

คู่มือบริหาร

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ 2556

การบริหารงบบริการ
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

3





3

คู่มือบริหาร

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2556



การบริหารงบประมาณ
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่มที่ 3

การบริหารบบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ISBN : 978-616-7323-76-3

พิมพ์ครั้งที่ 1 : ตุลาคม 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 : นายวัฒนสินธุ์ สุวรรณานนท์

พิมพ์ที่ : บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด

โทรศัพท์ 0 2214 4660 โทรสาร 0 2612 4509

E-mail : smppt2005@yahoo.com

คำนำ

จากการที่มีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนไทยมาแล้ว 10 ปี ซึ่งก็เป็นที่น่าชื่นชมดีว่าการดำเนินการดังกล่าวมิได้เป็นไปอย่างราบรื่น แต่ประสบกับปัญหาอุปสรรคนานับประการ แต่ด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาวิชาชีพ และที่สำคัญอย่างมากได้แก่ ผู้ให้บริการสาธารณสุข ทำให้มีข้อบ่งชี้ว่านโยบายดังกล่าวประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูงตามเป้าประสงค์ การดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยังต้องพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการและได้รับบริการสาธารณสุขตามสิทธิที่พึงได้ในฐานะความเป็นประชาชนไทย ทั้งนี้กระบวนการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถือเป็นกลไกสำคัญหนึ่งที่สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

คู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดรายละเอียดของหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ในปีงบประมาณ 2556 คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย

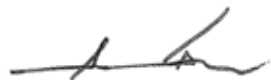
เล่มที่ 1 การบริหารบบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

เล่มที่ 2 การบริหารบบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการบริหารบบผู้ป่วยวัณโรค

เล่มที่ 3 การบริหารบบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

เล่มที่ 4 การบริหารบบบริการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง (บริการควบคุมป้องกัน ความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เชื่อมันว่าคู่มือทุกเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับทุกภาคส่วนที่จะร่วมกันผลักดันให้เกิดการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ก่อให้เกิดความเป็นธรรมที่ประชาชนพึงได้รับจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย



(นายแพทย์วินัย สวัสดิวัตน์)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1 ตุลาคม 2555

สารบัญ

บทที่ 1 การบริหารจัดการบริการโรคไตวาย สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	9
หลักการและเหตุผล	11
แนวทางการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต	12
วัตถุประสงค์	13
กรอบการบริหารงบประมาณ	13
ระยะดำเนินการ	16
ผลผลิต	17
ผลลัพธ์	17
บทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง	18
การกำกับติดตามประเมินผล	21
บทที่ 2 การจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง	23
หลักการและเหตุผล	25
วัตถุประสงค์	26
การบริหารงบประมาณ	26
การบริหารจัดการ	26
แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ	29
บทที่ 3 การจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	31
หลักการและเหตุผล	33
วัตถุประสงค์	33
การบริหารงบประมาณ	34
การบริหารจัดการ	34
แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ	35
หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย	40
วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนและชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริหาร	42

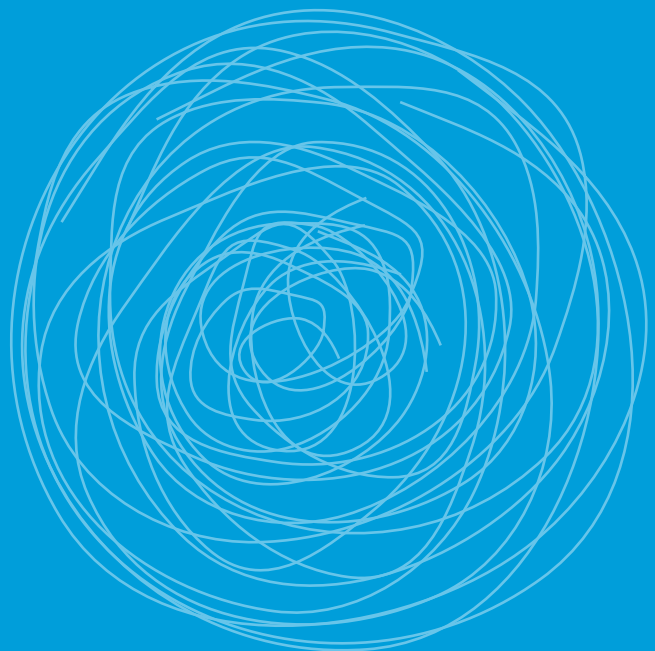
บทที่ 4 การจัดบริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต	45
หลักการและเหตุผล	47
วัตถุประสงค์	47
การบริหารงบประมาณ	48
การบริหารจัดการ	48
แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ	50
บทที่ 5 การจัดการยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายไต	61
หลักการและเหตุผล	63
วัตถุประสงค์	63
การบริหารงบประมาณ	63
การบริหารจัดการ	64
แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ	66
เงื่อนไขการจ่ายชดเชย	66
การส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย	67
การออกรายงานการจ่ายเงิน	67
การอุทธรณ์	67
บทที่ 6 การสนับสนุนยา Erythropoietin	69
หลักการและเหตุผล	71
แนวทางการสนับสนุน	71
หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการชดเชย	73
วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนและชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริหาร	74

บทที่ 7 การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัด	77
ทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	
ความหมาย	79
วิธีการขออุทธรณ์	79
ขั้นตอนการอุทธรณ์	81
บทที่ 8 การจัดการบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก	85
หลักการและเหตุผล	87
วัตถุประสงค์	88
การบริหารงบประมาณ	88
การบริหารจัดการ	88
แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ	90
การส่งเอกสารหลักฐานเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย	91
การอุทธรณ์	91
ภาคผนวก	93
ผนวก 1 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน	94
ผนวก 2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการล้างไตผ่านทาง	106
ช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)	
ผนวก 3 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)	113
ผนวก 4 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT)	144
ผนวก 5 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ	150
และปลูกถ่ายตับในเด็ก (Htx Ltx)	
ผนวก 6 รายชื่อผู้ประสานงาน	168



บทที่ 1

การบริหารจัดการ
บริการผู้ป่วยในวัยเรื้อรัง



บทที่ 1

การบริหารจัดการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

1. หลักการและเหตุผล

การบริการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) เป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเกินความสามารถของครัวเรือนที่จะรับภาระได้ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ป้องกันการล้มละลายจากการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2550 คณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติ ให้ขยายชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ครอบคลุมการบำบัดทดแทนไต Renal Replacement Therapy (RRT) และตั้งแต่ 1 มกราคม 2551 เป็นต้นมา ได้คุ้มครองเรื่องการผ่าตัดปลูกถ่ายไต Kidney Transplantation (KT) ในกรณีที่สามารถหาไตบริจาคได้และขยายการทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและผู้ป่วยรายใหม่ ส่วนผู้ป่วยรายเก่าที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม Hemodialysis (HD) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 ถ้าใช้วิธีเดิมไม่เปลี่ยนเป็น CAPD จะได้รับความคุ้มครองโดยร่วมจ่ายหนึ่งในสามส่วนของค่าฟอกเลือด ทั้งนี้ให้ตั้งงบประมาณในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มเติมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 เป็นต้นไป ต่อจากนั้นได้มีการขยายสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมอีก โดยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 ขยายการให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลังจากวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

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

นอกจากนี้ ที่ประชุมเชิงนโยบายเรื่องการสร้างความเป็นเอกภาพและบูรณาการสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ เมื่อวันที่ 21 มิถุนายน 2555 ซึ่งมีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน ได้พิจารณาการบูรณาการ การให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีข้อเสนอให้ 3 กองทุนปรับเกณฑ์เข้ารับบริการให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยใช้มาตรฐานกลางของสมาคมวิชาชีพ และปรับปรุงระเบียบให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาลให้ได้รับวิธีการรักษาแบบเดิมอย่างต่อเนื่องภายใต้หลักเกณฑ์หรือประกาศของแต่ละกองทุน

2. แนวทางการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต

เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างเป็นธรรม สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและเกิดการใช้งบประมาณของประเทศอย่างคุ้มค่า ในปีงบประมาณ 2556 สปสช. ได้กำหนดแนวทางดำเนินงาน ดังนี้

2.1 สนับสนุนการบริการบำบัดทดแทนไตและเริ่มต้นด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) แก่ผู้ป่วยทุกราย ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามโดยยังคงนโยบาย PD First Policy ต่อเนื่อง

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

2.3 พัฒนาระบบบริการทดแทนไตทั้งการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) ให้เพียงพอ มีคุณภาพมาตรฐานและเป็นธรรมในการเข้าถึงรวมถึงมีการบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 การบูรณาการการจัดบริการ บำบัดทดแทนไต แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้มีความเป็นเอกภาพและความเท่าเทียม ทั้งด้านสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพ และมาตรฐาน ของระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบ

2.5 สนับสนุนให้มีการพัฒนาและควบคุมคุณภาพมาตรฐานการให้บริการบำบัดทดแทนไต ควบคู่ไปกับการพัฒนาวิชาการและระบบข้อมูล

2.6 สนับสนุนให้ดำเนินการป้องกันภาวะไตเสื่อม โดยเชื่อมต่อการป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และ บริการปฐมภูมิ

2.7 สนับสนุนให้ผู้ป่วย ญาติ อาสาสมัคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสังคมได้มีส่วนร่วม ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

3. วัตถุประสงค์

3.1 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับบริการบำบัดทดแทนไตที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ตามความจำเป็นด้านสุขภาพ

3.2 เพื่อให้มีการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มี ประสิทธิภาพ และเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

3.3 มีการบริหารจัดการและควบคุมกำกับเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรและงบประมาณอย่าง มีประสิทธิภาพ

4. กรอบการบริหารงบประมาณ

กองทุนบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นกองทุนย่อยแยกประเภท ซึ่งมีระบบการจัดทำ และของงบประมาณแยกจากงบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) งบประมาณที่ได้รับประกอบด้วย 2 หมวด ได้แก่

4.1 งบประมาณเพื่อการบริหารทดแทนไต

4.2 งบประมาณเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ตารางที่ 1 รายการงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2556

รายการ	เป้าหมาย (ราย)	งบประมาณ ที่ได้รับ(บาท)
1. การบริการทดแทนไต	31,434	4,357,785,000
1.1 บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)	16,513	
1.2 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีมีข้อห้าม PD (HD-Criteria)	5,272	
1.3 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม รายเก่า	3,963	
1.4 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ วิทยาEPO	4,522	
1.5 KT		
KT ผ่าตัด	156	
KT วิทยาทดแทน	1,008	
2. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง		22,810,000
รวม		4,357,785,000

ทั้งนี้ให้ สปสช.สามารถเกลี่ยงบประมาณปี 2556 ระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ โดยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในแต่ละประเภทบริการให้เป็นไปตามข้อ 4.1 และ 4.2 ดังนี้

4.1 งบประมาณเพื่อการบริการทดแทนไต เป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการทดแทนไตสำหรับประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมค่าบริการ ค่ายา และบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และในปีงบประมาณ 2556 จะครอบคลุมการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิดหรือตับวายจากโรคอื่นๆ การบริหารเป็นภาพรวมระดับประเทศ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการทดแทนไต การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิดหรือตับวายจากโรคอื่นๆ เป็นไปตามผลงานบริการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สปสช. กำหนด ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายดังนี้

4.1.1 การบริการสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยตรง ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด รวมถึงการสนับสนุนค่าตอบแทนตามภาระงานที่เพิ่มขึ้น

4.1.2 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่าที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการให้ยาที่จำเป็น การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 เป็นต้นไป และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

4.1.3 การปลูกถ่ายไต ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการและผ่าตัดนำไตจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าบริการกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดและการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไต ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยกำหนด

4.1.4 การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและการปลูกถ่ายตับในเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีที่มีภาวะตับวายจากท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากโรคอื่นๆ โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการสำหรับผู้บริจาคและผู้รับบริจาค เพื่อเป็นค่าเตรียมการและผ่าตัดนำหัวใจและตับจากผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าใช้จ่ายกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึง ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ก่อนและตั้งแต่วันที่

1 ตุลาคม 2554 เป็นต้นไป และการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ ก่อนและตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 เป็นต้นไป ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยกำหนด

ในระหว่างปีงบประมาณ 2556 หากเงินที่กำหนดไว้ในรายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ไม่เพียงพอ เนื่องจากจำนวนบริการทดแทนไตมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณ และการยกเลิกการร่วมจ่ายกรณีการทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่า ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ให้ สปสช. ใช้เงินกองทุนจากรายการ/ประเภทบริการอื่นๆ จ่ายไปก่อน และให้ของบประมาณทดแทนในปีถัดไป

4.2 งบประมาณเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิดหรือตีบวายจากโรคอื่นๆ และผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การบริหารเป็นภาพรวมระดับประเทศ

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในเด็กกรณีท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิดหรือตีบวายจากโรคอื่นๆ (อายุไม่เกิน 18 ปี) และผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ โดยครอบคลุมกิจกรรมดำเนินงานเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ เช่น การพัฒนาบุคลากร สนับสนุนการพัฒนาวิชาการแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดประชุมคณะกรรมการ คณะทำงาน การประชุมสัมมนา การสนับสนุนเครือข่ายผู้ป่วย การเผยแพร่ความรู้และรณรงค์สร้างความเข้าใจ และค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร เป็นต้น ทั้งนี้การจ่ายเป็นไปตามเงื่อนไข หลักเกณฑ์ และวิธีการที่ สปสช. กำหนด หรือโดย สปสช. หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (สปสช.เขต) หรือหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ดำเนินการหรือบริหารจัดการ

5. ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2556

6. ผลผลิต

6.1 มีหน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน กระจายในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าถึงได้อย่างเพียงพอ

6.2 มีหน่วยบริการ/สถานบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ที่มีคุณภาพมาตรฐาน ให้การดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้อย่างเพียงพอ

6.3 มีระบบการบริการปลูกถ่ายอวัยวะและจัดหาอวัยวะ ที่มีคุณภาพมาตรฐานและเป็นธรรม ในการเข้าถึงบริการ

6.4 มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรที่ให้บริการทดแทนไตโดยเฉพาะการผลิตพยาบาล PD เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในศูนย์บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง CAPD ให้ครบทุกแห่ง

6.5 มีระบบการพัฒนาและควบคุมคุณภาพมาตรฐานการให้บริการทดแทนไต โดยเฉพาะการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)

6.6 มีการจัดบริการ CKD clinic นำร่องในหน่วยบริการที่ให้บริการ ล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) หรือที่มีความพร้อมในการให้บริการ

6.7 มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชนรวมถึงสนับสนุนให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

6.8 มีระบบการให้บริการเปลี่ยนหัวใจและปลูกถ่ายตับในเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีที่มีภาวะตับวายจากท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากโรคอื่นๆ

7. ผลลัพธ์

7.1 ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเข้าถึงบริการทดแทนไตตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึง และเป็นธรรม

7.2 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสมรรถนะทางสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่เป็นภาระของครอบครัว และสังคม

7.3 ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ และผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีที่มีภาวะตับวายจากท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากโรคอื่นๆ สามารถเข้าถึงบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและปลูกถ่ายตับได้

8. บทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

8.1 คณะกรรมการ / คณะทำงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบ

เพื่อให้การบริหารระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงานเพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการสนับสนุนพัฒนาระบบในภาพรวม ดังนี้

8.1.1 คณะกรรมการ 3 คณะ ได้แก่

1) คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาและให้ข้อเสนอเกี่ยวกับนโยบาย งบประมาณ และระบบบริการ รวมทั้งกำลังคนของระบบบริการ กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการให้บริการ และการควบคุมคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการทดแทนไต

2) คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด มีหน้าที่เกี่ยวกับการพิจารณา คัดเลือก จัดลำดับและกำหนดให้ผู้ป่วยไตวายในจังหวัด เข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธี CAPD หรือ HD หรือ KT ตามแนวทางที่กำหนด พิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการทดแทนไต ของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจาก CAPD เป็น HD อย่างถาวร รวมทั้งเสนอแนะแก้ไขปัญหาลุทธิผลต่างๆ ในจังหวัด รวมทั้ง ทำหน้าที่อนุมัติแผนการบริหารค่าตอบแทนตามภาระงานและพิจารณาการเบิกจ่ายค่าภาระงานแก่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตามแผน

3) คณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) มีหน้าที่เกี่ยวกับการพิจารณาข้อเสนอของคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานครในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้องได้ด้วยตนเองหรือไม่มีผู้ดูแลจำเป็นต้องเปลี่ยนเป็น วิธี HD อย่างถาวรพิจารณากรณีผู้ป่วยอุทธรณ์ผลการพิจารณาของคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร

8.1.2 คณะทำงาน 2 คณะ

1) คณะทำงานพัฒนาระบบบริการคอบวียะและการปลูกถ่ายไต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เกี่ยวกับการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการคอบวียะและการปลูกถ่ายไต ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนเชิงระบบเพื่อให้มีการบริจาดไตเพิ่มขึ้น เพื่อรองรับ

ความต้องการในการปลูกถ่ายไตของผู้ป่วย สนับสนุนการประชาสัมพันธ์และการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจและบริจาคอวัยวะเพิ่มขึ้น

2) คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เกี่ยวกับการจัดทำแผนแม่บทการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้สามารถเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลการทดแทนไตของระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในภาพรวมของประเทศ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา การเชื่อมโยงฐานข้อมูลและการใช้ข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

8.2 สปสช.

