

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๕๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป เว้นแต่ การสนับสนุนชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer ๑ ชุดต่อครั้ง ของผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อไวรัสและหรือติดเชื้อโควิด 19 ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความว่า รวมถึง สำนักงานสาขา

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการและเครือข่ายสถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้ป่วย” หมายความว่า ผู้รับบริการซึ่งมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต ตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และได้รับการลงทะเบียนจากหน่วยบริการในโปรแกรม บันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

“กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต” หมายความว่า กระบวนการ ที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเรื่องการบำบัดทดแทนไตจากหน่วยบริการ และผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจในการเลือก การรักษาบำบัดทดแทนไตร่วมกับแพทย์และพยาบาลจากหน่วยบริการ

ข้อ ๔ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

๔.๑ การล้างไตผ่านทางช่องท้อง ประกอบด้วย การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

๔.๒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

๔.๓ การปลูกถ่ายไต ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

การล้างไตผ่านทางช่องท้อง

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ประกอบด้วย การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นผู้ป่วยใหม่ หรือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบการรักษาบำบัดทดแทนไต ซึ่งควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต ตามแนวทางของ Service Plan สาขาไต และแนะนำให้บันทึกในเอกสารหนังสือแสดงการเรียนรู้เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและหรือญาติ เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่สามารถจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา โดยหน่วยบริการสามารถเลือกรับการสนับสนุนเป็น ๒ ทางเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง ปีละ ๑ ครั้ง ดังนี้

ทางเลือกที่ ๑ หน่วยบริการขอรับการสนับสนุนน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ผ่านระบบ VMI

๒.๑ การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

๒.๑.๑ น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน ๔ ถังต่อวัน

๒.๑.๒ จุกปิดกันเชื้อ

๒.๑.๓ สายล้างไตทางช่องท้อง จ่ายผ่านระบบ VMI ให้แก่ผู้ป่วยรายใหม่และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน

๒.๑.๔ อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไต เช่น แบนสำหรับวางจานหมุน

๒.๒ การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ

๒.๒.๑ น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ จำนวน ๒ ถังต่อวัน

๒.๒.๒ จุกปิดกันเชื้อ

๒.๒.๓ ตลับสาย

๒.๒.๔ สายล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายผ่านระบบ VMI ให้แก่ผู้ป่วยรายใหม่และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน

๒.๒.๕ อุปกรณ์...

๒.๒.๕ อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ

๒.๒.๖ สำนักงานจัดหาเครื่องล้างไตอัตโนมัติ ให้กับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ จำเป็นที่ต้องล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ โดยขั้นตอนการขอรับบริการเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องอัตโนมัติ ให้เป็นไปตามรายละเอียดในเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

๒.๓ กรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้น้ำยาเกินกว่าที่กำหนด ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด โดยระบุจำนวนถุงที่ใช้ต่อวัน

ทางเลือกที่ ๒ หน่วยบริการขอรับค่าบริการครอบคลุมค่าน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์

๒.๔ ค่าบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่อง

สำนักงานจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน ครอบคลุมค่ายา เวชภัณฑ์ และบริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

๒.๔.๑ น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่องขนาด ๒ ลิตรหรือ ๒.๕ ลิตรต่อถุง

๒.๔.๒ จุกปิดกันเชื้อ

๒.๔.๓ สายล้างไตทางช่องท้อง

๒.๔.๔ อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไต เช่น แป้นสำหรับวางจานหมุน

๒.๔.๕ บริการจัดส่งน้ำยาล้างไตและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องถึงบ้านผู้ป่วย

๒.๕ ค่าบริการการล้างไตผ่านช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ

สำนักงานจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๘,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน ครอบคลุมค่ายา เวชภัณฑ์ และบริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

๒.๕.๑ น้ำยาล้างไตทางช่องท้องที่ใช้กับเครื่องอัตโนมัติ ขนาด ๕ ลิตร หรือ ๖ ลิตรต่อถุง

๒.๕.๒ จุกปิดกันเชื้อ

๒.๕.๓ ตลับสาย

๒.๕.๔ เครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติ

๒.๕.๕ สายล้างไตทางช่องท้อง

๒.๕.๖ อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ

๒.๕.๗ บริการจัดส่งน้ำยาล้างไต อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง และเครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติถึงบ้านผู้ป่วย

