วยเด็กตับวายจากท่อน้ำดีอุดตันตั้งแต่กำเนิดหรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ

๒.๓ มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี ในวันรับการผ่าตัด

๒.๔ เป็นผู้ป่วยที่สุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด

๒.๕ ได้รับการประเมินจากแพทย์แล้วว่าผู้ป่วยมีความเหมาะสมในการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

๓. การจัดสรรอวัยวะ (Organ allocation)

ให้เป็นไปตามประกาศของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเรื่อง เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

๔. การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษาผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๕. การสนับสนุนค่าบริการ

๕.๑ ค่าใช้จ่ายในการให้บริการผ่าตัด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้การสนับสนุนการดำเนินงานในการให้บริการผ่าตัดปลูกถ่ายตับแก่หน่วยบริการตั้งแต่ขั้นตอนการจัดเตรียม การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ และการดูแลหลังผ่าตัด โดยสนับสนุนตามแบบแผนการรักษา (Protocol) ที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยเสนอ โดย Protocol ดังกล่าว มีการจำแนกย่อยและมีค่าใช้จ่ายที่จ่ายในลักษณะเหมาตาม Protocol รายละเอียดดังตาราง ต่อไปนี้

/(๑) ค่า...

(๑) ค่าใช้จ่ายก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย
(ก) สำหรับผู้รับบริจาค (recipient)	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ● ค่าตรวจเอกซเรย์● ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๐,๐๐๐
(ข) สำหรับผู้บริจาค (living donor)	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ● ค่าตรวจเอกซเรย์● ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง● จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้รับบริจาค 1 ราย	๔๐,๐๐๐

(๒) ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย
(ก) สำหรับผู้บริจาคมีชีวิตเมื่อเข้ารับการผ่าตัด (living donor)	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ค่าผ่าตัด● ค่าห้องและค่าอาหาร● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๑๐๐,๐๐๐

/แผนการ

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย
(ข) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด - กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-OLT-I <ul style="list-style-type: none"> ● ใช้ยากลุ่ม yclosporine + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	๔๑๐,๐๐๐
Protocol- OLT-II <ul style="list-style-type: none"> ● ใช้ยากลุ่ม tacrolimus + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	๔๒๐,๐๐๐

/แผนการ...

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย
Protocol- OLT-III ● ใช้ยากลุ่ม Basiliximab + cyclosporine + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา Basiliximab ● ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	๕๕๕,๐๐๐
Protocol- OLT-IV ● ใช้ยากลุ่ม Basiliximab + tacrolimus + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา Basiliximab ● ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล 	๕๖๕,๐๐๐

/แผนการ...

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย
	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยตรง	
(ค) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด – กรณีมีภาวะ rejection		
Protocol ACR <ul style="list-style-type: none">● ภาวะ acute cellular rejection	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจ ultrasound● ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ● ค่ายา methylprednisolone● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยตรง	๓๐,๐๐๐

การสนับสนุนค่าใช้จ่ายดังกล่าว มีเงื่อนไขประกอบ ดังนี้

๑. ในกรณีที่ผู้รับบริจาคมีความเจ็บป่วย และไม่เกี่ยวข้องกับการเตรียมรับบริจาคตับ หน่วยบริการสามารถให้การรักษาและเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากระบบปกติของ สปสช.

๒. ในกรณีให้บริการซึ่งมีโรคแทรกซ้อน(Complication)อื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

๓. ในกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะ antibody mediated rejection ให้หน่วยบริการระบุการใช้จ่ายและความจำเป็นในการรักษามาที่ สปสช.

๔. กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะ acute cellular rejection สามารถเบิกค่ารักษาจาก protocol – ACR และ ผู้ป่วยมีภาวะ antibody mediated rejection ให้หน่วยบริการระบุการใช้จ่ายและความจำเป็นในการรักษามาที่ สปสช.

๕. เมื่อมีการตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) เบิกค่ารักษาจาก protocol – liver biopsy ในอัตรา ๑๐,๐๐๐ บาท/ครั้ง

/(๓) ค่าใช้จ่าย...

(๓) ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย
สำหรับผู้รับบริจาคหลังผ่าตัด		
Protocol -Liver biopsy	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจ ultrasound • ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ • ค่าห้อง, ค่าอาหาร • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยตรง 	๑๐,๐๐๐

กรณีให้บริการซึ่งมีโรคแทรกซ้อน(Complication) อื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

(๔) เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

(ก) การจ่ายค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่ายต่อ Protocol ที่กำหนด หากมีการปรับเปลี่ยน Protocol ระหว่างรับการรักษา จะได้รับค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณา

(ข) ค่าบริการที่จ่ายนี้ไม่ครอบคลุมโรคแทรกซ้อน หรือโรคที่เป็นอยู่เดิม หากหน่วยบริการต้องให้บริการในกรณีโรคแทรกซ้อนหรือโรคเดิม ให้ส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๕๔ (หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ร่วมโครงการต้องแจ้งให้ผู้ป่วยผ่านระบบส่งต่อตั้งแต่แรกเริ่มเข้าสู่โครงการ เพื่อป้องกันการปฏิเสธการจ่ายในกรณีที่มีการรักษาโรคอื่น ๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อน หรือโรคเดิมเป็นต้น)

(ค) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากโครงการตามขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขนี้ จนกระทั่งสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้สิทธิ เช่น เสียชีวิต หรือ เปลี่ยนสิทธิ

(ง) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดใน Protocol

(๕) งดการจ่ายเงิน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจ่ายเงินให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการ ตามผลงานการให้บริการจริงรายเดือน

/๕๒...

๕.๒ การสนับสนุนค่ายากดงูมีคู้มกัน

เกณฑ์การให้ยาคดงูมีคู้มภายหลังการปลูกถ่ายตับต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษา ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เบื้องต้นและการตรวจระดับยาคดงูมีคู้มกันหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายตับดังนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราราคาชดเชย(บาท)ต่อเดือน
หลังผ่าตัด ๑ - ๖ เดือน	๓๐,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๗ - ๑๒ เดือน	๒๕,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๑๓ - ๒๔ เดือน	๒๐,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๒๕ เดือนขึ้นไป	๑๕,๐๐๐

การจ่ายยาคดงูมีคู้มกัน จะจ่ายชดเชยต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือหมดสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๖. การส่งเอกสารหลักฐานเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการส่งเอกสารเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายใน ๓๐ วัน หลังให้บริการ ประกอบด้วยเอกสาร/หลักฐานดังนี้

๖.๑ หนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย (ใบปะหน้า)

๖.๒ แบบขอรับค่าใช้จ่าย กรณีผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๕

๖.๓ กรณีให้บริการซึ่งมีโรคแทรกซ้อน(Complication)ร่วมด้วย ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

๗. การอุทธรณ์

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายค่าใช้จ่ายของ สปสช. ไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ สามารถอุทธรณ์มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ภายใน ๓๐ วันหลังรับรายงานการจ่ายเงิน



“การมองโลกในด้านบวก
ในสถานการณ์ต่างๆ เหล่านั้น
นอกจากจะทำให้ลดทอนความกดดัน
และความเครียดที่ต้องพจญปัญหาที่โถมทับแล้ว
ยังก่อให้เกิดพลังสร้างสรรค์เพื่อแก้ปัญหาต่างๆ
เป็นพลังชีวิตที่จะทำให้หลุดผ่านพ้น
ช่วงการทำงานที่ยากๆ ได้อย่างมีความสุข”

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์



สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