8.2.1 ประสานงานและสนับสนุนคณะกรรมการ / คณะทำงานชุดต่างๆ ในส่วนกลาง

8.2.2 ประสานงานองค์กรวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ร่วมมือกันพัฒนาระบบบริการทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง

8.2.3 ทำแผนและสนับสนุนการพัฒนาระบบในภาพรวมให้สอดคล้องกับนโยบายทั้งในเรื่องงบประมาณ ระบบบริการ การพัฒนากำลังคน หลักเกณฑ์และแนวทางการให้บริการ และการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการทดแทนไต

8.2.4 ประสานและสนับสนุนให้มีการบริการบำบัดทดแทนไต ทั้งการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) การบริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) และการให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไตเพื่อให้มีบริการที่เพียงพอสำหรับให้บริการผู้ป่วย

8.2.5 ประสานและสนับสนุนให้มีการบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและปลูกถ่ายตับในเด็ก รวมทั้งการให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และปลูกถ่ายตับ

8.2.6 ประสานและสนับสนุน สปสช.เขต เพื่อให้ดำเนินการพัฒนาระบบในพื้นที่ ให้สอดคล้องกับแนวทางที่กำหนด

8.2.7 ดำเนินการจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไตทุกประเภท แก่หน่วยบริการสถานบริการ

8.2.8 ประสานให้มีการติดตาม ควบคุมกำกับและประเมินผล

8.3 สปสช.เขต

8.3.1 ประสานงานองค์กรวิชาชีพ หน่วยงาน คณะกรรมการต่างๆ ในระดับพื้นที่ และดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการตามระบบ

8.3.2 ทำแผนพัฒนาระบบและสนับสนุนการดำเนินงานบริการบำบัดทดแทนไตในพื้นที่ให้สอดคล้องกับการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ

8.3.3 ประสานจัดหา ขึ้นทะเบียนและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการ สถานบริการที่ให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และสนับสนุนให้เกิดการบริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) การบริจาคอวัยวะ และการให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต เพื่อให้มีบริการที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยในพื้นที่

8.3.4 ประสานให้มีการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และปลูกถ่ายตับในเด็ก รวมทั้งการให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและปลูกถ่ายตับในเด็ก

8.3.5 ชี้แจงทำความเข้าใจหน่วยบริการ สถานบริการในเรื่องต่างๆ ตามแนวทางที่กำหนด

8.3.6 ประสานการลงทะเบียนผู้ป่วย และแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย

8.3.7 กำกับติดตามการให้บริการของหน่วยบริการ สถานบริการ ทั้งในด้านคุณภาพ มาตรฐาน การเรียกเก็บชดเชยค่าบริการ

8.4 หน่วยบริการ สถานบริการ และเครือข่าย

8.4.1 ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามมาตรฐานวิชาชีพ

8.4.2 พัฒนาคุณภาพ การให้บริการให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน อย่างต่อเนื่อง

8.4.3 เก็บรวบรวม ข้อมูลคุณภาพการให้บริการ

8.4.4 รายงานผลการให้บริการทั้งเพื่อการชดเชยค่าบริการและเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

8.4.5 ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน ในด้านต่างๆตามที่ สปสช. กำหนด

9. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

9.1 สปสช.ติดตามผลการดำเนินงานจากข้อมูลในโปรแกรม DMIS และวิเคราะห์ข้อมูล ตามตัวชี้วัดที่กำหนด โดย

9.1.1 ติดตามการเข้าถึงบริการ พิจารณาจาก

- 1) สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการทดแทนไตทุกวิธี
- 2) จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ
- 3) จำนวนผู้ป่วยปลูกถ่ายตับ

9.1.2 ติดตามคุณภาพการให้บริการ พิจารณาจาก

- 1) อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD และ HD
- 2) อัตราการเปลี่ยนวิธีการรักษาจาก CAPD เป็น HD
- 3) อัตราการติดเชื้อของผู้ป่วย CAPD

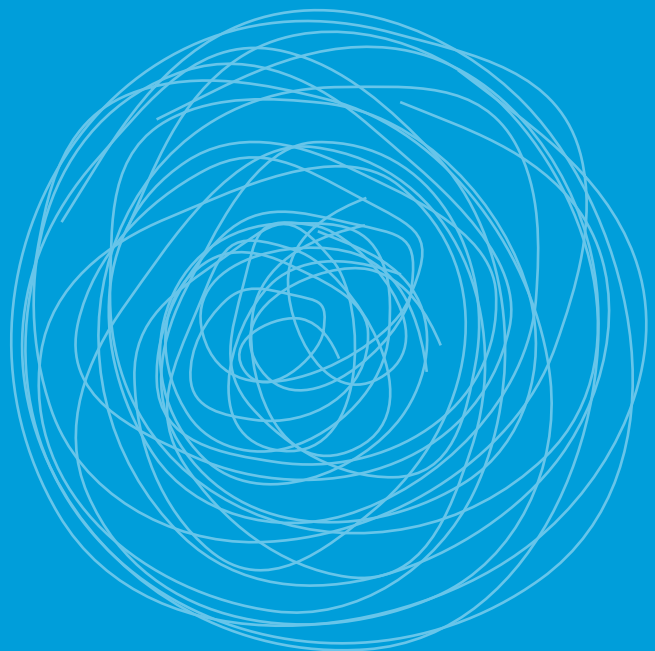
9.1.3 ระบบสารสนเทศเพื่อการติดตามผลการดำเนินงานจะใช้ระบบตามที่ สปสช. กำหนด

9.2 สปสช.เขต ติดตาม ควบคุมกำกับ การดำเนินงานในระดับพื้นที่



บทที่ 2

การจัดบริการล้างไต
ผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง



บทที่ 2

การจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง [Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD]

1. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยได้กำหนดให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับบริการล้างช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) เป็นบริการแรกสำหรับการทดแทนไตให้กับผู้ป่วยทุกรายหรือที่เรียกว่า PD First Policy เนื่องจากคำนึงถึงผลกระทบที่จะมีต่อผู้ป่วยและสังคมโดยรวม กล่าวคือบริการ CAPD นั้นเป็นบริการที่ใช้เวลาของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการน้อยกว่า HD เป็นบริการที่ผู้ป่วยสามารถ ทำเองได้ที่บ้านด้วยตนเอง โดยไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ทำให้ประหยัดทั้งเวลาในการเดินทาง และค่าเสียโอกาสของผู้ป่วย และญาติในการทำงาน นอกจากนี้ คาดว่าบริการ CAPD เป็นบริการที่จะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า HD เพราะค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าน้ำยาล้างช่องท้องซึ่งมีโอกาสที่จะลดราคาลงได้ถ้ามีการบริหารจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง จึงได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างถาวร (CAPD) ในปี 2556 ดังนี้

1.1 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง CAPD หน่วยเดิม ต่อเนื่อง และขยายหน่วยบริการใหม่ที่เป็นเครือข่ายของหน่วยบริการเดิมในโรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อม เพื่อให้มีหน่วยบริการ CAPD ที่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้เพียงพอ

1.2 สนับสนุนให้มี CAPD Technology and Training Centers เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการ CAPD ผลิตและพัฒนาบุคลากร สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ งานวิชาการและการวิจัย

1.3 สนับสนุนให้มีการพัฒนาและควบคุมคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ CAPD ในหน่วยบริการและเครือข่าย

1.4 สนับสนุนคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด ให้มีบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนา ระบบบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ ควบคุมคุณภาพและประเมินผลการให้บริการ CAPD ในพื้นที่

1.5 ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้งแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พยาบาล นักกำหนดอาหาร /นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และชมรมผู้ป่วยโรคไต รวมทั้งสนับสนุน การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย CAPD ในชุมชน

1.6 สนับสนุนการรวมตัวทำกิจกรรมของแพทย์ และพยาบาล PD และผู้ป่วยสนับสนุนการ พัฒนาศึกษาการและงานวิจัยแบบ R2R รวมทั้งให้มีการประชุมระดับชาติ

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดีและได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าถึงการ บริการทดแทนไต และได้รับการ CAPD

2.3 เพื่อเตรียมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้มีความพร้อมจนกว่าจะสามารถรับบริการ ปลุกถ่ายไต

3. การบริหารงบประมาณ

ปีงบประมาณ 2556 จะสนับสนุนการพัฒนาระบบตามแผนพัฒนาระบบบริการดังกล่าวข้างต้น และจะชดเชยค่าบริการ CAPD ตามแนวทางการสนับสนุนค่าบริการที่ สปสช.กำหนด

เป้าหมายบริการ : ผู้ป่วยรายเดิมที่ทำ CAPD ต่อเนื่องมาจากปีก่อนและผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2556

ระยะเวลาดำเนินการ : วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2556

4. การบริหารจัดการ

การสนับสนุนการบริการ CAPD เป็นการดำเนินงานในลักษณะการบริหารจัดการโรคเฉพาะ จึงต้องมีการดำเนินงานเพื่อขึ้นทะเบียน หน่วยบริการ และลงทะเบียนผู้ป่วย และจ่ายชดเชย ค่าบริการ ตามแนวทาง ดังนี้

4.1 การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

4.1.1 การสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยบริการ CAPD

ในปีงบประมาณ 2556 สนับสนุนให้มีการจัดตั้งหน่วยบริการ CAPD ตามมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยเน้นการขยายเครือข่ายหน่วยบริการ CAPD สู่โรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพ ภายใต้ความร่วมมือของหน่วยบริการ CAPD เดิม คณะกรรมการฯ ระดับจังหวัดและ สปสช.เขต

4.1.2 วิธีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ CAPD / หน่วยบริการเครือข่าย CAPD

- 1) หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ต้องเป็นหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อม
- 2) ยื่นแบบแสดงความจำนงเพื่อเข้าร่วมบริการต่อ สปสช.เขต
- 3) คณะกรรมการที่กำหนดโดย สปสช. จะตรวจประเมินความพร้อมตามแนวทางของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และที่ สปสช. กำหนด
- 4) สปสช.เขต ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
- 5) หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

5.1) จัดให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการลงทะเบียนและจัดทำระบบข้อมูลรวมทั้งคลินิกบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ III, IV และ V (Chronic Kidney Disease Clinic หรือ CKD Clinic)

5.2) จัดให้มีศูนย์บริการ CAPD ที่มีสถานที่และเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสมและพอเพียงเพื่อบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

5.3) จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตหรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดหนึ่งคนเป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบโครงการ และมีพยาบาลโรคไตหนึ่งคนเป็น CAPD Case Manager ประจำ

5.4) ให้บริการ CAPD ตามแผนการรักษาที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดและจัดให้บริการผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือด (HD) ในกรณีผู้ป่วย CAPD มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการทดแทนไตชั่วคราว (Tempolary HD) ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด รวมทั้งรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการทดแทนไต

5.5) ประสานงานและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต.หรือสถานีนอคมัยในพื้นที่ เพื่อบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับน้ำยา CAPD ตามที่กำหนดและผู้ป่วย CAPD ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

5.6) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติ และโรงพยาบาล เช่น การตั้งชมรมผู้ป่วยโรคไต การเป็นอาสาสมัคร การมีกิจกรรมร่วมกัน เป็นต้น

5.7) รายงานผลการลงทะเบียนผู้ป่วย ผลการให้บริการทดแทนไต การเยี่ยมบ้านภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และเบิกค่าชุดเซย์บริการทุกเดือนผ่านระบบที่กำหนด

5.8) มีการประเมินความพร้อมหน่วยบริการ CAPD เป็นประจำทุกปี ตามแนวทางที่ สปสช.หรือ สปสช.เขต กำหนด

4.2 การลงทะเบียนผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีสิทธิรับบริการ CAPD จะต้องเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ขอรับบริการ และต้องเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ตามข้อบ่งชี้ของการเริ่มต้นการทำไตโดยไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยหน่วยบริการ CAPD ต้องลงทะเบียนผู้ป่วยผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD

4.3 บทบาท case manager

พยาบาลโรคไตหนึ่งคนเป็น CAPD Case Manager โดย สปสช. สนับสนุนให้การอบรมในหลักสูตรเฉพาะทางที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง เมื่อผ่านการอบรมแล้วจะมีหน้าที่ ในการจัดเตรียมสถานที่ภายในศูนย์บริการ CAPD จัดให้มีการลงทะเบียนผู้ป่วย บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับบริการ CAPD เช่น ให้ความรู้ทั่วไปในการดูแลเปลี่ยนน้ำยาล้างไตให้กับผู้ป่วย และญาติ รวมถึงการติดตาม เยี่ยมผู้ป่วย ประสานการวางสายทางหน้าท้องกับศัลยแพทย์หรือแพทย์ที่มีความชำนาญในการวางสาย บันทึกข้อมูลการเบิกน้ำยา ข้อมูลบริการและปัญหาโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็นต้น

5. แนวทางการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

5.1 การสนับสนุนการให้บริการ

หน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ CAPD จะรับการสนับสนุนการบริการ โดยมีรายละเอียดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พ.ศ.2554

ทั้งนี้ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ CAPD ในส่วนค่าตอบแทนแบบเหมาจ่าย อัตรา 4,000 บาท ต่อ รายต่อเดือนจะครอบคลุมการบริการดังต่อไปนี้

- 5.1.1 การตรวจคัดกรอง ให้คำปรึกษา รวมทั้งค่าบริการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย CAPD
- 5.1.2 ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเกี่ยวข้องกับ การล้างไตทางช่องท้อง เช่น CBC BUN Creatine Electrolyte ผล Adequacy การตรวจคุณภาพเยื่อช่องท้อง (PET Test) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ (Lab Infectious)
- 5.1.3 ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ CAPD เช่นยาปฏิชีวนะ, Heparin หรือยากลุ่ม Anticoagulant เป็นต้น
- 5.1.4 กรณีภาวะแทรกซ้อนของการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ที่จำเป็นต้องฟอกเลือดชั่วคราว Temporary HD ให้หน่วยบริการที่รับลงทะเบียนเป็นผู้ทำ Temporary HD หรือส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วย HD อื่นโดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดให้และเบิกค่าฟอกเลือดจาก สปสช. ในราคาที่กำหนด (สปสช.กำลังพัฒนาระบบเพื่อให้หน่วยบริการ/สถานบริการ HD ที่รับส่งต่อเบิกค่า Temporary HD จาก สปสช.โดยตรงได้)
- 5.1.5 กรณีเจ็บป่วยอื่นๆ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นนอกเหนือจาก CAPD หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายรายหัว ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและอื่นๆ ตามแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ สปสช.

5.2 การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดค่าบริการ

สปสช.จะตัดข้อมูลจากโปรแกรม DMIS_CAPD ทุกวันที่ 30 ของเดือน พิจารณาตรวจสอบและออกรายงานขออนุมัติการจ่ายชดเชยในทุกวันที่ 30 ของเดือนถัดไป

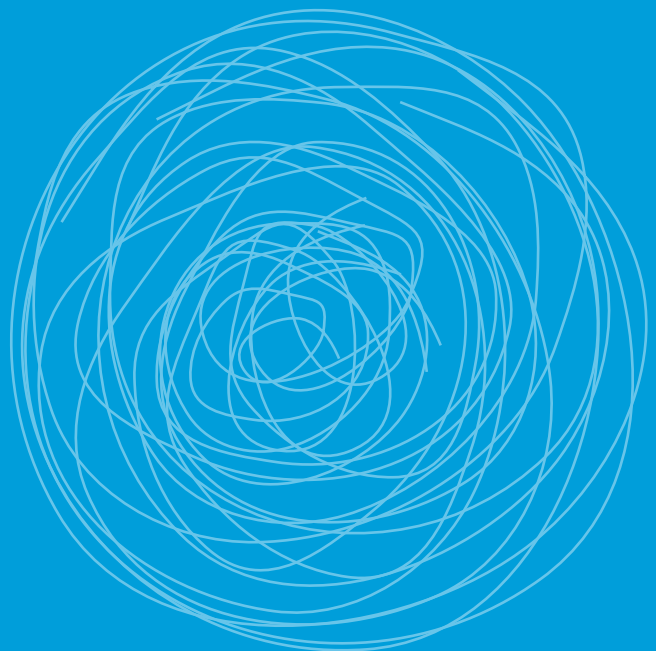
5.3.การอุทธรณ์หลังการจ่าย

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



บทที่ 3

การจัดบริการฟอกเลือด
ด้วยเครื่องไตเทียม



บทที่ 3

การจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม [Hemodialysis: HD]

1. หลักการและเหตุผล

แม้ว่าการให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง CAPD แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นนโยบายหลักในการจัดบริการบำบัดทดแทนไต แต่ก็มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวนหนึ่งที่มีความจำเป็นต้องใช้บริการฟอกเลือด (Hemodialysis; HD) เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง จึงได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีเป้าหมาย ในปี 2556 ให้ปรับเปลี่ยนหน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ HD เป็นแบบระยะยาว (2.1) ทั้งหมดและสนับสนุนการพัฒนาและควบคุมคุณภาพมาตรฐานการให้บริการมากขึ้น

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดีและได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่สามารถรับบริการ CAPD ได้รับการทดแทนไตด้วยวิธี HD

2.3 เพื่อเตรียมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีความพร้อมจนกว่าจะได้รับบริการปลูกถ่ายไต

3. การบริหารงบประมาณ

เป้าหมายบริการ

ปีงบประมาณ 2556 จะสนับสนุนการพัฒนาระบบตามแผนพัฒนาระบบบริการดังกล่าวข้างต้น และจะชดเชยค่าบริการ ผู้ป่วยรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD ตามเงื่อนไข ทั้งรายเก่า และรายใหม่

ระยะเวลาดำเนินการ : วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2556

4. การบริหารจัดการ

4.1 ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ/สถานบริการที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

4.1.1 แนวทางการขึ้นทะเบียน

ให้หน่วยบริการ หรือสถานบริการ ที่ต้องการเข้าร่วมให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แสดงความจำเป็นหนังสือต่อ สปสช.เขต เพื่อดำเนินการตรวจรับรองมาตรฐานตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่ สปสช.กำหนด โดยใช้เกณฑ์ผ่านการประเมินของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (ตรต.) เมื่อผ่านการตรวจรับรอง สปสช.เขต จะส่งดำเนินการเพื่อขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการ ในโปรแกรม DMIS_HD และจะมีการประเมินความพร้อมของการให้บริการ HD เป็นประจำทุกปี ตามแนวทางที่ สปสช.หรือ สปสช.เขตกำหนด

ทั้งนี้ สำหรับสถานบริการต้องผ่านการตรวจประเมินตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องมาตรฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาลด้วย

กรณีหน่วยบริการ/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 การให้

บริการที่กำหนดระยะเวลา 12 เดือน และมีสิทธิได้รับการชดเชยค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตามที่ สปสช.กำหนดทั้งหมด

2) สถานบริการที่ให้บริการฟอกเลือดและสมัครเข้าร่วมให้บริการระยะสั้น (2.2) จะต้องให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแก่ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางการให้บริการที่กำหนด และมีสิทธิได้รับการสนับสนุนเฉพาะค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในอัตรา 1,500 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) จัดให้มีการบริการหรือกิจกรรมอื่นๆ ที่จำเป็น เช่น การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ การเยี่ยมบ้าน การรักษา หรือส่งต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เป็นต้น

5) จัดส่งข้อมูลเพื่อเบิกค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงตามระบบและอัตราที่ สปสช. กำหนด ผ่านสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)

6) อำนวยความสะดวกในการตรวจรับรองมาตรฐานจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หรือการตรวจประเมินจาก สปสช.เขต

7) มีการประเมินผลคุณภาพการให้บริการ HD อย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมคุณภาพบริการตามที่ สปสช. กำหนดและสามารถนำมาแสดงได้เมื่อ สปสช./สปสช.เขต ร้องขอหรือตรวจสอบ

8) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ สปสช. หรือคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัดกำหนด หน่วยบริการ/สถานบริการ HD มีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ลงทะเบียนไว้ตามมาตรฐาน กรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างบริการ HD หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลมีหน้าที่ต้องปฏิบัติในการรักษาภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพจนพ้นภาวะวิกฤติและส่งต่อไปยังหน่วยบริการตามศักยภาพและเครือข่ายที่ สปสช.เขตกำหนด โดยจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการปกติ

4.2 การลงทะเบียนผู้ป่วย

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

1) ผู้ป่วย HD รายเก่าที่มีสิทธิ หมายถึงผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และหมายรวมถึงผู้ป่วยที่รับสิทธิการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาจากระบบประกันสุขภาพอื่นๆ (เช่น สวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม เป็นต้น) ก่อนที่จะเปลี่ยนมาเป็นผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 เป็นต้นไป ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับสิทธิ HD โดยไม่ต้องร่วมจ่าย

2) ผู้ป่วย HD รายใหม่ที่มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ว่าไม่สามารถใช้วิธีทดแทนไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) หรือต้องเปลี่ยนจาก CAPD เป็นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบถาวร ตามหลักเกณฑ์หรือข้อบ่งชี้หรือข้อห้ามในข้อ 2 และผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด ว่าต้องใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยไม่ต้องร่วมจ่าย

3) ผู้ป่วย HD รายใหม่ที่ได้รับสิทธิ EPO หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รายใหม่ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2551 เป็นต้นไป ซึ่งไม่สมัครใจเลือกรับบริการทดแทนไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) และไม่ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด เพื่อให้ใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามข้อ 2 ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดเอง โดยมีสิทธิได้รับการให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนดเท่านั้น

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) เยื่อบุช่องท้องเป็นพังผืดไม่สามารถทำ CAPD
- 3) ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ไม่สามารถทำ CAPD

4.3.3 ข้อห้ามสัมพัทธ์ของการทำ CAPD ทำให้ผู้ป่วยมีสิทธิทำ HD ได้โดยไม่ต้องร่วมจ่าย และเมื่อข้อห้ามสัมพัทธ์ดังกล่าวสิ้นสุดลง ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนเป็น CAPD จึงจะได้รับสิทธิ ได้แก่

- 1) มีสิ่งแปลกปลอมในช่องท้องมาก่อน เช่น ใส่เส้นเลือดเทียม เป็นต้น
- 2) มีไส้เลื่อนที่ยังไม่แก้ไข หรือมีช่องทางติดต่อกับอวัยวะภายนอก
- 3) อ้วนมาก (BMI > 35 กก./ตรม.)
- 4) มี recurrent diverticulitis หรือการอักเสบของลำไส้บ่อยๆ
- 5) มีการผ่าตัดนำกระเพาะหรือลำไส้ออกมาทางหน้าท้อง
- 6) ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำ CAPD ได้และเลขาธิการ สปสช.