๒.๖ ค่าบริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง

สำนักงานจ่ายแบบเหมาจ่ายค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ในอัตรา ๑๘๐ บาท ต่อขนาด ๔,๐๐๐ unit ให้กับหน่วยบริการตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และใช้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๘ สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา โดยเริ่มให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง เมื่อระดับ Hct < ๓๐% โดยให้ขนาด ๔,๐๐๐ unit จำนวน ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ จนกระทั่งระดับ Hct เพิ่มขึ้น $\geq$ ๓๓% จึงลดลงเหลือ ๔,๐๐๐ unit ต่อสัปดาห์ และหยุดให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงเมื่อ Hct $\geq$ ๓๖% กรณีได้รับยาอย่างต่อเนื่องแล้วผู้ป่วยยังคงภาวะซีดอยู่ ให้สืบค้นสาเหตุที่แท้จริงตามแนวทางการรักษาหรือคู่มือของสมาคมโรคไต

๒.๗ ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องครอบคลุมทั้งการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง และการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ สำนักงานจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน ครอบคลุมค่าบริการ ดังนี้

๒.๗.๑ การตรวจประเมินสภาพร่างกาย การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา รวมทั้งการประสานให้หน่วยบริการปฐมภูมิลงเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษา

๒.๗.๒ ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด ได้แก่ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ตรวจการทำงานของไต (BUN, Creatinine, Electrolyte) ตรวจความพอเพียงของการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และหรือการตรวจประสิทธิภาพของเยื่อช่องท้อง การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ

๒.๗.๓ การบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องกรณีการให้บริการผู้ป่วยนอกหรือค่ายาพื้นฐานและยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องโดยตรง

๒.๘ ค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้องเพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับหน่วยบริการในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการรักษาล้างไตผ่านทางช่องท้อง จะมีการจัดลำดับหน่วยบริการจากผลงานการล้างไตตามเกณฑ์ที่กำหนดจากน้อยไปมาก ดังนี้

๒.๘.๑ หน่วยบริการที่มีคะแนนรวมเกณฑ์คุณภาพมากที่สุด ๘๕ ลำดับแรก สำนักงานจะจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมจากค่าบริการตาม ๒.๔ ๒.๕ และ ๒.๗ แบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน

๒.๘.๒ รอบเวลาในการคิดคำนวณผลงานและรอบการจ่าย เป็นดังนี้

รอบที่ ๑: นำผลงานในช่วง ๖ เดือนแรกของปีงบประมาณ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง ๖ เดือนถัดมา

รอบที่ ๒: นำผลงานในช่วง ๖ เดือนหลังของปีงบประมาณ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับ ช่วง ๖ เดือนถัดมา

๒.๘.๓ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ เป็นปีแรกที่เริ่มต้นจ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ดังนั้น จะนำผลงานในช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๖ มาเพื่อเป็นเกณฑ์ในการจ่ายบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพ ตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๖ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๖ โดยเกณฑ์ผลงานที่ใช้ในการประเมินเป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๖ แนบท้ายประกาศนี้

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูลดังนี้

๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๔.๒ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๕.๑ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานสนับสนุนและการบันทึกของแพทย์ในการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

๕.๒ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการบันทึกของแพทย์ในการให้บริการ รวมทั้งคำสั่งในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการครอบคลุมค่าน้ำยาล้างไตทางช่องท้องและอุปกรณ์ จะต้องพบการส่งจ่ายน้ำยาและอุปกรณ์ต่าง ๆ ครบถ้วนตามที่สำนักงานกำหนด

๕.๓ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ ตามที่สำนักงานกำหนดในกรณีที่ขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องครอบคลุมทั้งการล้างไต ทางช่องท้องต่อเนื่อง และการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ สำนักงานจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน

๕.๔ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้แก่ คำสั่งแพทย์ในการสั่งยา หลักฐานการบริหารยา และฉลากของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ซึ่งต้องมีครบตามจำนวน vial ที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนของยากระตุ้นการสร้าง เม็ดเลือดแดงต่อสัปดาห์ที่ขอเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ของระดับ Hct/Hb ที่สำนักงานกำหนด

๕.๕ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลงาน การให้บริการตามเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพ และคุณภาพการล้างไตทางช่องท้อง

ข้อ ๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีดังต่อไปนี้

๖.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑

๖.๒ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ หลักฐานการให้บริการตามข้อ ๕

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.๑ ผู้ป่วยใหม่ หรือ ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบการรักษาบำบัดทดแทนไต ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต ตามแนวทางของ Service Plan สาขาไต และแนะนำให้บันทึกในเอกสารหนังสือแสดงการเรียนรู้เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ร่วมกัน ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและหรือญาติ เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศนี้

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ยกเว้นการบริการ vascular access เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการ ให้บริการ และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ <http://cpp.nhso.go.th/CPP/>

ข้อ ๒ หน่วยบริการสามารถเลือกรับการสนับสนุนเป็น ๒ ทางเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง ปีละ ๑ ครั้ง โดยสำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