เห็นชอบ ภายใต้คำแนะนำของคณะกรรมการระดับจังหวัด

4.3.4 ข้อห้ามสมบูรณ์ของการทำ CAPD ทำให้ผู้ป่วยมีสิทธิทำ HD และไม่ต้องร่วมจ่าย ได้แก่

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

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพิจารณาหลักเกณฑ์ ข้อบ่งชี้ และข้อห้ามของการล้างไต ในบางประเด็นให้ชัดเจนขึ้น ดังนี้

3.1) ผู้ป่วยที่มีสติปัญญาบกพร่อง (Mental Retardation) จัดเป็นผู้ป่วยที่มีสภาพจิตบกพร่องรุนแรง ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการรักษาด้วยวิธี CAPD เป็นข้อห้ามสมบูรณ์ (Absolute Contraindication) สำหรับการล้างไตทางช่องท้อง

3.2) ภาวะพังผืดในช่องท้องที่เป็นข้อห้ามสมบูรณ์ มีรายละเอียดหรือระดับความรุนแรง เมื่อพิจารณาต้องมีหลักฐานทางการแพทย์บ่งบอกชัดเจนว่า มี Peritoneal Fibrosis หรือ peritoneal sclerosis หรือมี bowel adhesion ซึ่งอาจทราบได้จากการตรวจ Abdominal CT scan หรือ laparoscopic examination หรือการผ่าตัดวางสาย Tenckhoff แล้วประสบปัญหา

3.3) ภาวะ Pleuro peritoneal ถือเป็นข้อห้ามของการล้างไต

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

4.4 วิธีการลงทะเบียน

4.4.1 หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัดพิจารณา โดยผู้ป่วยประเภทที่ 1 และ 2 ใช้แบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อพิจารณาขอใช้วิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 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 พิจารณาลงทะเบียนในโปรแกรม DMIS_HD ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามสัมพัทธ์ กรณีผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำ CAPD ได้ ให้ส่งรายชื่อพร้อมแบบเสนอรายชื่อและเอกสารประกอบให้ สปสช. เพื่อเสนอคณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ที่ส่วนกลาง เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว สปสช. จะดำเนินการลงทะเบียนใน DMIS_HD

4.4.4 สปสช. จะตรวจสอบข้อมูลในโปรแกรม DMIS_HD และส่งข้อมูลให้สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สภส.) เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการเบิกชดเชยค่าบริการเดือนละ 2 ครั้ง

4.4.5 หน่วยบริการ/สถานบริการ รับข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการลงทะเบียนผ่านโปรแกรมของ สภส. เพื่อบันทึกการให้บริการ

4.5 บทบาท Case Manager

พยาบาลโรคไตหนึ่งคนทำหน้าที่ HD Case Manager ให้ความรู้ทั่วไปในการดูแลการปฏิบัติตนระหว่างรับบริการ HD รวมไปถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และบริหารจัดการในการให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิ

5. แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ

สปสช. ให้การสนับสนุนค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงแก่หน่วยบริการหรือสถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการ ดังนี้

5.1 ชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD

สำหรับผู้ป่วย HD รายเก่า และผู้ป่วย HD รายใหม่ ครั้งละ 1,500 บาท ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ ปอด ตับร่วมด้วย และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหน่วยบริการหรือสถานบริการขนาดใหญ่ที่มีการให้บริการห่อผู้ป่วยไอซียู โดยชดเชยผู้ป่วยรายเก่า และผู้ป่วยรายใหม่ครั้งละ 1,700 บาท

5.2 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

5.2.1 การให้ยา Erythropoietin ตามที่ สปสช. กำหนด (รายละเอียดในบทที่ 6)

5.2.2 การชดเชย ค่าทำเส้น HD (Vascular Access)

หน่วยบริการ/สถานบริการ ที่เข้าร่วมให้บริการ HD จะรับการสนับสนุนการบริการ โดยมีรายละเอียดตาม ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) และที่เพิ่มเติม ปี 2552 ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการสนับสนุน

และให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปี 2552 และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียม (Hemodialysis: HD) ฉบับที่ 3 พ.ศ.2555 (ภาคผนวก 3)

6. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายค่าชดเชย

6.1 การจ่ายชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

อัตราดังกล่าวตามประกาศ ครอบคลุมการบริการ ดังต่อไปนี้

6.1.1 ค่าตรวจเลือดหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เช่น CBC BUN Creatinine Electrolyte ผล Adequacy (KT/V) เป็นต้น ได้เหมารวมอยู่ในอัตรานี้แล้ว

6.1.2 ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่แพทย์สั่งระหว่างทำการฟอกเลือดได้แก่ Glucose, Analgesic, Antihistamine และ Transquilizer drug Anti-coagulant drug ได้เหมารวมอยู่ในอัตรานี้แล้ว

6.1.3 การล้างไตต้องทำไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ยกเว้น กรณีการล้างไตครั้งแรก (Initiation Hemodialysis) และกรณีผู้ป่วยมีระดับสัญญาณชีพไม่ปกติ หรืออยู่ในภาวะวิกฤตและแพทย์เห็นสมควร

6.1.4 กรณีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการล้างไตที่จำเป็นเร่งด่วน ให้หน่วยบริการที่รักษาภาวะแทรกซ้อนเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบปกติ เช่น กรณีฉุกเฉินผู้ป่วยในให้เรียกเก็บตามระบบ DRG จากกองทุนผู้ป่วยใน ยกเว้นในกรณีสถานบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เป็นสถานบริการตามสัญญา สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายตามข้อบังคับมาตรา 7 ได้

6.1.5 ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการอื่นๆ เบิกจ่ายตามแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เช่น กรณีส่งต่อ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

6.1.6 กรณีเปลี่ยนสิทธิหรือเสียชีวิต จะหมดสิทธิในการขอรับค่าใช้จ่ายในเดือนนั้นๆ

6.1.7 กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่หน่วยบริการที่ลงทะเบียนไว้ จะต้องทำการส่งตัวผู้ป่วยไปรับบริการฟอกเลือดอีกหน่วยบริการหนึ่ง หน่วยบริการที่รับลงทะเบียนจะต้องส่งตัวผู้ป่วยผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ตามที่ สปสช.กำหนด (โปรแกรม สกส.) และหน่วยบริการที่ฟอกเลือดสามารถรับค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้

6.1.8 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องทำการฟอกเลือดที่หน่วยบริการหรือสถานบริการแห่งอื่น (ที่อยู่ในโครงการ) นอกเหนือจากที่รับบริการประจำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในกรณีดังกล่าวขอใหหน่วยบริการ/สถานบริการ แห่งอื่นที่รักษา ประสานแจ้งหน่วยบริการ HD ที่ผู้ป่วยลงทะเบียนไว้ ให้ทำการส่งตัวผู้ป่วย ผ่านโปรแกรม สกส. และหน่วยบริการ/สถานบริการแห่งอื่นที่ล้างไตสามารถรับค่าใช้จ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้ โดยไม่ให้เบิกค่าตัวกรองเพิ่ม (การส่งตัวในโปรแกรมของ สกส. ในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี 3 แบบ ได้แก่ 1 โอนย้าย คือ การส่งตัวชนิดถาวร 2 ชั่วคราว คือการส่งตัวเป็นระยะเวลา 7 วัน และ 3 ร่วมดูแล คือการส่งตัวที่สามารถเบิกจ่ายได้ทั้ง 2 หน่วย)

6.2 การชดเชยค่าผ่าตัดหลอดเลือดสำหรับทำ HD (vascular access)

6.2.1 สปสช.จะจ่ายชดเชย ให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ/หรือหน่วยบริการ/สถานบริการ ที่มีสัญญาให้บริการระยะยาว (2.1) เท่านั้น สถานบริการที่ทำสัญญาระยะสั้น (2.2) ไม่สามารถเบิกค่าทำเส้น HD ได้

6.2.2 ผู้ป่วยที่มีสิทธิได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดสำหรับทำ HD (vascular access) ต้องเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีสิทธิในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD และลงทะเบียนแล้วเท่านั้น

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

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

6.2.5 สปสช.กำหนดการตรวจสอบข้อมูลเพื่อการจ่ายชดเชย ทุกวันที่ 30 ของทุกเดือนและทำการตรวจสอบข้อมูลพร้อมทั้งออกรายงานและขออนุมัติการจ่ายในวันที่ 30 ของเดือนถัดไป

7. วัตถุประสงค์ในการขอรับการสนับสนุน และชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริการ

7.1 การบันทึกข้อมูลการให้บริการ HD

หน่วยบริการ สถานบริการสามารถบันทึกข้อมูลการให้บริการ HD และข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรม HD 2.2 ที่พัฒนาโดย สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) โดยก่อนบันทึกข้อมูลเพื่อรับค่าใช้จ่าย ต้องทำการรับข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยเข้าโปรแกรม HD 2.2 ก่อน โดยศึกษาขั้นตอนได้จาก web site ของ สทส. กรณี ให้บริการผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการลงทะเบียน (ได้รับการอนุมัติสิทธิ HD แล้วแต่ยังไม่มีชื่อในทะเบียน) ให้เก็บข้อมูลบริการไว้และบันทึกหลังจากมีชื่อผู้ป่วยในทะเบียนแล้ว

การบันทึกค่าบริการ

7.1.1 บันทึกเบิกค่ารักษาพยาบาลด้วยโปรแกรมทะเบียนการรักษาทดแทนไต (HD) เมื่อให้บริการผู้ป่วยทุกราย

7.1.2 ใช้อัตรา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตามที่ สปสช.กำหนด

7.1.3 หน่วยบริการ สถานบริการ ส่งข้อมูลการรักษาได้ทุกวัน สทส.จะมีการตรวจสอบข้อมูลและส่งเอกสารตอบกลับค่ารักษาพยาบาลรายวัน (REP) ให้หน่วยบริการ/ สถานบริการ รับทราบในวันทำการถัดไป

7.1.4 สทส.จะส่งรายงานสรุปยอดรวมรายการค่ารักษาพยาบาล (Statement) ให้หน่วยบริการเดือนละ 2 ครั้ง

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

7.1.6 หลังจากได้รับข้อมูล สปสช. จะทำการประมวลผลและออกรายงานการชดเชย

7.2 การบันทึกข้อมูลการให้บริการผ่าตัดหลอดเลือดดำสำหรับทำ HD (vascular access)

บันทึกในโปรแกรม E-Claim ของ สปสช.หรือส่งข้อมูลเบิกด้วยเอกสาร ตามแบบฟอร์มที่กำหนด ระหว่างรอ สปสช.จะพัฒนาโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์

7.3 การกำหนดรอบข้อมูลและการออกรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ

การเบิกชดเชยค่าบริการ สปสช. จะรับข้อมูลมาพิจารณาตรวจสอบ และออกรายงานการจ่ายชดเชย

7.3.1 ค่าบริการ HD จะออกรายงานขออนุมัติจ่ายชดเชย เดือนละ 2 ครั้ง

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

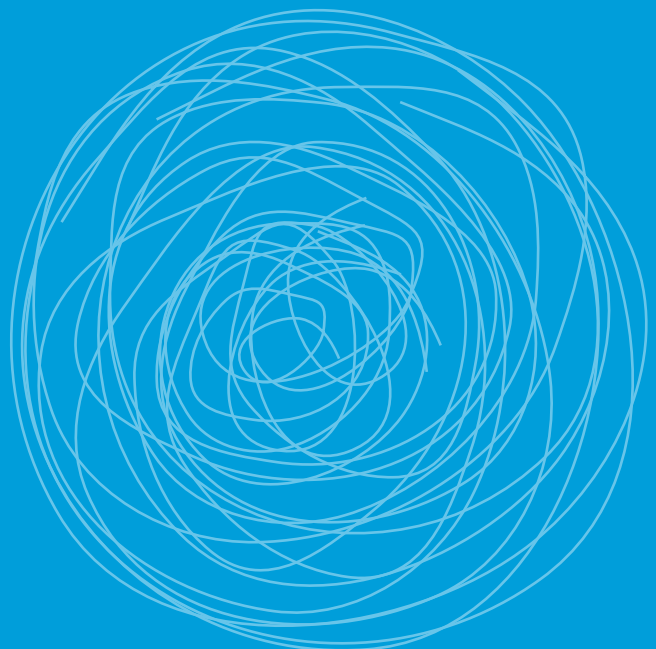
7.4 การอุทธรณ์หลังการจ่าย

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



บทที่ 4

การจัดบริการบำบัดทดแทนไต
ด้วยการปลูกถ่ายไต



บทที่ 4

การจัดบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไต [Kidney Transplantation: KT]

1. หลักการและเหตุผล

การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation : KT) เป็นเป้าหมายหลักสำหรับการจัดบริการทดแทนไตแก่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของประเทศไทย เนื่องจากเป็นวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตและทำงานได้ดีที่สุด การผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นการรักษาพยาบาลที่ค่าใช้จ่ายที่สูงมากและไม่เพียงต้องการความรู้ความชำนาญของทีมงานในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังต้องการความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ การเตรียมการจัดหาอวัยวะที่จะปลูกถ่าย การจัดเตรียมความพร้อมของผู้บริจาคและอวัยวะที่บริจาค การเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการ จนถึงภายหลังจากการปลูกถ่ายไตแล้วก็ยังต้องมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพื่อลดผลจากภาวะภูมิคุ้มกันที่มีต่ออวัยวะที่ปลูกถ่าย

ดังนั้น เพื่อสนับสนุนการจัดบริการปลูกถ่ายไตให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยบริการ จึงกำหนดแผนพัฒนาระบบในปี 2556 โดยจะสนับสนุนการพัฒนาระบบบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ การพัฒนาบุคลากร รวมถึงระบบการ จัดการให้ราคายากดภูมิคุ้มกัน

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไต ด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีสามารถกลับมาใช้ชีวิตและทำงานได้ตามปกติ

3. การบริหารงบประมาณ

เป้าหมายบริการ : ปีงบประมาณ 2556 จะสนับสนุนการพัฒนาระบบตามแผนพัฒนาระบบบริการดังกล่าวข้างต้น และการชดเชยค่าบริการ ผู้ป่วยที่รับบริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ระยะเวลาในการดำเนินการ : ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2556

4. การบริหารจัดการ

4.1 การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่จะให้บริการทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไต ต้องแสดงความจำนงเข้าร่วมบริการ โดยต้องเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย และศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ซึ่ง สปสช. จะดำเนินการตรวจรับรอง และขึ้นทะเบียน โดยจะมีการประเมินความพร้อมในการให้บริการทุกปี ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

4.2 หน้าที่ของหน่วยบริการ

- 4.2.1 จัดระบบการลงทะเบียนผู้รับบริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)
- 4.2.2 จัดให้มีระบบการให้บริการที่มีสถานที่และเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสม และพอเพียงเพื่อให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
- 4.2.3 จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต หรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดหนึ่งคน เป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบโครงการและมีพยาบาลโรคไตเป็น KT Case Manager
- 4.2.4 ให้บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน
- 4.2.5 จัดบริการให้เป็นไปตามชุดบริการต่างๆ (Protocol) ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย
- 4.2.6 จัดให้มีกิจกรรมการให้บริการในแต่ละชุดบริการ (Protocol) ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย
- 4.2.7 จัดเตรียมระบบในการส่งข้อมูลต่างๆ ตามที่ สปสช. กำหนดเพื่อประกอบการขอรับการชดเชยหรือสนับสนุนค่าบริการ

4.2.8 จัดให้มีคณะกรรมการโดยมีจำนวน และองค์ประกอบตามที่สปสข.กำหนดทำ
หน้าที่ 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	กรุงเทพมหานคร
4.3.12 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	จังหวัดปทุมธานี
4.3.13 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	จังหวัดอุบลราชธานี
4.3.14 โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพมหานคร
4.3.15 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพมหานคร
4.3.16 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	จังหวัดนครราชสีมา

หมายเหตุ: ทั้งนี้หากมีหน่วยบริการขึ้นทะเบียนเพิ่มเติม สปสข.จะประกาศเพิ่มเติมต่อไป

4.4 การลงทะเบียนผู้ป่วย

4.4.1 ผู้มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เป็นผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้ง สิทธิว่าง และผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาว่าจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตตามเกณฑ์ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ส่วนผู้บริจาคไต (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้

4.4.2 การลงทะเบียนผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม DMIS_KT ซึ่งหน่วยบริการจะต้องตรวจสอบสิทธิก่อนการให้บริการทุกครั้ง และ ณ วันที่รับบริการ KT ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5. แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ

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

5.1 ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

5.1.1 สำหรับ ผู้บริจาคอวัยวะ ทั้งผู้บริจาคที่มีชีวิต และผู้บริจาคสมองตาย

5.1.2 สำหรับผู้รับบริจาค

5.2 ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

ขตเคยให้หน่วยบริการ แบบราคาเหมาจ่ายค่าบริการต่อชุดบริการ (Protocol) ในระหว่างเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในจนกระทั่งจำหน่าย รวมทั้งเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดแบ่งเป็น 2 กรณี คือ

5.2.1 กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน จ่ายตาม Protocol I-IV

5.2.2 กรณีมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย จ่ายตาม Protocol

1) Antibody mediated rejection ประกอบด้วย Protocol AMR-A และ Protocol AMR-B

2) Acute cellular rejection ประกอบด้วย Protocol ACR-A และ Protocol ACR-B

3) Delay graft function ประกอบด้วย Protocol DGF-A Protocol DGF-B และ

Protocol DGF-C

ตารางที่ 3 รายละเอียดการสนับสนุนค่าบริการปลูกถ่ายไต

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด		
1.1 สำหรับผู้บริจาค (Donor)		
1.1.1 ผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living Donor)		
1) ค่าเตรียมผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor)	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้รับบริจาค 1 ราย 	40,000
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) ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor)	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าดูแล Donor • ค่าผ่าตัด • ค่าน้ำยาถอนอวัยวะ • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าดำเนินการเกี่ยวกับศพ 	40,000
1.2 สำหรับเตรียมผู้รับบริจาค (Recipient)		
1.2.1 ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคที่มีชีวิต		
1) ค่าเตรียมผู้รับบริจาค ก่อนเข้ารับการผ่าตัด	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	31,300

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
1.2.2 ผู้รับบริการจากผู้บริจาคสมองตาย		
1) ค่าเตรียมผู้รับบริจาค ก่อนเข้ารับการผ่าตัด	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	31,300
2) ค่าส่งตรวจ Panel reactive antibody	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจ Panel reactive antibody ทุก 3 เดือน/ครั้ง จ่ายครั้งละ 	1,800
2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด		
2.1 สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-I <ul style="list-style-type: none"> • สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม low risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย • ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน cyclosporine + mycophenolate • ไม่รวม complication ต่าง ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง • 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 • ไม่รวม complication ต่าง ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ • ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล 	148,000

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	
Protocol-III • สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม high risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย • ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน basilimap + cyclosporine + mycophenolate • ไม่รวม complication ต่าง ๆ	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ • ค่ายา basiliximab X 2 dose • ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	287,000
Protocol-IV • สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม high risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย • ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน basilimap + cyclosporine + mycophenolate • ไม่รวม complication ต่าง ๆ	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้องและค่าอาหาร • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ • ค่ายา basiliximab X 2 dose • ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	292,000
2.2 สำหรับผู้รับบริการเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีมีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol ACR-A (Acute cellular rejection) • ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่ มีภาวะ acute cellular rejection • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	• ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy • ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ • ค่ายา methylprednisolone • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ โดยตรง	23,000

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
	<ul style="list-style-type: none"> • ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่ม protocol DGF-B) 	
Protocol ACR-B (Refractory acute cellular rejection) <ul style="list-style-type: none"> • ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ refractory acute cellular rejection • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy • ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ • ค่ายา methylprednisolone • ค่ายา anti-thymocyte globulin • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่ม protocol DGF-B) 	493,000
Protocol AMR-A (antibody mediated rejection) <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
Protocol AMR-B (refractory antibody mediated rejection) <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 	426,000

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	
	<ul style="list-style-type: none"> • ค่ายา rifuximab • ค่า plasmapheresis และตัวกรอง plasmaflux • ค่าสาย double lumen catheter • ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย protocol DGF-C) 	
Protocol DGF-A (delay graft function) <ul style="list-style-type: none"> • ใช้ร่วมกับ protocol I-VI ในกรณีที่มีภาวะ delay graft function • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy • ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่าสาย double lumen catheter • ค่าทำ acute hemodialysis 	56,000
Protocol DGF-B (delay graft function acute cellular rejection) <ul style="list-style-type: none"> • ใช้ร่วมกับ protocol I-VI และ protocol ACR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ delay graft function ร่วมกับ • ค่าทำ acute hemodialysis acute cellular rejection • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ค่าสาย double lumen catheter • ไม่รวมค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน protocol ACR-A และ ACR-B) 	40,000
Protocol DGF-C (delay graft function with antibody mediated rejection) <ul style="list-style-type: none"> • ใช้ร่วมกับ protocol I-VI และ protocol AMR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ • ค่าทำ acute hemodialysis delay graft function ร่วมกับ antibody mediated rejection • เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง • ไม่รวมค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ และค่าสาย double lumen catheter (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน protocol AMR-A และ AMR-B) 	35,000

5.3 สรุป

5.3.1 ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด รายละเอียด ตามตารางที่ 4

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

5.3.2 ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด แยกเป็นประเภท ดังนี้

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

ตารางที่ 5 แสดงอัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

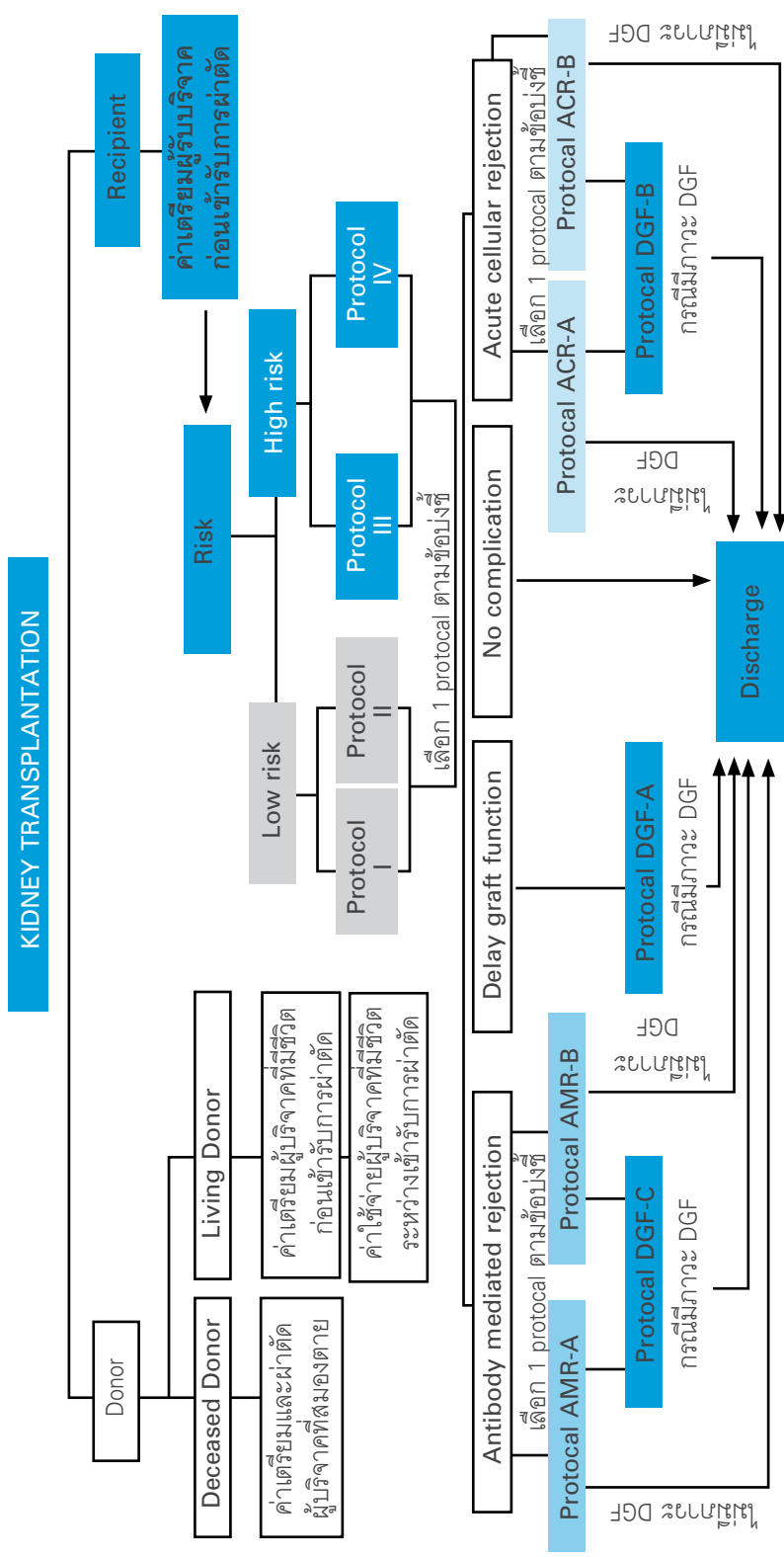
Protocol	อัตราจ่าย (บาท)
Protocol-I	143,000
Protocol-II	148,000
Protocol-III	287,000
Protocol -IV	292,000

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 และให้ถือว่าใบส่งตัวนั้นครอบคลุมการส่งตัวรักษาโรคอื่นที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไต 1 ปี

แผนภาพที่ 1 แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการปลูกถ่ายไต



หมายเหตุ

- ภาวะแทรกซ้อน Protocol AMR และ Protocol ACR สามารถเกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัด ในช่วงระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาล หน่วยบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเพิ่มเติมจาก Protocol 1-4 ได้ โดยแพทย์ผู้ทำการรักษา ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามข้อบ่งชี้ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะ และแนบใบรับรองแพทย์ประกอบการเบิกจ่าย
- ภาวะแทรกซ้อน Protocol DGF (delay graft function) สามารถเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายกลับบ้านแล้ว และกลับมาอนในโรงพยาบาลใหม่ หน่วยบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามที่กำหนด

5.3.3 เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1) การจ่ายค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่ายต่อ Protocol ที่กำหนด หากมีการปรับเปลี่ยน Protocol ระหว่างรับการรักษา จะได้รับค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณา

2) ค่าบริการที่จ่ายนี้ไม่ครอบคลุมโรคแทรกซ้อน หรือโรคที่เป็นอยู่เดิม หากหน่วยบริการต้องให้บริการในกรณีโรคแทรกซ้อน หรือโรคเดิม ให้ส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปี 2556 หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ร่วมโครงการต้องแจ้งให้ผู้ป่วยผ่านระบบส่งต่อตั้งแต่แรกเริ่มเข้าสู่โครงการเพื่อป้องกันการปฏิเสธการจ่ายในกรณีที่มีการรักษาโรคอื่นๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อน หรือโรคเดิม เป็นต้น)

3) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากโครงการตามขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขนี้ จนกระทั่งสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้สิทธิ เช่น เสียชีวิตหรือเปลี่ยนสิทธิ

4) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด ในช่วงเวลาประมาณ 21 วัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดใน Protocol

5.3.4 งดการจ่ายเงิน

สปสช.กำหนดการตัดข้อมูลเพื่อจ่ายชดเชยทุกสิ้นเดือน และทำการตรวจสอบและออกรายงานขออนุมัติจ่ายชดเชยภายใน 30 วัน โดยนำผลงานการให้บริการรายเดือน ไปหักล้างกับเงินที่มีการจ่ายล่วงหน้าไปเมื่อปีงบประมาณ 2552 จนกระทั่งเงินล่วงหน้าถูกหักล้างทางบัญชีหมดแล้ว หน่วยบริการจึงจะได้รับการชดเชยตามผลงานการให้บริการจริงรายเดือน

5.3.5 การส่งเอกสารหลักฐานเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการส่งเอกสารเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายใน 30 หลังให้บริการ ประกอบด้วยเอกสาร/หลักฐานดังนี้

1) หนังสือแจ้งเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการ

2) แบบขอรับค่าใช้จ่ายสำหรับการปลูกถ่ายไตตามแบบฟอร์ม FM-18.12-023 ในภาคผนวก 4

3) กรณีมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

หมายเหตุ

ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยน Protocol หรือเสียชีวิต ระหว่างผ่าตัด หรืออื่นๆ สปสช.อาจขอ สำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยได้

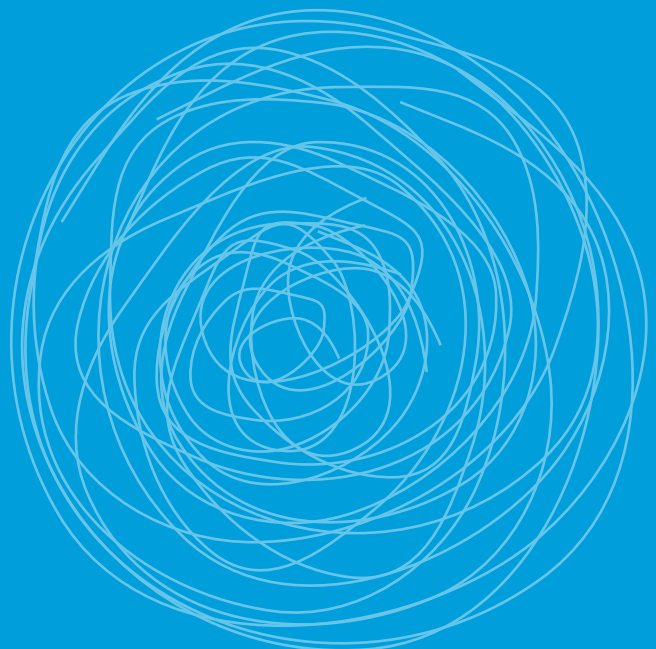
5.3.6 การอุทธรณ์

หน่วยบริการที่ได้ให้บริการนอกเหนือจากแนวทางปฏิบัติที่กำหนดใน Protocol สามารถ ส่งหลักฐาน คือ สำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาขออุทธรณ์ได้ที่ สปสช.ได้ ทั้งนี้ผลการอุทธรณ์ ให้ถือตามผลการพิจารณาของคณะกรรมการที่ สปสช. กำหนด



บทที่ 5

การจัดบริการยาทดแทน
ภายหลังการปลูกถ่ายไต



บทที่ 5

การจัดบริการยากดภูมิคุ้มกัน ภายหลังการปลูกถ่ายไต

1. หลักการและเหตุผล

เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สปสช.จึงได้ จัดระบบการสนับสนุน การให้ยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายไต (Immunosuppressive drug) ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและหน่วยบริการที่ร่วมโครงการ ด้วยแนวทางการสนับสนุนดังนี้

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับบำบัดทดแทนไต ด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ได้เข้าถึงยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตและได้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีสามารถกลับมาใช้ชีวิตและทำงานได้ตามปกติ

3. การบริหารงบประมาณ

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

ระยะเวลาในการดำเนินการ : ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 จนถึง วันที่ 30 กันยายน 2556

4. การบริหารจัดการ

การรับยากดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressive drug) ภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยเกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มกัน ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ยากดภูมิคุ้มกันต้องเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น

4.1 การขึ้นทะเบียน หน่วยบริการ

หน่วยบริการที่จะให้บริการจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน ต้องแสดงความจำนงเข้าร่วมบริการ โดยต้องเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย และศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ซึ่ง สปสช.จะดำเนินการตรวจรับรองและขึ้นทะเบียน โดยจะมีการประเมินความพร้อมในการให้บริการทุกปี ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

ขณะนี้ มี จำนวน 18 แห่ง ดังนี้

- | | |
|---|---------------------|
| 1. โรงพยาบาลพุทธชินราช | จังหวัดพิษณุโลก |
| 2. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช | กรุงเทพมหานคร |
| 3. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ | จังหวัดสงขลา |
| 4. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า | กรุงเทพมหานคร |
| 5. โรงพยาบาลขอนแก่น | จังหวัดขอนแก่น |
| 6. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ | จังหวัดขอนแก่น |
| 7. โรงพยาบาลรามธิบดี | กรุงเทพมหานคร |
| 8. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครเชียงใหม่ | จังหวัดเชียงใหม่ |
| 9. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี | จังหวัดสุราษฎร์ธานี |
| 10. โรงพยาบาลราชวิถี | กรุงเทพมหานคร |
| 11. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร | กรุงเทพมหานคร |
| 12. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ | จังหวัดปทุมธานี |
| 13. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ | จังหวัดอุบลราชธานี |
| 14. โรงพยาบาลศิริราช | กรุงเทพมหานคร |
| 15. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ | กรุงเทพมหานคร |
| 16. โรงพยาบาลระยอง | จังหวัดระยอง |

17. โรงพยาบาลชลบุรี

จังหวัดชลบุรี

18. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

จังหวัดพิษณุโลก

หมายเหตุ: ทั้งนี้หากมีหน่วยบริการเพิ่มเติม สปสช.จะประกาศเพิ่มต่อไป

4.1.1 หน้าที่ของหน่วยบริการ

ให้บริการยากดภูมิคุ้มกัน แก่ผู้ป่วยที่หน่วยบริการนั้นได้ผ่าตัดปลูกถ่ายไต หรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมาจากหน่วยบริการ /สถานบริการอื่นๆ โดยดำเนินการ ดังนี้

- 1) จัดระบบการลงทะเบียนผู้รับบริการรับยากดภูมิคุ้มกันภายหลังปลูกถ่ายไต
- 2) จัดให้มีระบบการให้บริการจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน ที่มีสถานที่และเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสมและพอเพียงเพื่อบริการผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไตอย่างต่อเนื่อง
- 3) จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต หรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร ที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด และมีพยาบาลโรคไตเป็น Case Manager
- 4) ให้บริการการจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressive Drug) ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) การให้บริการเป็นไปตามเงื่อนไขการจ่าย ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษาเพื่อติดตามผล หลังการปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน
- 6) จัดเตรียมระบบในการส่งข้อมูลต่างๆ ตามที่ สปสช.กำหนดเพื่อประกอบการขอรับการชดเชยหรือสนับสนุนค่าบริการ

4.2 การลงทะเบียนผู้ป่วย

ผู้มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึง สิทธิว่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตจากหน่วยบริการ สถานบริการต่างๆ ทั้งรายเก่า และรายใหม่

การลงทะเบียนผู้ป่วย

ให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ ลงทะเบียน ผู้ป่วยที่มีสิทธิรับบริการยากดภูมิคุ้มกัน ภายหลังการปลูกถ่ายไต ในโปรแกรม DMIS_KT เมื่อได้รับการลงทะเบียนแล้ว หน่วยบริการต้อง ตรวจสอบสิทธิก่อนการให้บริการทุกครั้ง โดย ณ วันที่รับบริการรับยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการ ปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง

4.3 บทบาท Case Manager

พยาบาลโรคไตหนึ่งคนเป็น Case Manager ให้ความรู้ทั่วไปในการดูแลปฏิบัติตนก่อน ระหว่าง และหลังการรับยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายไต รวมไปถึงอธิบายภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้น การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

5. แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ

เกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายไต ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคม ปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษาเพื่อติดตามผล ภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยากด ภูมิคุ้มกันด้วย โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังการปลูกถ่ายไต 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

การจ่ายยากดภูมิคุ้มกันจะจ่ายชดเชยต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเปลี่ยนสิทธิ การรักษา

7. การส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

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

8. การออกรายงานการจ่ายเงิน

สปสช. กำหนดรอบในการตัดข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย วันที่ 30 ของทุกเดือนและพิจารณาออกรายงานเพื่อขออนุมัติจ่ายเงิน ทุกวันที่ 30 ของเดือนถัดไป

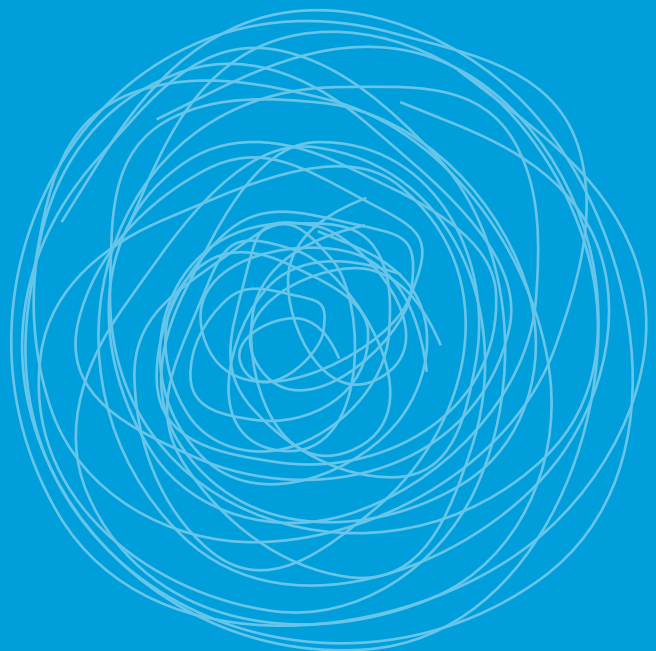
9. การอุทธรณ์

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



บทที่ 6

การสังเคราะห์
Erythropoietin



บทที่ 6

การสนับสนุนยา Erythropoietin

1. หลักการและเหตุผล

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการทดแทนไตที่มีคุณภาพ สปสข. จึงกำหนดให้การสนับสนุนยา Erythropoietin ซึ่งเป็นยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ที่มีความจำเป็นต่อการรักษาพยาบาล

2. แนวทางการสนับสนุน

2.1 ให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) รวมทั้งผู้ป่วยรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หลังวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสข. กำหนด มีสิทธิได้รับยาตามความจำเป็น และข้อบ่งชี้ทางการแพทย์รวมทั้งราคาของยาแต่ละชื่อยา ตามตารางที่ 7 ดังนี้

ตารางที่ 7 แสดงรายการสนับสนุนยา 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	8 ครั้งต่อเดือน	4 ครั้งต่อเดือน
Erytrogen	4,000	8 ครั้งต่อเดือน	4 ครั้งต่อเดือน
Renogen	4,000	8 ครั้งต่อเดือน	4 ครั้งต่อเดือน
Epiao	4,000	8 ครั้งต่อเดือน	4 ครั้งต่อเดือน
Biogetin	4,000	8 ครั้งต่อเดือน	4 ครั้งต่อเดือน

หมายเหตุ สำหรับรายการยาอาจมีการเปลี่ยนแปลงในระหว่างปี ตามสถานการณ์ทางการตลาด

2.2 ให้หน่วยบริการ สถานบริการที่ร่วมให้บริการ CAPD และ HD มีสิทธิเบิกยา Erythropoietin เพื่อให้บริการผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม และเบิกค่าบริหารจัดการ ค่าบริการอื่นๆ และการส่งข้อมูลการใช้จ่าย ดังกล่าวในอัตรา 50 บาทต่อการใช้จ่าย 1 ครั้ง และรวมทั้งเดือนไม่เกิน 200 บาทต่อผู้ป่วยที่ต้องให้ยา 1 คน โดยเบิกยาและส่งข้อมูลผ่านระบบตามที่สปสข. กำหนดทุกเดือน

2.3 หน่วยบริการ/สถานบริการที่ให้ยา Erythropoietin ชื่อยาใดชื่อยาหนึ่งควรให้ติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี ยกเว้นมีความจำเป็นทางการแพทย์ก็ให้เปลี่ยนเป็นชื่อยาอื่นได้ โดยให้หน่วยบริการ/สถานบริการทำหนังสือชี้แจงเหตุผลในการเปลี่ยนยาให้ สปสข. ทราบรวมทั้งต้องติดตามระดับ Hct ทุก 4 สัปดาห์ต่อครั้งในผู้ป่วย HD และ ติดตามระดับ Hct ทุก 8 สัปดาห์ต่อครั้ง ในผู้ป่วย CAPD เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยาผู้ป่วย

2.4 การให้ยา Erythropoietin ต้องให้โดยบุคลากรทางการแพทย์ของหน่วยบริการหรือสถานบริการโดยตรง สำหรับผู้ป่วย CAPD อาจให้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายที่อยู่ใกล้บ้านได้ สำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะได้รับยาเมื่อมารับบริการฟอกเลือดในหน่วย HD โดยไม่ให้ผู้ป่วยนำยาไปฉีดเองที่บ้าน

3. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

3.1 ผู้ที่มีสิทธิรับยา เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีสิทธิล้างไตผ่านทางช่องท้อง CAPD ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ทั้ง 3 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วย HD รายเก่าที่มีสิทธิ ผู้ป่วย HD รายใหม่ที่มีสิทธิ และผู้ป่วย HD รายใหม่ที่ได้รับสิทธิ EPO

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

3.3 หน่วยบริการ/สถานบริการ ที่ให้ยาแก่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสิทธิเบิกยาได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

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

3.5 การประมวลข้อมูลเพื่อชดเชยค่าบริหารจัดการยา จะคำนวณตามการใช้ยา รายละเอียดการคำนวณ ทั้งสำหรับหน่วยบริการ CAPD 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. วัตถุประสงค์ในการขอรับการสนับสนุน และชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริการ

4.1 การบันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin และค่าบริหารจัดการยา

4.1.1 หน่วยบริการ CAPD

1) บันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรม DMIS_CAPD โดยบันทึกข้อมูลหลังจากให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกเดือน และ สปสช.จะตัดข้อมูลการบริการของเดือนที่ผ่านมาในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

2) สปสช.จะประมวลข้อมูลและคำนวณเพื่อชดเชยยา Erythropoietin และส่งข้อมูลให้กองการเภสัชกรรมเพื่อจัดส่งยาให้หน่วยบริการผ่านระบบ VMI ซึ่งยาจะส่งถึงหน่วยบริการหลังจากตัดข้อมูลประมาณ 10 วัน

3) สปสช.จะทำการประมวลและคำนวณค่าบริหารจัดการยา เพื่อจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการ ทุกสิ้นเดือน

4) หน่วยบริการสามารถตรวจสอบข้อมูลการได้รับชดเชยยา หรือ Erythropoietin usage report (EUR) ได้ที่ Web site DMIS_CAPD

4.1.2 หน่วยบริการ /สถานบริการ HD

1) บันทึกข้อมูลการให้ยา Erythropoietin ในโปรแกรมล้างไต ที่พัฒนาโดยสำนักงานกลางสารสนเทศ บริการสุขภาพ (สภส.)

2) หน่วยบริการ/สถานบริการส่งข้อมูลการรักษาได้ทุกวัน สภส.จะมีการตรวจสอบข้อมูล และส่งเอกสารตอบกลับรายวัน (EUR) ให้หน่วยบริการ/สถานบริการรับทราบในวันทำการถัดไป

3) สภส. จะตัดข้อมูลการบริการของรอบเดือนที่ผ่านมาในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป และจะประมวลผลและส่งข้อมูลยา ให้แก่กองการเภสัชกรรม เพื่อส่งยาให้หน่วยบริการ/สถานบริการผ่านระบบ VMI ซึ่งยาจะส่งถึงหน่วยบริการหลังจากตัดข้อมูลประมาณ 10 วัน

4) สปสช.การประมวลและคำนวณค่าบริหารจัดการยา เพื่อจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการทุกสิ้นเดือน

5) สภส.จะส่งรายงานสรุปรายการให้ยา Erythropoietin พร้อมค่าบริหารจัดการยา ให้หน่วยบริการเดือนละ 1 ครั้ง

4.2 การกำหนดรอบข้อมูล และการออกรายงาน

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

4.2.2 การชดเชยค่าบริการจัดการยา สปสช. ออกรายงานขออนุมัติจ่ายชดเชย เดือนละ 1 ครั้ง

4.3 การอุทธรณ์หลังการจ่าย

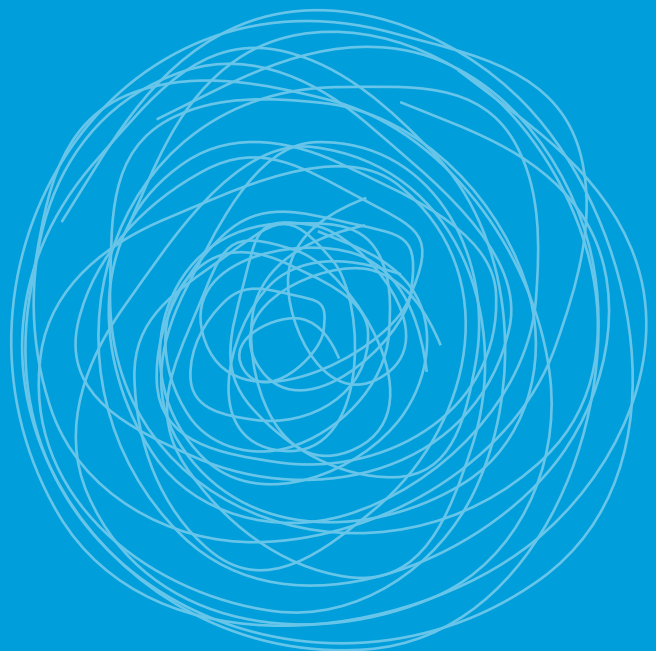
กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายชดเชยของ สปสช.ไม่ถูกต้องตามแนวทางการจ่ายชดเชย ดังกล่าวนี สามารถอุทธรณ์ มายัง สปสช.ได้ ภายใน 30 วันหลังรับรายงานการจ่ายยา

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



บทที่ 7

การอุทธรณ์การจำคุก
ค่าบริการบำบัดทดแทนไต
สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย



บทที่ 7

การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไต สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

1. ความหมาย

การอุทธรณ์ การจ่ายชดเชย เป็นการขอให้ สปสช.พิจารณาทบทวน การจ่ายชดเชยค่าบริการ ที่ สปสช. ได้ตรวจสอบข้อมูลการจ่าย และทำการโอนเงินให้แล้ว และทางหน่วยบริการ/สถาน บริการ ไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาการจ่ายชดเชยค่าบริการ นั้น

การอุทธรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการ จะเกิดขึ้นได้ หลังจากหน่วยบริการ/สถานบริการ ได้ ทราบผลการจ่ายชดเชยค่าบริการในแต่ละงวดแล้ว และมีความเห็นแย้งกับผลการจ่ายชดเชย ทั้งกรณีไม่ได้รับการชดเชย ได้รับการชดเชยไม่ครบ หรือไม่ตรงกับที่ขอเบิก (กรณีที่ยังไม่ถึงรอบ การพิจารณา หรือยังไม่ได้รับการตรวจสอบ หรือปฏิเสธการจ่ายชดเชย จึงไม่ใช่การขออุทธรณ์)

2. วิธีการขออุทธรณ์

2.1 ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis)

ให้หน่วยบริการทำหนังสือ เรื่องการขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายโดยระบุสาเหตุ และลงนามโดย ผู้บริหารหน่วยบริการ พร้อมกับแนบหลักฐานประกอบ ได้แก่

2.1.1 รายงานการจ่ายเงินจาก สปสช. จาก www.nhso.go.th/acc

2.1.2 สำเนาการบันทึกข้อมูล Follow up ในโปรแกรม DMIS_CAPD

2.2 ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis :HD)

2.2.1 ให้นำหน่วยบริการ/สถานบริการ ทำหนังสือขออุทธรณ์ ลงนามโดยผู้บริหารหน่วยบริการ/สถานบริการ ถึง สปสช. พร้อมทั้งแนบหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ ดังต่อไปนี้

1) แบบฟอร์มบันทึกรายละเอียดการอุทธรณ์ค่าชุดเซดเซยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (โดยพิมพ์จากโปรแกรมอุทธรณ์ Hospital Appeal ของ สปสช.)

2) ใบ Hemodialysis Sheet

3) รายงานการจ่ายเงิน (Statement) จากสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)

4) หนังสือตอบรับรายวัน (REP.) จาก สทส.

5) กรณีที่ขออุทธรณ์การจ่ายชุดเซดเซย Erythropoietin ให้แนบผลการตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) เพิ่มขึ้นด้วย

2.2.2 ให้นำหน่วยบริการ/สถานบริการ บันทึกข้อมูลที่ต้องการอุทธรณ์ในโปรแกรม Hospital Appeal ของ สปสช. (download โปรแกรมและคู่มือการใช้งานได้จาก website ที่ <http://kdf.nhso.go.th>) แล้วส่งข้อมูลที่เป็น Text file ให้ สปสช. ทาง e-mail address Kdf@nhso.go.th ซึ่งหลังจากที่ สปสช. ได้รับรับข้อมูลที่เป็น Text file แล้วจะทำการตอบรับทาง Email ที่ส่งข้อมูลมาให้ ภายใน 3-5 วันทำการ

2.2.3 สปสช. จะพิจารณาข้อมูลอุทธรณ์ที่หน่วยบริการส่งเป็น Text file ทาง e-mail เมื่อได้รับหนังสือขออุทธรณ์พร้อมเอกสารประกอบการพิจารณาตามที่กำหนด ครบถ้วนสมบูรณ์เท่านั้น สทส.

2.3 ค่าบริการปลูกถ่ายไต การเปลี่ยนหัวใจ และปลูกถ่ายตับในเด็ก

กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการปลูกถ่ายไต การเปลี่ยนหัวใจ และปลูกถ่ายตับในเด็ก แล้วมีค่าใช้จ่ายสูงอย่างชัดเจน ให้ทำหนังสือขออุทธรณ์ ลงนามโดยผู้บริหารหน่วยบริการ พร้อมแนบเอกสารดังต่อไปนี้

2.3.1 บันทึกข้อความชี้แจงเหตุผล หรือความจำเป็นในกรณีต่างๆ

2.3.2 รายการแสดงค่าใช้จ่ายทั้งหมด

2.3.2 ประวัติการรักษาพร้อมสำเนาเวชระเบียน

2.4 ยากกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin)

2.4.1 กรณีผู้ป่วย HD ให้ใช้วิธีการเช่นเดียวกับการออกฤทธิ์ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในข้อ 2.2 พร้อมส่งเอกสาร ได้แก่

- 1) Hemodialysis Sheet
- 2) รายงานการจ่ายเงิน (Statement) จาก สกส.
- 3) หนังสือตอบรับรายวัน (REP) จาก สกส.
- 4) บันทึกผลการตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit)

2.4.3 กรณีผู้ป่วย CAPD ให้ทำหนังสือขอออกฤทธิ์ ลงนามโดยผู้บริหารพร้อมแนบเอกสาร ได้แก่

- 1) รายงานการจ่ายชดเชยยา Erythropoietin จากโปรแกรม DMIS_CAPD
- 2) รายงานการเงินจาก สปสช.จาก www.nhso.go.th/acc (กรณีออกฤทธิ์ค่าบริการจัดการยา)
- 3) บันทึกผลการตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit)

3. ขั้นตอนการดำเนินการ

3.1 หน่วยบริการ/สถานบริการจัดทำหนังสือแจ้งการขอออกฤทธิ์ พร้อมแนบหลักฐานประกอบการขอออกฤทธิ์ให้ครบถ้วน (สำหรับ HD และ Erythropoietin ในผู้ป่วย HD ให้ส่ง file ข้อมูล ทาง e-mail ด้วย) ส่งให้ สปสช.

3.2 สปสช. ลงทะเบียนรับเรื่องการขอออกฤทธิ์และตอบรับใน website [http:// KDF.nhso.go.th](http://KDF.nhso.go.th)

3.3 การพิจารณา จะดำเนินการโดยตรวจสอบข้อมูล กับหลักฐานประกอบการขอออกฤทธิ์ ทั้งจากแบบฟอร์มออกฤทธิ์ /Text file และข้อมูลที่มีอยู่ ซึ่งจะพิจารณาเมื่อเอกสารประกอบการพิจารณาครบถ้วนสมบูรณ์เท่านั้น

3.4 หน่วยบริการ/สถานบริการ สามารถออกฤทธิ์มายังสปสช.ได้ ภายใน 30 วันหลังรับรายงานการจ่ายยา และต้องเป็นข้อมูลการให้บริการที่ย้อนหลังไม่เกิน 1 ปีงบประมาณ

3.5 การตัดรอบการรับข้อมูลออกฤทธิ์เพื่อนำมาตรวจสอบและพิจารณาจ่าย จะดำเนินการทุก 3 เดือน

3.6 กรณีอุทธรณ์ค่าพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) จะพิจารณาจากข้อมูลที่หน่วยบริการ/สถานบริการ บันทึกในโปรแกรมของ สกส. และมีผลการตอบรับเป็นปฏิเสธรายชดเชย เท่านั้น กรณีไม่มีข้อมูลจาก สกส. จะไม่พิจารณา

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

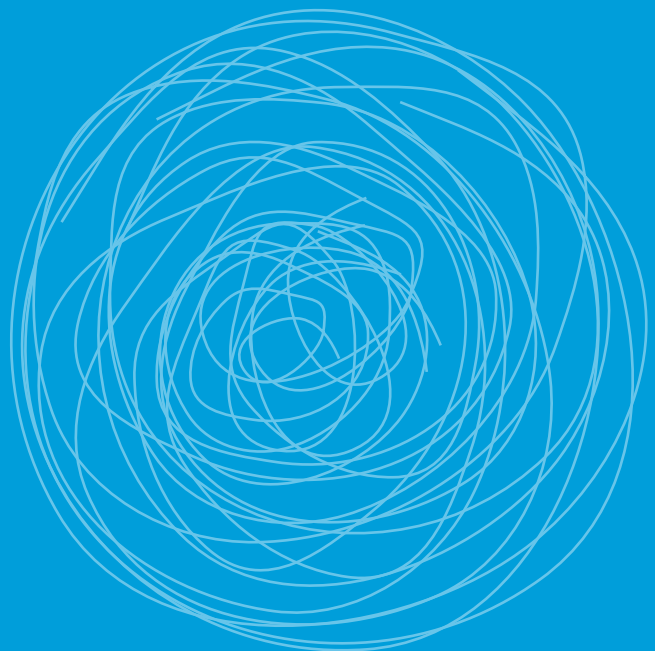
ระยะเวลาในการขออุทธรณ์

กำหนดภายใน 30 วัน (รวมวันหยุดราชการ) โดยนับจากวันที่ สปสช.แจ้งรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ (วันที่ปรากฏในข้อมูลการจ่ายชดเชยใน www.nhso.go.th/acc) สำหรับการอุทธรณ์จะสิ้นสุดภายใน 360 วัน นับจากวันที่ให้บริการ เช่น ให้บริการในเดือนตุลาคม 2555 จะปิดรับการอุทธรณ์ในวันที่ 30 ตุลาคม 2556 โดยข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ที่จะขอรับค่าใช้จ่าย



บทที่ 8

การจัดบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ
และการปลูกถ่ายตับในเด็ก



บทที่ 8

การจัดบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและการปลูกถ่ายตับในเด็ก [Heart Transplantation & Pediatric liver Transplantation]

1. หลักการและเหตุผล

การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart Transplantation) เป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากที่อาจทำให้ล้มละลายจากการเจ็บป่วยได้ (Catastrophic illness) ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจได้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และสนับสนุนให้ระบบบริการปลูกถ่ายหัวใจในประเทศไทยได้รับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยเสริมระบบรับบริจาคอวัยวะให้เข้มแข็งมากขึ้น อันเป็นประโยชน์กับการขยายการปลูกถ่ายไต ซึ่งช่วยลดภาระงบประมาณระยะยาวได้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้พิจารณา และมีมติ เมื่อ วันที่ 14 มีนาคม 2554 เห็นชอบให้การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2554

การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (Pediatric Liver transplantation) เป็นวิธีการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด แต่เป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากซึ่งเดิมยังไม่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเช่นกัน ดังนั้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้พิจารณาและมีมติ เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2554 เห็นชอบการเพิ่มสิทธิประโยชน์การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (อายุไม่เกิน 18 ปี) สำหรับผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิดและโรคอื่นๆ ที่ทำให้เกิดภาวะตับวาย ครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งผู้บริจาคอวัยวะและผู้รับบริจาคอวัยวะ โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 เป็นต้นไป

สำหรับงบประมาณ ที่จะใช้เพื่อสนับสนุนการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและการปลูกถ่ายตับในเด็ก ในปีงบประมาณ 2556 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติให้ใช้งบประมาณในส่วนของการบริการไตวายเรื้อรัง เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดังกล่าว

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจวายอย่างรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นได้เข้าถึงบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กโรคตับวายจากท่อน้ำดีอุดตันตั้งแต่กำเนิดหรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ ได้เข้าถึงบริการปลูกถ่ายตับ

2.3 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย และผู้ป่วยเด็กโรคตับวายจากท่อน้ำดีอุดตันตั้งแต่กำเนิดหรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดีและได้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดี

3. การบริหารงบประมาณ

เป้าหมายบริการ : ปีงบประมาณ 2556 สปสช.จะชดเชยค่าบริการผู้ป่วยที่รับบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการปลูกถ่ายตับตามผลงานการให้บริการ

ระยะเวลาในการดำเนินการ : ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2556

4. การบริหารจัดการ

4.1 การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่จะให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กต้องแสดงความจำนงเข้าร่วมบริการ โดยต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย และศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยซึ่ง สปสช.จะดำเนินการตรวจรับรองและขึ้นทะเบียน โดยจะมีการประเมินความพร้อมในการให้บริการทุกปี ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด

4.2 หน้าที่ของหน่วยบริการ

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

4.2.2 จัดให้มีระบบการให้บริการ ที่มีสถานที่และเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสมและพอเพียงเพื่อบริการผู้ป่วย

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

4.2.8 จัดให้มีคณะกรรมการทำหน้าที่คัดกรองเบื้องต้นผู้ป่วยเปลี่ยนหัวใจและปลูกถ่ายตับ

4.3 รายชื่อหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน

หน่วยบริการที่มีศักยภาพ และได้แสดงความจำนงให้บริการ ดังนี้

4.3.1 หน่วยบริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

- | | |
|------------------------|---------------|
| 1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ | กรุงเทพมหานคร |
| 2) โรงพยาบาลศิริราช | กรุงเทพมหานคร |
| 3) โรงพยาบาลราชวิถี | กรุงเทพมหานคร |

4.3.2 หน่วยบริการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก

- | | |
|---------------------------------|----------------|
| 1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ | กรุงเทพมหานคร |
| 2) โรงพยาบาลศิริราช | กรุงเทพมหานคร |
| 3) โรงพยาบาลรามธิบดี | กรุงเทพมหานคร |
| 4) โรงพยาบาลราชวิถี | กรุงเทพมหานคร |
| 5) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น | จังหวัดขอนแก่น |

4.4 การลงทะเบียนผู้ป่วย

4.4.1 ผู้มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งสิทธิว่างและผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการตามประกาศ ส่วนผู้บริจาค (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้

4.4.2 การลงทะเบียนผู้ป่วย ให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการลงทะเบียน ส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ป่วย ตามที่ สปสช.กำหนด เพื่อขอรับการพิจารณา และลงทะเบียน ทั้งนี้หน่วยบริการจะต้องตรวจสอบสิทธิก่อนการให้บริการทุกครั้งว่า ณ วันที่ผู้ป่วยรับบริการเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.5 การจัดสรรอวัยวะ (Organ allocation)

ให้เป็นไปตามประกาศของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเรื่อง เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

4.6 แนวทางการผ่าตัด และการใช้ยากดภูมิคุ้มกัน

ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

5. แนวทางการสนับสนุนค่าบริการ

5.1 ค่าใช้จ่ายในการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก

สปสช. จะให้การสนับสนุนการให้บริการผ่าตัด แก่หน่วยบริการตั้งแต่ขั้นตอนการจัดเตรียมก่อนการผ่าตัด การผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัด โดยการสนับสนุนเป็นไปตามแบบแผนการรักษา (Protocol) ตามที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยเสนอ โดย Protocol ดังกล่าว มีการจำแนกย่อยและมีค่าใช้จ่ายที่จ่ายในลักษณะเหมาะสมตาม Protocol รายละเอียดตามผนวก 5

สำหรับ งบดการจ่ายเงิน สปสช.จะจ่ายชดเชยให้ตาม Protocol ที่มีการให้บริการจริง โดยจะชดเชยให้หลังจากที่หน่วยบริการได้ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ/ปลูกถ่ายตับให้ผู้ป่วยแล้ว

5.2 การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

เกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ก่อนและตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 เป็นต้นไป ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัด ได้แก่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันด้วย โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังผ่าตัด รายละเอียดตามผนวก 5

งวดการจ่ายค่ายากรณีฉุกเฉิน จะจ่ายค่าบริการเป็นรายเดือน ต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิรักษาพยาบาลเป็นสิทธิอื่น ที่ไม่ใช่สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6. การส่งเอกสารหลักฐานเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการส่งเอกสารเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายใน 30 วัน หลังให้บริการผ่าตัด ประกอบด้วยเอกสาร/หลักฐานดังนี้

6.1 หนังสือแจ้งขอรับค่าใช้จ่าย

6.2 แบบฟอร์มขอรับค่าใช้จ่าย

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

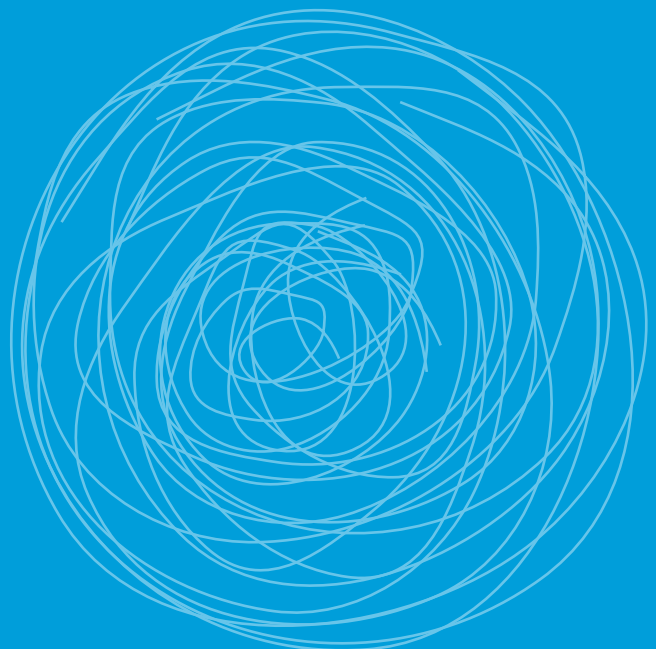
ทั้งนี้สามารถ Download แบบฟอร์มได้ที่ <http://kdf.nhso.go.th>

7. การอุทธรณ์

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายค่าใช้จ่ายของ สปสช. ไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ สามารถอุทธรณ์มายัง สปสช. ได้ ภายใน 30 วันหลังรับรายงานการจ่ายเงิน



တကယ့်အခန်း





คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๔๖๕ / ๒๕๕๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เพื่อให้การบริการและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

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

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย

- | | | | |
|------|--|------------------|----------------------|
| (๑) | ศาสตราจารย์นายแพทย์สุชาติ | อินทพรสิทธิ์ | เป็นประธานกรรมการ |
| (๒) | นายแพทย์สุภชัย | 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)/...

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

ข้อ ๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑ มีอำนาจหน้าที่

- (๑) พัฒนาและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนโยบาย งบประมาณ และระบบบริการ รวมทั้งกำลังคนของระบบบริการทดแทนได้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- (๒) กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการให้บริการ และการควบคุมคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการทดแทนได้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- (๓) แต่งตั้งคณะทำงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น
- (๔) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๑



(นายวินัย สวัสดิ์วร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๕๙๔/๒๕๕๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD)

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

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

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ประกอบด้วย

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

ข้อ ๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑ มีหน้าที่

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

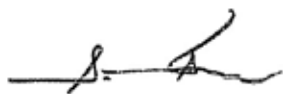
(๒)/...

(๒) พิจารณาและให้คำแนะนำแก่เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในกรณีที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) ได้ด้วยตนเองอุดหนุนผลการพิจารณา หรือกรณีที่คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร หรือ

(๓) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๑



(นายวินัย สวัสดิ์วร)

เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



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 เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกคำสั่งไว้ 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 เป็นกรรมการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดเห็นชอบ
จำนวนไม่เกิน ๒ คน
- (๗) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต หรือแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เป็นกรรมการ
ในจังหวัดที่ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สาขาจังหวัดเห็นชอบ จำนวนไม่เกิน ๒ คน
- (๘) ประธานชมรมเพื่อนโรคไตในจังหวัด (ถ้ามี) หรือผู้แทนผู้ป่วย เป็นกรรมการ
โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในจังหวัด จำนวน ๑ คน
- (๙) เจ้าหน้าที่ที่ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกัน เป็นกรรมการและเลขานุการ
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 มีสิทธิได้รับการทดแทนไตด้วยวิธี 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 ๒๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๑



(นายวิชัย สวัสดิ์วณิช)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ที่ ๑๘๓ /๒๕๕๔

เรื่อง แก้ไขคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีคำสั่งที่ ๔๑๘/ ๒๕๕๓ ลงวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๓ แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัดไว้แล้วนั้น เพื่อให้คณะกรรมการมีหน้าที่ครอบคลุมการดำเนินงานในระดับจังหวัดดังกล่าว มากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๖๖(๑๒) มาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกคำสั่งเพิ่มเติมหน้าที่ของคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด ตามคำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๔๑๘/๒๕๕๓ ลงวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๓ ในข้อ ๓ ดังนี้

- “(๔) เห็นชอบแผนคำตอบแทนตามภาระงานของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด
(๕) หน้าที่อื่นๆ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย”

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

(นายประทีป ชนวิจิตร)

รองเลขาธิการ มีที่ปรึกษาเอกชน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คำสั่งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ที่ ๒ / ๒๕๕๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

.....

เพื่อให้การพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามมติคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครั้งที่ ๕/๒๕๕๒ เมื่อวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๕๒ จึงเห็นควรออกคำสั่งดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย

(๑) ศาสตราจารย์นายแพทย์เกรียง ตั้งสง่า	เป็นประธานคณะทำงาน
(๒) ผู้แทนกรมบัญชีกลาง	เป็นคณะทำงาน
(๓) ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม	เป็นคณะทำงาน
(๔) ผู้แทนสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย	เป็นคณะทำงาน
(๕) ผู้แทนสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	เป็นคณะทำงาน
(๖) ผู้แทนศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย	เป็นคณะทำงาน
(๗) ผู้แทนชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย	เป็นคณะทำงาน
(๘) พลตรีนายแพทย์ถนอม สุภาพร	เป็นคณะทำงาน
(๙) รองศาสตราจารย์นายแพทย์จิรวัฒน์ ศรีรัตนบัลล์	เป็นคณะทำงาน
(๑๐) ดร.นายแพทย์วิฑูรย์ โล่สุนทร	เป็นคณะทำงาน
(๑๑) นายแพทย์อนุตตร จิตตินันท์	เป็นคณะทำงาน
(๑๒) รองศาสตราจารย์นายแพทย์อึ้งยศ อวิหิงสานนท์	เป็นคณะทำงาน
(๑๓) แพทย์หญิงสุทธัย เลขยานนท์	เป็นคณะทำงาน
(๑๔) พันตำรวจโทไตรสุตา เอื้อมานะพงษ์	เป็นคณะทำงาน
(๑๕) ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงอดิพร อิงคสาธิต	เป็นคณะทำงาน
(๑๖) แพทย์หญิงเขมรลัมมิ ขุนศึกเม้งราย	เป็นคณะทำงาน

๒/....(๑๗) รองศาสตราจารย์

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

ข้อ ๒ ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) จัดทำแผนแม่บทการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้สามารถเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลการทดแทนไตของระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- (๒) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในภาพรวมของประเทศไทย
- (๓) สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา การเชื่อมโยงฐานข้อมูลและการใช้ข้อมูลของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- (๔) อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ สิงหาคม ๒๕๕๖



(ศาสตราจารย์นายแพทย์สุชาติ อินทรประสิทธิ์)

ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนา
ระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



คำสั่งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ที่ ๑ / ๒๕๕๓
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

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

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

- (๑) นายแพทย์สุชาติ สวัสดิ์สถาพร
ผู้อำนวยการสำนักงานกสทศสารสนเทศบริการสุขภาพ เป็นคณะทำงาน
(๒) นายแพทย์ประเสริฐ ธนกิจจารุ
ประธานคณะกรรมการ CAPD สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย เป็นคณะทำงาน

นอกนั้นให้เป็นไปตามคำสั่งเดิมทุกประการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๘ กันยายน ๒๕๕๓

(ศาสตราจารย์นายแพทย์สุชาติ อินทรประสิทธิ์)
ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนา
บบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



คำสั่งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ที่ ๑ /๒๕๕๒ .

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เพื่อให้การบริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการปลูกถ่ายไตแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามมติคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งที่ ๗/๒๕๕๒ เมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๒ จึงเห็นควรออกคำสั่งดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการทดแทนไต และการปลูกถ่ายไต ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประกอบด้วย

- | | |
|---|-----------------------|
| (๑) นายแพทย์ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ | เป็นประธานคณะทำงาน |
| (๒) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย | เป็นรองประธานคณะทำงาน |
| (๓) รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ที่ได้รับมอบหมาย | เป็นรองประธานคณะทำงาน |
| (๔) นพ.โสภณ จิรสิริธรรม | เป็นคณะทำงาน |
| (๕) เลขาธิการแพทยสภา | เป็นคณะทำงาน |
| (๖) ผู้อำนวยการศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย | เป็นคณะทำงาน |
| (๗) นายกสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย | เป็นคณะทำงาน |
| (๘) นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย | 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)

- ๒ -

(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 ตามที่คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

ลง ณ วันที่

สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๒



(ศาสตราจารย์นายแพทย์สุชาติ อินทรประสิทธิ์)

ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนา
ระบบบริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
สำหรับบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง Continuous
Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๓ มาตรา ๓๖(๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับข้อ ๔ วรคสอง แห่งข้อบังคับสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่าย
หน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๔๗ และข้อ ๔ ข้อ ๗๔ ของเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ลงวันที่ ๒๔ 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 การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๔ บรรดาประกาศ หลักเกณฑ์ หรือคำสั่งใดอื่นใด ที่กำหนดไว้แล้วซึ่งขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ข้อ ๕ ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ เป็นต้นไป เว้นแต่การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นค่าตอบแทนตามภาระงานที่เพิ่มขึ้นแก่บุคลากร ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่เริ่มโครงการให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๔



(นายประทีป ธนกิจเจริญ)

รองเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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) เป็นผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (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 โดยหน่วยบริการสามารถสั่งผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD เพื่อใช้กับผู้ป่วยรายใหม่ และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน โดยทั่วไปไม่เกิน ๑ สาย ต่อผู้ป่วย ๑ ราย ต่อปี กรณีมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนเกินกว่าที่กำหนด ให้แจ้งสำนักงานทรพช

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 เพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อล้างไตทางช่องท้อง การนัดดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 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 ๖๐,๐๐๐ บาท ต่อหน่วยบริการต่อปี

/๓.๓...

๓.๓ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายกรณีอื่น

นอกจากค่าใช้จ่ายตาม ๓.๒ แล้ว สำนักงานได้กำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายกรณีอื่นไว้ ดังนี้

(๑) กรณีผู้ป่วยย้ายหน่วยบริการ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายในเดือนนั้นๆ ให้หน่วยบริการที่ให้การรักษาและจะยุติการจ่ายเมื่อมีการเปลี่ยนสิทธิเป็นสิทธิอื่น หรือ เสียชีวิต

(๒) กรณีเปลี่ยนวิธีการรักษา จากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) เป็น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว(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 เมื่อได้รับการอนุมัติ สำนักงาน จะจัดให้มีการลงทะเบียน และเบิกค่าใช้จ่ายตาม ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis:HD) ลงวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๔

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

๔. วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนจากสำนักงาน

๔.๑ การรับการสนับสนุน นํ้ายา CAPD ยา Erythropoietin และ สาย Tenckhoff catheter

..... (๑) หน่วยบริการบันทึกข้อมูล เบิกจ่ายนํ้ายา 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 ยกเว้นหน่วยบริการจะมีการปรับเปลี่ยนระหว่างปี

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

(ข) กรณีหน่วยบริการCAPD ที่มีความพร้อมในการบริหารค่าตอบแทนตามภาระงาน สามารถแจ้งสำนักงานทราบเพื่อโอนให้หน่วยบริการ เพื่อเบิกจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานดังกล่าวให้แก่บุคลากรตามแผน

(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



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

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การให้บริการผู้ป่วยด้วยวิธีรัง
 ะยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 เพื่อให้ผู้ป่วยรายเก่าเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖(๑๔) และมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๕๕ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕ เลขานุการสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

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


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

/ข้อ ๓(๑)...

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

ข้อ ๓ ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๕



(นายวินัย สวัสดิวัตน์)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



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

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖(๑๔) และมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๕๑ วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๑ และครั้งที่ ๕/๒๕๕๒ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๒ เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 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	จำนวนครั้ง ในการเบิก	หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ
Tunnel cuffed catheter	สำหรับผู้ป่วยที่เปลี่ยนการ รักษาจาก CAPD เป็น chronic hemodialysis ใน กรณีดังนี้ (๑) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามใน การทำ CAPD (๒) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ต้องใช้ AVF หรือ AVG (๓) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ไม่สามารถ ทำ AVF หรือ AVG	๑๒,๐๐๐ บาท (รวมค่าสายและ ค่าใส่ สาย)	เบิกตามจริง แต่ไม่เกิน ๑ ครั้ง/ปี	ศูนย์ฟอกเลือดหรือ โรงพยาบาล
AVF	สำหรับผู้ป่วย chronic hemodialysis ในกรณีดังนี้ (๑) ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการ รักษาจาก CAPD เป็น chronic hemodialysis (๒) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามใน การทำ CAPD (๓) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ต้องทำ AVF ใหม่	๘,๐๐๐ บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่า OR และค่าห้องปฏิบัติการ)	เบิกตามจริง แต่ไม่เกิน ๑ ครั้ง/ปี	โรงพยาบาล

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



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 ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๕๒ เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

(๑) ผู้ป่วย HD รายเก่าที่มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วยที่เปลี่ยนสิทธิจากระบบอื่น เช่น สิทธิประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการข้าราชการ เป็นต้น ซึ่งได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ โดยรับบริการที่หน่วยบริการ หรือสถานบริการ HD ที่ได้ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 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



-๒-

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

ข้อ ๒ ให้กำหนดเงื่อนไขดังต่อไปนี้ เป็นข้อบ่งชี้หรือข้อห้ามของการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

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

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

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

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

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

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

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ ภายใต้คำแนะนำของคณะกรรมการระดับจังหวัด

(๔) ข้อห้ามสมบูรณ์ของการทำ CAPD ทำให้ผู้ป่วยมีสิทธิทำ HD และไม่ต้องร่วมจ่าย ได้แก่

- (ก) มีรอยโรคบริเวณผิวหนังหน้าท้องที่ไม่สามารถวางสายได้
- (ข) มีพังผืดภายในช่องท้องมากไม่สามารถวางสายได้
- (ค) มีสภาพจิตบกพร่องอย่างรุนแรง ซึ่งอาจกระทบต่อการรักษาด้วยวิธี CAPD



ข้อ ๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การสนับสนุนค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงแก่หน่วยบริการหรือสถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการ ดังนี้

(๑) ชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วย HD รายเก่าตามข้อ ๑(๑) ครั้งละ ๑,๐๐๐ บาท และผู้ป่วย HD รายใหม่ตามข้อ ๑(๒) ครั้งละ ๑,๕๐๐ บาท ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี และมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น เช่นโรคหัวใจ ปอด ตับ ร่วมด้วย 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) จัดให้มีการบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีสถานที่และเจ้าหน้าที่เหมาะสมและพอเพียงตามมาตรฐานที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

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

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

-๔-

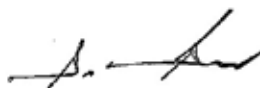
(๖) อำนวยความสะดวกในการตรวจรับรองมาตรฐานจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หรือ การตรวจประเมินเบื้องต้นจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต และส่งเอกสารให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๗) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือคณะกรรมการระดับ จังหวัดกำหนด

ข้อ ๖ การแจ้ง การสั่งการ หรือการดำเนินการใด ๆ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามประกาศนี้ ให้ถือการส่วนหนึ่งของประกาศนี้

ข้อ ๗ ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๒ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๒



(นายวินัย ศวตติวร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการดำเนินงาน เรื่องการสนับสนุน และชดเชยบริการ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD)

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ขอประกาศ เรื่องการสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2552 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับอัตราค่าบริการสนับสนุน และการจ่ายชดเชยค่าบริการให้มีความเหมาะสมสอดคล้องตามต้นทุนการให้บริการมากยิ่งขึ้นตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจในทางปฏิบัติมากขึ้น จึงกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. หลักการสนับสนุน และชดเชยบริการ

1.1 ผู้ป่วยที่มีสิทธิ ได้รับการสนับสนุนและชดเชยค่าบริการ HD ต้องเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งประเภท ผู้ป่วยรายเก่าที่มีสิทธิผู้ป่วยรายใหม่ที่มีสิทธิ ตามประกาศฯ ดังกล่าว

1.2 หน่วยบริการ หรือสถานบริการ ที่มีสิทธิขอรับการชดเชยค่าบริการ HD ได้แก่ หน่วยบริการ หรือสถานบริการ ที่ขึ้นทะเบียน กับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งประเภทที่ทำสัญญาแบบระยะยาว (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 ปีและมีโรคเรื้อรังที่เกี่ยวกับไต เช่น โรคหัวใจ ปอด ตับ ร่วมด้วย เป็นต้น ในอัตรา 1,200 บาท (สำหรับผู้ป่วยรายเก่า) และ 1,700 บาท (สำหรับผู้ป่วยรายใหม่) นั้น ต้องเป็นหน่วยบริการ หรือสถานบริการขนาดใหญ่ ที่มีการให้บริการหอผู้ป่วยไตซั้ว และทำสัญญา แบบระยะยาว (2.1) เท่านั้น

1.4 หน่วยบริการ หรือ สถานบริการที่ทำสัญญา แบบระยะยาว (2.1) เท่านั้น ที่มีสิทธิได้รับค่าใช้ยาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง (ค่าชดเชยและค่ายา Erythropoietin และค่าทำน้ำ HD) ในอัตราที่กำหนด

2. การลงทะเบียนผู้ป่วย และการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ หรือ สถานบริการ HD เพื่อขอใช้สิทธิรับค่าฟอกเลือดให้หน่วยบริการ หรือสถานบริการ และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

2.1 หน่วยบริการ หรือสถานบริการ HD

2.1.1 กรณีเบิกการจ่ายชดเชยในอัตราปกติ 1,000 /1,500 บาท

- 1) หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ HD จัดทำแบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

- 2) นำเสนอคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด (คณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด) พิจารณา

2.1.2 กรณีเบิกการจ่ายทดแทนในอัตรา 1,200 / 1,700 บาท

- 1) หน่วยบริการ หรือสถานบริการ จัดทำแบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งรายเก่า และรายใหม่ ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น เช่น โรคหัวใจ ปอด ตับ ร่วมด้วย เป็นต้น (ตามแบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายฯ)
- 2) จัดทำข้อมูล หน่วยบริการ / สถานบริการ (ที่ทำสัญญาแบบระยะยาว 2.1) ที่มีและให้บริการ หอผู้ป่วย ไอซียู
- 3) นำเสนอข้อมูลผู้ป่วย และ ข้อมูลหน่วยบริการ ให้กับคณะกรรมการ ฯ ระดับจังหวัด พิจารณานอมนิติ

2.2 คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด (คณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด)

- 2.2.1 พิจารณานอมนิติหน่วยบริการ หรือ สถานบริการ และรายชื่อผู้ป่วยตามข้อ 2.1.1 และ 2.1.2 ตามหลักเกณฑ์ข้อบ่งชี้หรือข้อห้าม ของ การบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามประกาศฯ

- 2.2.2 แจ้งรายงานการประชุมและผลการพิจารณาให้ หน่วยบริการ หรือสถานบริการ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต เพื่อดำเนินการต่อไปในส่วนที่เกี่ยวข้อง

2.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

- 2.3.1 บันทึกข้อมูลรายชื่อหน่วยบริการ หรือสถานบริการ และผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด ในโปรแกรม DMIS_HD
- 2.3.2 ส่งข้อมูลผู้ป่วยที่มีข้อห้ามสัมพัทธ์ กรณี ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำ CAPD ได้ ให้คณะกรรมการ พิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถล้างไตผ่านทางช่องท้อง ที่ส่วนกลาง พิจารณานอมนิติ และแจ้งกลับผลการพิจารณาให้คณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด และ หน่วยบริการหรือสถานบริการ ทราบ

2.4 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลาง

2.4.1 สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน

- 1) รวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม DMIS_HD ตรวจสอบสิทธิ

- 2) ส่งข้อมูลให้สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) เพื่อนำเข้าโปรแกรมการชดเชยค่าบริการของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) ในรอบทะเบียนถัดไป(ดำเนินการเดือนละ 2 ครั้งรอบละ 15 วัน)

2.4.2 สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ

- 1) สรุปข้อมูลผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด และ นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยที่มีข้อห้ามสัมผัส กรณีผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำ CAPD ได้ เสนอให้คณะกรรมการฯ ส่วนกลางเพื่อทราบ และ พิจารณา
- 2) ลงทะเบียนผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการฯ กรณีผู้ป่วยไม่สามารถล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามรอบที่กำหนด และแจ้งกลับผลการคืนเงินงานให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ทราบ

กำหนดควมในการมีสิทธิ

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

3. การเรียกเก็บ และจ่ายชดเชยค่าบริการ HD

ให้หน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

3.1 หน่วยบริการ หรือสถานบริการ HD

- 3.1.1 บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) ภายหลังจากการให้บริการไม่เกิน 1 เดือน
- 3.1.2 ตรวจสอบข้อมูลการให้บริการและค่าชดเชยการให้บริการกับข้อมูล statement ของ สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)
- 3.1.3 หากไม่ได้รับการชดเชยค่าบริการตามจริง ทำหนังสือขออุทธรณ์มาถึง สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

3.2 สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)

- 3.2.1 นำเข้าข้อมูลหน่วยบริการ/สถานบริการ และรายชื่อผู้ป่วยในโปรแกรมการชดเชยค่าบริการของ สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)
- 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 (สทส.) (รายละเอียดตามแนบ)

หมายเหตุ รายละเอียดการดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆ สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้จากคู่มือการบริหารกองทุน และคู่มือการบริหารงบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2553 หรือสอบถามข้อมูลได้จากผู้ประสานงานโรคไต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ทุกเขต

การคำนวณจำนวนยา Epoetin และค่าบริหารยา ที่จัดสรรให้กับหน่วยบริการ

ข้อกำหนดของข้อมูลที่ใช้ :

1. รอบบัญชีที่ใช้ในการคำนวณคือ 1 เดือน โดยนับตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันสิ้นเดือนของแต่ละเดือน
2. ข้อมูลแต่ละรอบบัญชีได้จากข้อมูลการให้บริการฟลอกเลือดที่ส่งเบิกไปยัง สกส. โดยคัดข้อมูลเพื่อใช้คำนวณแต่ละรอบบัญชีในวันตัดยอดรอบ Statement 17 ของเดือนถัดไป กรณีข้อมูลส่งช้าไม่ทันการตัดยอดของรอบบัญชีนั้นๆ จะไม่มีการคำนวณยา Epoetin และค่าบริหารยาให้ ทั้งนี้ให้หน่วยบริการใช้ระบบหรือวิธีไปยัง สปสช.
3. ค่า Hematocrit(Hct) ที่ใช้เป็นเกณฑ์ คือ Hct ค่าต่ำสุดของเดือน โดยใช้ค่า Hct ของผู้ป่วยรายหนึ่งๆ จากทุกหน่วยบริการในเดือนนั้น ค่า Hct นี้เป็นค่าที่ตรวจในแต่ละครั้งที่ได้บันทึกไว้ กรณีที่หน่วยบริการไม่ได้ตรวจในครั้งใด ก็จะใช้ค่า Hct ที่หน่วยบริการนั้นตรวจให้ผู้ป่วยในครั้งก่อนแต่ไม่เกิน 28 วันแทน
4. การคำนวณ Epoetin ที่ใช้กับผู้ป่วยรายหนึ่งๆ ในรอบบัญชีหนึ่งๆ จะรวมรวมข้อมูลการใช้ยา Epoetin ในของทุกหน่วยบริการ โดยนำไปใช้คำนวณเฉพาะยาที่ให้ตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด กล่าวคือ
 - 4.1 เป็นบันทึกการฟลอกเลือดที่มีการเลือก “ขอเบิก” ไว้
 - 4.2 ค่า Hct ครั้งนั้นต้องไม่เกินค่าที่ระบุที่สามารถให้ Epoetin ได้ (36%)
 - 4.3 Epoetin ที่ให้ต้องเป็นยาที่อยู่ในบัญชีรายชื่อทางการค้าที่ สปสช. กำหนดไว้
5. การคำนวณปริมาณยา Epoetin กรณีที่มีการใช้ยามากกว่า 1 ชื่อทางการค้าในหน่วยบริการ 1 แห่ง หรือมากกว่า 1 แห่ง จะใช้สัดส่วนของปริมาณยา Epoetin แต่ละชื่อทางการค้าที่จัดสรรให้เป็นเกณฑ์ในการคำนวณ
6. การคำนวณครั้งการบริหารยา Epoetin นับจากจำนวนครั้งของการใช้ยาตามข้อ 4
7. การคำนวณค่าบริหารยากรณีที่ผู้ป่วยใช้บริการในหน่วยบริการมากกว่า 1 แห่ง จะจัดสรรตามสัดส่วนจำนวนครั้งการบริหารยาของทุกหน่วยบริการในรอบบัญชีนั้น

วิธีการคำนวณจำนวนยา Epoetin และค่าบริหารยา

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

ตัวอย่าง :

กรณี 1. ผู้ป่วยรับบริการ รพ.เดียว ใช้ยาชนิดเดียว และใช้ยาเกินกำหนด

- ผู้ป่วยรับบริการเพียง รพ.เดียว ได้รับการฉีดยาชนิด Eritrogen รับบริการ 9 ครั้ง จำนวนยาที่ใช้ฉีดรวม 36,000 หน่วย Hct ค่าต่ำสุดของผู้ป่วยได้ 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 จำนวนยาที่ใช้จัดรวม 12,000 หน่วย Het ค่าสุดของผู้ป่วยหาได้ 32%
 รพ. B รับบริการ 1 ครั้ง จำนวนยาที่ใช้จัดรวม 4,000 หน่วย Het ค่าสุดของผู้ป่วยหาได้ 30%

จะได้ จำนวนยา Eritrogen ที่จัดให้ผู้ป่วย รวม 16,000 หน่วย Het ค่าสุดคือ 30% เมื่อเทียบตารางชื้อยา 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 ใช้ยารักษา

- ผู้ป่วยรับบริการและได้รับการติดตาม Eritrogen ดังนี้

รพ. A รับบริการ 4 ครั้ง จำนวนยาที่ใช้จัดรวม 16,000 หน่วย Het ค่าสุดของผู้ป่วยหาได้ 32%

รพ. B รับบริการ 2 ครั้ง จำนวนยาที่ใช้จัดรวม 8,000 หน่วย Het ค่าสุดของผู้ป่วยหาได้ 34%

จะได้ จำนวนยา Eritrogen ที่จัดให้ผู้ป่วย รวม 24,000 หน่วย Het ค่าสุดคือ 32% เมื่อเทียบตารางชื้อยา Epoetin แล้ว
 ใช้ไม่เกินกำหนด 20,000 หน่วย จึงจ่ายยาได้ 20,000 หน่วย จึงแบ่งยาให้ทั้ง 2 รพ. ดังนี้ โดยให้แบ่งตามสัดส่วนตาม
 จำนวนยาที่ใช้ดังนี้

สูตร รพ. ได้รับยา = (จำนวนยาที่จัดรวมของ รพ. / จำนวนยาที่จัดรวมทั้งหมด) 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 จะต้องคำนวณจำนวนยาที่ผลิตให้เป็นหน่วยเดียวกันก่อน โดยใช้ยาชนิดที่ให้นาต
 ยาใช้มากที่สุดเป็นมาตรฐาน จากนั้นก็คำนวณตามสัดส่วน

วิธีการแปลงยาให้เป็นหน่วยเดียวกัน (Base)

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

กำหนด u = จำนวนยาที่ใช้จัดรวมของยาที่ต้องการแปลงเป็นหน่วยมาตรฐาน

M = จำนวนยาที่จ่ายได้ตามตารางของยามาตรฐานตามเงื่อนไข Het

U = จำนวนยาที่จ่ายได้ตามตารางของยาที่ต้องการแปลงตามเงื่อนไข Het

วิธีการแปลงจากหน่วยมาตรฐานให้เป็นหน่วยเดิมของยา (Net)

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

กำหนด u' = จำนวนยาตามหน่วยมาตรฐาน ที่ได้รับการจัดสรรตามสัดส่วน

M = จำนวนยาที่จ่ายได้ตามตารางของยามาตรฐานตามเงื่อนไข Het

U = จำนวนยาที่จ่ายได้ตามตารางของยาที่ต้องการแปลงตามเงื่อนไข Het

ตัวอย่าง :

กรณี 1. ผู้ป่วยรับบริการ รพ.เดียว ใช้ยา 2 ชนิด ไม่เกินกำหนด

ผู้ป่วย ได้รับการจัดยา ดังต่อไปนี้

- ชนิด Epokine รับบริการจำนวน 2 ครั้ง
จำนวนยาที่ใช้คิดรวม 8,000 หน่วย(a)
- ชนิด Renogen รับบริการจำนวน 6 ครั้ง
จำนวนยาที่ใช้คิดรวม 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)

จะเห็นว่า 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') ให้แปลงจากหน่วยมาตรฐานให้เป็นตามหน่วยชนิดยาคือ

จากสูตร จำนวนยาหน่วยมาตรฐานแปลงเป็นหน่วยเดิม แทนค่าได้ดังนี้

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

สรุป

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

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

กรณี 2. ผู้ป่วยรับบริการ รพสต. ใช้ยา 2 ชนิด เกินกำหนด

ผู้ป่วย ได้รับการติดตาม ดังต่อไปนี้

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

ในการรับบริการทั้งหมดรวม 10 ครั้ง หากค่า Het สูงสุดของผู้ป่วยได้ 30%

พิจารณาชนิดของยา Epokine และ Renogen ประกอบกับ ระดับ Het จากตารางชื่อยา Epoetin

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

จะได้ว่า Renogen ให้ขนาดยาใช้ได้มากที่สุด ดังนั้นจึงต้องแปลง Epokine ให้เป็นหน่วยเดียวกับ Renogen จากสูตร จำนวนยาที่แปลงเป็นหน่วยมาตรฐาน แทนค่าได้ดังนี้

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

จากนั้นนำผลรวมจำนวนยาทั้งหมดที่ได้เป็นหน่วยเดียวกัน(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

- ยาชินิด Epokine จ่ายยาได้ $\text{Net}(a) = 14,545.4600$ หน่วย
- ยาชินิด Renogen จ่ายยาได้ $b' = 21,818.1800$ หน่วย

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

3. ยอดจำนวนการจ่ายยา Epoetin ทั้งหมดของ รพ. ในรอบบัญชี คือ การรวมจำนวนยาทั้งหมดที่ได้รับการจัดสรรในรอบบัญชีนี้ กับ จำนวนยาที่ยกมาเบิกจากรอบบัญชีที่แล้วตามชนิดของยา นำมาคำนวณหาจำนวนยาที่จัดส่งได้ คิดเต็มตามหน่วยบรรจุ (ขวด) เทียบกับปริมาณบรรจุต่อขวดให้ยกไปเบิกในรอบบัญชีต่อไป

ตัวอย่าง :

ยาชินิด Epokine ขนาดบรรจุ 4,000 หน่วยต่อขวด

- ยอดการจัดสรรครั้งนี้ได้ 2,025,000 หน่วย

- ยอดยกมาจากรอบบัญชีที่แล้ว 3,500 หน่วย

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

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

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

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

4. การคำนวณค่าบริหารยา ในอัตราครั้งละ 50 บาท รวมไม่เกิน 200 บาทต่อรายต่อเดือน การนับจำนวนครั้งที่รับบริการที่มีการฉีดตามชนิดยาที่ประกาศ มีการฉีดยาให้ผู้ป่วย มี Hct(%) ในครั้งนั้นไม่เกินที่ประกาศ รวมถึงมีการขอเบิก

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

- กรณีไปรับบริการ ตั้งแต่ 2 รพ.

ตัวอย่าง ได้รับข้อมูลจาก รพ. ดังนี้

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

จำนวนยาที่ใช้รวม 20,000 หน่วย

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

จำนวนยาที่ใช้รวม 4,000 หน่วย

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

จึงแบ่งจ่ายเงินค่าบริหารยา ให้ทั้ง 2 รพ. ดังนี้

ผู้ป่วยรับบริการทั้งหมด 6 ครั้ง ได้รับเงินค่าบริหารยา 200 บาท โดยให้แบ่งตามสัดส่วนตามจำนวนครั้งที่จ่ายดังนี้

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

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

-: ตัวอย่างใบสรุป EUR สำหรับสถานพยาบาล:-



สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)

979/103-104 ชั้น 31 อาคารอมตะชัยทาวเวอร์ ๓. พหลโยธิน สามเสนใน กรุงเทพฯ

โทร : 0-2298-0405-8 โทรสาร : 0-2298-0409 URL: <http://www.chs.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_EURSUM_200908

สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ ขอส่งบัญชีการใช้ยา Epoetin ของผู้ป่วยนอกโรคไตวายเรื้อรัง ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเอกสารเลขที่ 10000_EURSUM_200908 โดยสรุปการใช้ยาและค่าบริหารยา ดังนี้ บริการตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2552 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2552

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

รายละเอียดการใช้ยาของแต่ละรายการ แสดงไว้ในเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ที่แนบมาด้วย หากท่านตรวจสอบความถูกต้องแล้ว ขอให้โปรดดำเนินการเบิกตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในแนวทางปฏิบัติ

หากพบข้อมูลผิดพลาด โปรดแจ้ง สทส. ภายในวันที่ 25 กันยายน 2552

ขอแสดงความนับถือ

นายสุชาติ สรณสาพร

ผู้อำนวยการสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ

<รหัสตรวจสอบเอกสาร>

-: ตัวอย่างบัญชีรายการ EUR สำหรับสถานพยาบาล:-

บัญชีรายการค่าใช้จ่าย Epoetin ของผู้ป่วยนอกที่วางมือที่รัฐ – ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประจำเดือน สิงหาคม 2552

เลขที่เอกสาร : 10000_EURSTM_200908

ออกโดย สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ 18 กันยายน 2552

โรงพยาบาลตัวอย่าง (10000)

จำนวนผู้ป่วยที่ใช้จ่ายและบันทึกได้

101 ราย

จำนวนเงินค่าบริหารยารวมทั้งสิ้น

19,107 บาท

ยอดจำนวนการใช้จ่าย Epoetin

ชื่อยา(รหัส)	จัดสรรครั้งปี (Unit)	ยกมา (Unit)	รวมเบิกได้ (Unit)	ยอดจัดส่งได้		คงเหลือเบิกไป (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

รายการการใช้จ่าย 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 : ยอดเบิกจ่ายจากงบยกมาบัญชีที่เคว่า - เป็นจำนวนยา(iu) ที่พิเศษเกินจากปริมาณบรรจุต่อขวดหรือ packing ที่จัดส่งได้

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

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

คงเหลือเบิกไป : ยอดยกมาเหลือเบิกไป - จำนวนยา(iu)ที่พิเศษเกินจากปริมาณบรรจุต่อขวด หรือ packing ที่จัดส่งได้ ยกไปเบิกในรอบบัญชีถัดไป

HN : เลข ที่ประจำตัวผู้ป่วย

EPOTN : รหัสยา Epoetin รหัสมีการใช้ยา มากกว่า 1 ชนิด จะแสดงข้อมูลตามรหัสยาในลำดับแรก

x หมายถึง ยามียอดขึ้นอยู่ ที่ไม่ได้อยู่ในข้อกำหนด

RepHDs : จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการในหอฉุกเฉิน

RepEPO : จำนวน Epoetin รวมทั้งหมดที่ รพ.แจ้ง

effHDs : จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการที่มีการให้ยา EPO ที่นำไปใช้คำนวณเพื่อการจัดส่ง

effHct : Hematocrit(%) ที่เบิกได้ เป็นค่าล่าสุดในเดือนนั้น แต่มากกว่าศูนย์ ที่นำไปใช้คำนวณเพื่อการจัดส่ง

effEPO : จำนวน Epoetin รวมทั้งนำไปใช้คำนวณเพื่อการจัดส่ง

netEPO : จำนวน Epoetin ที่จัดสรรตามข้อกำหนด และแบ่งให้ตามหน่วยบริการที่ใช้ยา

EpoAdm : ค่าบริหารยาครั้งละ 50 บาท ไม่เกิน 200 บาทต่อรายต่อเดือน

st : รหัสแสดงสถานข้อมูล

รวม - รายการปกติ

* - มีการไม่รับบริการที่ รพ. นั้น

แบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อพิจารณาขอใช้วิธีการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมถาวร

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 1.....อาชีพบุตรคนที่ 2.....
อาชีพบุตรคนที่ 3.....อาชีพบุตรคนที่ 4.....
อาชีพบุตรคนที่ 5.....อาชีพบุตรคนที่ 6.....

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.....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องได้แก่BUN.....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/หรือสายตาคำไม่ดีที่ไม่สามารถแก้ไขได้ 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.....อายุรแพทย์
(.....)

ตำแหน่ง.....

3.2 ทางด้านสังคม.....

.....

ลงชื่อ.....นักสังคมสงเคราะห์
(.....)

ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 4 คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต

ระดับจังหวัด.....สปสช.เขต.....

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

() เห็นชอบในหลักการและอนุมัติให้เปลี่ยนการรักษาของผู้ป่วยเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

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

() ส่งสปสช.ส่วนกลางเพื่อพิจารณา

ลงชื่อ.....ประธานหรือรองประธานคณะกรรมการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

แบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อพิจารณา วอร์ยาการกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (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 1.....อาชีพบุตรคนที่ 2
 อาชีพบุตรคนที่ 3.....อาชีพบุตรคนที่ 4
 อาชีพบุตรคนที่ 5.....อาชีพบุตรคนที่ 6

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.....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติที่เกี่ยวข้องได้แก่ 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 (ระบุความจำเป็นในการฟอกเลือด).....

.....

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

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ให้การรักษา

(.....)

ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาล.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเพิ่มเติมของผู้ป่วย ระบุเหตุผลที่ที่ต้องการเลือกวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

.....

.....

ขอรับรองว่า ได้รับทราบข้อมูลเรื่องวิธีการบำบัดทดแทนไตและสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเรียบร้อยแล้ว ยินดีขอใช้สิทธิเฉพาะการรับยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) โดยขอรับผิชอบค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเอง

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ญาติ

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ตำแหน่ง..... แพทย์/พยาบาล

ส่วนที่ 4 คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไต

ระดับจังหวัด.....สปสช.เขต.....

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

() เห็นชอบให้ผู้ป่วยรับยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) โดยรับผิดชอบค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเอง

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

() ส่งสปสช.ส่วนกลางเพื่อพิจารณา

ลงชื่อ.....ประธานหรือรองประธานคณะกรรมการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

สัญญาให้บริการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสถานบริการ

สัญญาเลขที่/...../255.....

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น ณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....เมื่อวันที่.....
เดือน.....พ.ศ.255.....ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
โดย.....ตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติเขต.....ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “สำนักงาน” ฝ่ายหนึ่งกับ.....
สำนักงานใหญ่/ที่อยู่.....เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
โดยได้รับมอบอำนาจจาก.....ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามผูกพัน
ปรากฏตามหนังสือ เลขที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.255.....และ
หนังสือมอบอำนาจลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.255.....แนบท้ายสัญญานี้
ซึ่งเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ตามใบอนุญาตประกอบกิจการ
สถานพยาบาลเลขที่.....ลงวันที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า
“สถานบริการ” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 สำนักงานได้ตรวจประเมินสถานบริการและตกลงให้สถานบริการให้บริการรักษาผู้ป่วย
โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis:HD) แก่ผู้มี
สิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการ
แพทย์และได้รับการส่งตัวจากสำนักงานหรือสำนักงานสาขาเขตพื้นที่หรือคณะกรรมการที่
สำนักงานแต่งตั้ง ปรากฏรายละเอียดตามผนวก 1 แนบท้ายสัญญา และสถานบริการตกลงทำ
หน้าที่ ตามข้อ 4 ของผนวก 1 แนบท้ายสัญญา รวมทั้งปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ

หลักเกณฑ์ มติ คำสั่ง หรือแนวปฏิบัติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข หรือคณะกรรมการหรือสำนักงานกำหนดขึ้นก่อน หรือระหว่างที่สัญญานี้มีผลใช้บังคับ โดยให้ถือว่าการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของสัญญา

ข้อ 2 เอกสารภาคผนวกแนบท้ายสัญญาดังต่อไปนี้ ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญานี้

2.1 แผนก 1 แนวทางการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis:HD) จำนวน 3 หน้า

2.2 แผนก 2 เงื่อนไขการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ จำนวน 4 หน้า ข้อความใดในเอกสารภาคผนวกแนบท้ายที่ขัดแย้งกับข้อความในสัญญานี้ ให้ใช้ข้อความในสัญญานี้บังคับ และในกรณีที่เอกสารแนบท้ายสัญญาขัดแย้งกันเองหรือมิได้กล่าวไว้ สถานบริการจะต้องปฏิบัติตามคำวินิจฉัยของสำนักงาน

ข้อ 3 สำนักงานตกลงจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่สถานบริการในอัตราที่กำหนดไว้ใน ข้อ 3.1 ของแผนก 1 ตามจำนวนผู้ป่วยในข้อ 1 ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis:HD) และสำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่จำเป็น ยละเอียดปรากฏตามข้อ 3.2 ของแผนก 1 ซึ่งค่าใช้จ่ายทั้งหมดนี้ได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ แล้ว

สถานบริการอาจเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วย HD รายเก่าได้อีกไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง ปรากฏรายละเอียดตามข้อ 1.1 ของแผนก 1

การจ่ายเงินตามเงื่อนไขแห่งสัญญานี้ สำนักงานจะโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่สถานบริการแจ้งไว้ชื่อธนาคาร.....สาขา.....ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....ทั้งนี้ สถานบริการตกลงเป็นผู้รับภาระเงินค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการอื่นใดเกี่ยวกับการโอนที่ธนาคารเรียกเก็บ และยินยอมให้มีการหักเงินดังกล่าวจากจำนวนเงินโอนในงวดนั้นๆ

ข้อ 4 สถานบริการตกลงเริ่มให้บริการ.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.255.....และสิ้นสุดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.255.....

กำหนดเวลาสิ้นสุดสัญญาตามวรรคหนึ่ง ถ้าสำนักงานหรือสถานบริการมิได้บอกเลิกสัญญา ให้ถือว่าเวลาให้บริการตามสัญญานี้ ขยายออกไปอีกทุกๆ ๑ ปี เว้นแต่สถานบริการถูกเพิกถอนหรือถูกยกเลิกการเป็นสถานบริการ หรือสำนักงานบอกเลิกสัญญาก่อนครบกำหนดเวลาตามสัญญานี้ ให้สัญญานี้สิ้นสุดลงในวันที่สถานบริการถูกยกเลิก เพิกถอนการเป็นสถานบริการหรือวันที่สำนักงานแจ้งวันที่มีผลการบอกเลิก

คู่สัญญาไม่มีสิทธิบอกเลิกสัญญานี้ได้ โดยบอกกล่าวล่วงหน้าเป็นหนังสือให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนวันสิ้นสุดสัญญาตามวรรคหนึ่งหรือวรรคสอง แล้วแต่กรณี

ข้อ 5 ในกรณีที่สถานบริการผิดสัญญาข้อหนึ่งข้อใด หรือละเลยหรือละเว้นไม่ปฏิบัติตามสัญญาข้อหนึ่งข้อใด หรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล เป็นเหตุให้เกิดความล่าช้า ความเสียหายขึ้นไม่ว่ากรณีใดๆ สำนักงานมีสิทธิระงับการจ่ายเงินทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่สำนักงานเห็นสมควรได้โดยไม่ต้องบอกกล่าวล่วงหน้า หรือบอกเลิกสัญญาได้ทันที และสถานบริการที่ละเลยหรือละเวנדังกล่าวจะต้องรับผิดชอบในบรรดาความเสียหายที่เกิดขึ้นอันเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตามสัญญา

ค่าเสียหายซึ่งเกิดขึ้นจากสถานบริการตามสัญญานี้ สถานบริการยินยอมให้สำนักงาน

หักออกจากค่าใช้จ่ายตามข้อ 3 หรือระงับการจ่ายเงินทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่สำนักงานเห็นสมควรได้โดยไม่ต้องบอกกล่าวล่วงหน้า

ข้อ 6 สถานบริการต้องเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ การเป็นสถานบริการที่ให้บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis:HD) อย่างเหมาะสมหรือตามที่สำนักงานกำหนด พร้อมทั้งแสดงตราสัญลักษณ์ของสำนักงานในสถานบริการ หรือบริเวณที่จุดเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ของสถานบริการ ทั้งนี้ตามเงื่อนไขการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ ผนวก 2 แบบทำสัญญา

สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความตรงกันคู่สัญญาทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความในสัญญานี้ตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยานและต่างเก็บไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ..... สำนักงาน

(.....)

ลงชื่อ.....สถานบริการ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ภาคผนวก 4

แบบฟอร์มลงทะเบียน สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อปลูกถ่ายไต

หน่วยบริการ : โรงพยาบาลรหัส.....

ข้อมูลประเภทการรับอวัยวะ

- แหล่งที่มาของอวัยวะ () ผู้บริจาคสมongตาย (Deceased Donor)
() ผู้บริจาคที่ยังมีชีวิต (Living Donor)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริจาค

ชื่อนามสกุล อายุ ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด.....เลขประจำตัวประชาชน.....HN.....
ที่อยู่ติดต่อได้.....
หมายเลขโทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....
บุคคลอ้างอิงหมายเลขโทรศัพท์.....
ความสัมพันธ์.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย

1. สาเหตุของภาวะไตวายเรื้อรัง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () Diabetic nephropathy () Hypertension () IgA nephropathy () FSGS
() Congenital anomalies () CGN () SLE () Unknown
() อื่นๆ ระบุ

2.การรักษาในปัจจุบัน

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

() ทำ Dialysis

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

2.2 วิธีการทำDialysis

() Hemodialysis ครั้ง/สัปดาห์

() Peritoneal dialysis () CAPD

() CCPD () APD

3. ผู้ป่วยเป็นผู้ที่อยู่ในโครงการล้างไตของ สปสช. หรือไม่

() ใช่ () ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสำหรับผู้บริจาค (เฉพาะLiving Donor)

ชื่อนามสกุล.....อายุ..... ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้

หมายเลขโทรศัพท์โทรสาร.....อีเมล.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 4 ผู้ให้การรักษา

ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา.....(อายุรแพทย์โรคไต/กุมารแพทย์

โรคไต/ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายไต)

หมายเลขใบประกอบโรคศิลป์

วันที่ลงทะเบียน/...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ลงทะเบียน.....ตำแหน่ง.....

แบบฟอร์มลงทะเบียนขอเปลี่ยนผู้บริจาคไต กรณีผู้บริจาคที่ยังมีชีวิต (Living donor)

หน่วยบริการ : โรงพยาบาล รหัส.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้รับการปลูกถ่ายไต (recipient)

ชื่อนามสกุลอายุ..... ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด เลขประจำตัวประชาชน.....HN.....
หมายเลขลงทะเบียนผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้บริจาคเดิม (living donor)

ชื่อนามสกุลอายุ..... ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด เลขประจำตัวประชาชน.....HN.....
ที่อยู่ติดต่อได้
หมายเลขโทรศัพท์.....โทรสารอีเมล.....
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
หมายเลขลงทะเบียนผู้บริจาค.....
สาเหตุที่มีการเปลี่ยนผู้บริจาค
1.....
2.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผู้บริจาครายใหม่ที่เข้าร่วมโครงการ

ชื่อนามสกุลอายุ..... ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด เลขประจำตัวประชาชน.....HN.....
ที่อยู่ติดต่อได้
หมายเลขโทรศัพท์.....โทรสารอีเมล.....
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 4 ผู้ให้การรักษา

ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา.....(อายุรแพทย์โรคไต / กุมารแพทย์
โรคไต / ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายไต)

หมายเลขใบประกอบโรคศิลป์

วันที่ลงทะเบียน/...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ลงทะเบียน.....ตำแหน่ง.....

แบบฟอร์มขอรับค่าใช้จ่ายสำหรับการปลูกถ่ายไต

หน่วยบริการ.....รหัส.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

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

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษาพยาบาล

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

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

ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

- 1.....
- 2.....

ส่วนที่ 3 การเบิกค่าใช้จ่าย

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

ขอรับรองว่าข้อมูลการขอรับค่าใช้จ่ายดังกล่าวเป็นความจริงและถูกต้อง

ลงชื่อ.....

(.....) ตำแหน่ง



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข
พ.ศ. ๒๕๕๔

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ที่ผู้มีสิทธิจะได้รับตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ วรรคสาม มาตรา ๑๘ (๓) และมาตรา ๒๖(๑๔) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ 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. ๒๕๔๕

(๑) การปลูกถ่ายหัวใจ

(๒) การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ในเด็กอายุไม่เกิน ๑๘ ปี ที่มีภาวะตับวายจากท่อน้ำดีตีบตันตั้งแต่กำเนิด หรือตับวายจากโรคอื่น ๆ

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่๒๗กรกฎาคม 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 อนกิจเจริญ)
รองเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑

แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง แนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็กและเกณฑ์มาตรฐานหน่วย
บริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๔
ลงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๔

การให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart Transplantation) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ มีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์ รวมทั้งความปลอดภัยสูงสุดกับผู้ป่วย ดังนั้นในการดูแลรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ โรงพยาบาลและแพทย์ผู้ให้การรักษาจึงควรดูแลครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัย การเลือกผู้ป่วย และวิธีการรักษาที่เหมาะสม การรักษาแบบต่าง ๆ รวมทั้งป้องกัน และรักษาภาวะแทรกซ้อน โดยมีข้อกำหนดดังนี้

๑. คุณสมบัติของหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

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 จะให้การสนับสนุนการดำเนินงานในการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ แก่หน่วยบริการตั้งแต่ขั้นตอนการจัดเตรียม การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการดูแลหลังผ่าตัด โดยการสนับสนุนเป็นไปตามแบบแผนการรักษา (Protocol) ตามที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยเสนอ โดย Protocol ดังกล่าว มีการจำแนกย่อยและมีค่าใช้จ่ายที่จ่ายในลักษณะเหมาะสมตาม Protocol รายละเอียดดังตาราง ต่อไปนี้

/ (๑) ค่า...

(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

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
Protocol- HTX-II • ใช้ยากลุ่ม tacrolimus + mycophenolate • ไม่รวม complication ต่างๆ	• ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ • ค่าตรวจเอกซเรย์ • ค่าผ่าตัด • ค่าห้อง, ค่าอาหาร • ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ • ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด • ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล • ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา • ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๒๐,๐๐๐
Protocol- HTX-III • ใช้ยากลุ่ม anti-thymocyte globulin + cyclosporine + mycophenolate • ไม่รวม complication ต่างๆ	• 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	● 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	● 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 Echocardiography ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ค่ายา methylprednisolone ค่ายา intravenous immunoglobulin ค่า plasmapheresis และตัวกรอง plasma ค่าสาย double lumen catheter 	๓๒๐,๐๐๐

การสนับสนุนค่าใช้จ่ายดังกล่าว มีเงื่อนไขประกอบ ดังนี้

๑. ในกรณีที่ผู้รับบริการต้องมีการประเมินโดยการตรวจ cardiac catheterization ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ให้หน่วยบริการเบิกการตรวจดังกล่าวจากระบบ DRG ผู้ป่วยในและเบิกค่าอุปกรณ์ตามรายการที่ สปสช. กำหนด โดยให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

ในกรณีที่ผู้รับบริการมีความเจ็บป่วยอื่นๆ หน่วยบริการสามารถให้การรักษาและเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากระบบปกติของ สปสช.

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

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

๕. เกณฑ์การจ่ายค่าบริการยากดภูมิคุ้มกัน หลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ เป็นไปตามเกณฑ์การจัดบริการยากดภูมิคุ้มกัน ที่ สปสช. กำหนด

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

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 ที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	๓๐,๐๐๐

ในกรณีให้บริการซึ่งมีโรคแทรกซ้อน (Complication) อื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน 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) งดการจ่ายเงิน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจ่ายเงินให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการตามผลงานการให้บริการจริงรายเดือน

๕.๒ การสนับสนุนค่ายาควบคุมคุ้มกัน

เกณฑ์การให้ยาควบคุมคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษา ตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นและการตรวจระดับยาควบคุมคุ้มกันหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจดังนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตรการจ่ายค่าบริการ (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

การจ่ายยาควบคุมคุ้มกัน จะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิรักษาพยาบาลเป็นสิทธิอื่น ที่ไม่ใช่สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๖. การส่งเอกสารหลักฐานเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการส่งเอกสารเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายใน ๓๐ วัน หลังให้บริการ ประกอบด้วยเอกสาร/หลักฐานดังนี้

๖.๑ หนังสือแสดงความจำเป็นเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย (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 เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยเด็กด้วยวิธีผ่าตัดปลูกถ่ายตับมีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์ รวมทั้งความปลอดภัยสูงสุดกับผู้ป่วย ดังนั้นในการดูแลรักษาด้วยวิธีผ่าตัดปลูกถ่ายตับ โรงพยาบาลและแพทย์ผู้ให้การรักษาดูแลครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัย การเลือกผู้ป่วย และวิธีการรักษาที่เหมาะสม การรักษาแบบต่าง ๆ รวมทั้งป้องกัน และรักษาภาวะแทรกซ้อน โดยมีข้อกำหนดดังนี้

๑. คุณสมบัติของหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

๒. เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

- ๒.๑ เป็นผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ๒.๒ เป็นผู้ป่วยเด็กด้วยโรคจากท่อน้ำดีอุดตันตั้งแต่กำเนิดหรือตับวายจากสาเหตุอื่น ๆ
- 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 มีการจำแนกย่อยและมีค่าใช้จ่ายที่จ่ายในลักษณะเหมาะสมตาม 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

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย
(ข) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด - กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-OLT-I ● ใช้ยากลุ่ม cyclosporine + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ	● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๔๑๐,๐๐๐
Protocol- OLT-II ● ใช้ยากลุ่ม tacrolimus + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ	● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๔๒๐,๐๐๐

/แผนการ...

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย
<p>Protocol- OLT-III</p> <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 	๕๕๕,๐๐๐
<p>Protocol- OLT-IV</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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

-๕-

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย
	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	
(ค) สำหรับผู้รับบริการเมื่อเข้ารับการผ่าตัด – 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 ที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	๓๐,๐๐๐

การสนับสนุนค่าใช้จ่ายดังกล่าว มีเงื่อนไขประกอบ ดังนี้

๑. ในกรณีที่ผู้รับบริการมีความเจ็บป่วย และไม่เกี่ยวข้องกับการเตรียมรับบริจาคตับ หน่วยบริการสามารถให้การรักษาและเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากระบบปกติของ สปสช.
๒. ในกรณีที่ให้บริการซึ่งมีโรคแทรกซ้อน(Complication)อื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG
๓. ในกรณีที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะ 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
สำหรับผู้รับบริการหลังผ่าตัด		
Protocol -Liver biopsy	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจ ultrasound ● ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	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

/๕.๖...

๕.๒ การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

เกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายตับต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษา ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เบื้องต้นและการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายตับดังนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราการชดเชย(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 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 สามารถอุทธรณ์ มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ภายใน ๓๐ วันหลังรับรายงานการจ่ายเงิน

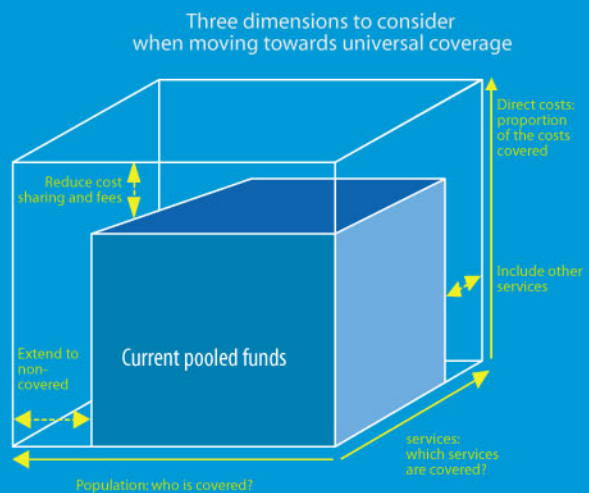
ภาคผนวก 6

รายชื่อผู้ประสานงาน

สถานปฏิบัติงาน	ชื่อ-นามสกุล	โทรศัพท์	อีเมล
สปลช.	นพ.กิตติ ปรมัตถผล	084-7510931	Kitti.p@nhso.go.th
	นางศิริพร สิ้นธนั่ง 084-7001648	02-1415042	siriporn.s@nhso.go.th
	นายปราโมทย์ แย้มพร้อม	02-1414143 081-9060260	pramoat.y@nhso.go.th
	นางกัญจนา รัตนะ	02-1414147 fax 02-1439744	kanchana.r@nhso.go.th
	น.ส.อัสดา ช้างเพชร fax 02-1439744	02-14141345	awasda.c@nhso.go.th
	นางสาวณัฐรัตน์ ดีเจริญ	02-1414150 fax 02-1439744	nattharath.d@nhso.go.th
	นางปิญญาดา กุลสันต์ fax 02-1439744	02-1414146	pinyada.k@nhso.go.th
สปลช.เขต 1 เชียงใหม่	นางสาวจินตนา สันถวเมตต์	053-203-536	jintana.s@nhso.go.th
สปลช.เขต 2 พิษณุโลก	นางสาวประทีน อิ่มสุขศรี	055-245-111	pratin.e@nhso.go.th
สปลช.เขต 3 นครสวรรค์	นางนิภาภักดิ์ คงโต	056-371831	nipapat.k@nhso.go.th
สปลช.เขต 4 สระบุรี	นางสุวรรณี ศรีปราชญ์	036-213-205 090-197 5183	suwannee.s@nhso.go.th
สปลช.เขต 5 ราชบุรี	นางวิภาวี ดันอนุกุล	032-332-590	wipawee.t@nhso.go.th
สปลช.เขต 6 ระยอง	นางสาวอุไรวรรณ หิรัญโรจน์	038-864-313	uraiwan.h@nhso.go.th
สปลช.เขต 7 ขอนแก่น	นางสาวสิทธิพร จันโทภาส	043-365-200-3	sithiporn.c@nhso.go.th
สปลช.เขต 8 อุดรธานี	นางนันทนา เศวตวงษ์	042-325-681	nuntana.s@nhso.go.th
สปลช.เขต 9 นครราชสีมา	นางสาวอรุณรัตน์ กุณา	044-248-870-4	arunruch.k@nhso.go.th
สปลช.เขต 10 อุบลราชธานี	นางสาวพรทิพย์ ชนะภัย	045-240-591	porntip.c@nhso.go.th
สปลช.เขต 11 สุราษฎร์ธานี	นางอวยพร พรพิริยล้ำเลิศ	077-274-811	uayporn.p@nhso.go.th
สปลช.เขต 12 สงขลา	นางนิตินาถ ศิริเวช	074-233-888	nithinat.s@nhso.go.th
สปลช.เขต 13 กทม.	น.ท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์	02-142-0931	juraiporn.n@nhso.go.th

“Universal Health Coverage depends on strong and well-designed health financing systems that assure sufficient financial resources for health. They guarantee that people do not have to pay catastrophic out-of-pocket payments for health services, and that funds are used as efficiently and equitably as possible.”

Message from Chairs of the International Organizing Committee



Source: The world health report financing for universal coverage 2010



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