	ผู้ป่วยฟอกเลือด	ค่าบริการฟอกเลือด*	ชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer**	หมายเหตุ
๑	ผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อ เอชไอวี	๔,๐๐๐ บาทต่อครั้ง	จ่ายเหมารวมในค่าบริการ	หน่วยบริการจัดซื้อชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer เอง
		๓,๘๐๐ บาทต่อครั้ง	สนับสนุน ๑ ชุดต่อครั้ง	หน่วยบริการเบิกชุดตัวกรองผ่าน VMI
๒	ผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อ วัณโรคและหรือติดเชื้อโคโรนา 19	๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง	จ่ายเหมารวมในค่าบริการ	หน่วยบริการจัดซื้อชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer เอง
		๑,๓๐๐ บาทต่อครั้ง	สนับสนุน ๑ ชุดต่อครั้ง	หน่วยบริการเบิกชุดตัวกรองผ่าน VMI
๓	ผู้ป่วยฟอกเลือดที่ไม่มีโรค ติดเชื้อเอชไอวี และหรือ วัณโรคและหรือโควิด 19	๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง	จ่ายเหมารวมในค่าบริการ	

หมายเหตุ :

- *สำนักงานจ่ายค่าบริการฟอกเลือดแบบเหมาจ่าย (บาทต่อครั้ง) ตามจำนวนครั้งของการฟอกเลือดจริง แต่ไม่เกิน ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก)

- **สำนักงานสนับสนุน ** ชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer โดย ๑ ชุดประกอบด้วย ตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer ๑ ชิ้น และ Blood line ๑ ชิ้น และ AVF needle ๒ ชิ้น ต่อการฟอกเลือดหนึ่งครั้ง การใช้ตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer ในผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี, วัณโรคและหรือโควิด 19 เป็นไปตามความเห็นของสมาคมโรคไต หากหน่วยบริการเลือกจัดซื้อชุดตัวกรองเอง ให้ดำเนินการซื้อให้ครอบคลุมกับผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี, วัณโรคและหรือโควิด 19 ทั้งหมด

- กรณีหน่วยบริการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่าจำนวน ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ให้หน่วยบริการขอทบทวนต่อสำนักงานได้เป็นรายกรณี

- ในกรณีที่หน่วยบริการต้องการรับการสนับสนุนชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer ในผู้ป่วยฟอกเลือดที่ไม่มีโรคติดเชื้อเอชไอวี และหรือวัณโรค และหรือโควิด 19 ให้หน่วยบริการแจ้งความจำนงค์มาที่สำนักงาน เพื่อให้สำนักงานพิจารณาการสนับสนุนตามความเหมาะสมต่อไป

- สำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อโควิด 19 สำนักงานจ่ายค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องดังนี้

- ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการหรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยจ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

- ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 เข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ หรือที่พักอาศัยของผู้ป่วยตามความจำเป็น

๑. ค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 จ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

๒. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการหรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๕๐๐ บาทต่อครั้ง

ข้อ ๓ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่าย ตามรายการและอัตรา ดังนี้

- ๓.๑ จ่ายแบบเหมาจ่ายค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ในอัตรา ๑๘๐ บาทต่อขนาด ๔,๐๐๐ unit ตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ตามแนวทางการรักษาหรือคู่มือของสมาคมโรคไต

- ๓.๒ ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนอกเหนือจากข้อ ๓.๑ จ่ายในอัตรา ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่า ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ให้หน่วยบริการขอทบทวนต่อสำนักงานได้เป็นรายกรณี โดยค่าบริการดังกล่าวรวมค่าอุปกรณ์ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

- ๓.๒.๑ ค่าอุปกรณ์ ได้แก่ Dialyzer, Blood line, AVF needle, Bicarbonate dialysate, Anticoagulant

- ๓.๒.๒ ยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่แพทย์สั่งระหว่างการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ Glucose, Analgesic, Antihistamine และ Transquilizer drug น้ำเกลือ ยาลดความดัน

- ๓.๒.๓ ค่าตรวจเลือด...

๓.๒.๓ ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, Electrolytes, Calcium, Phosphate, Albumin, KT/V, URR, HBsAg, HBsAb, Anti HCV, EKG และ Chest X-ray และค่าตรวจประสิทธิภาพของเส้นฟอกเลือด

๓.๓ ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยที่มีโอกาสแพร่เชื้อสูง หน่วยบริการสามารถเลือกรับค่าใช้จ่ายสำหรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ปีละ ๑ ครั้ง โดยสำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามอัตรา ดังนี้

๓.๓.๑ กรณีหน่วยบริการจัดหาชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer เอง จะได้รับค่าบริการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ในอัตรา ๔,๐๐๐ บาทต่อครั้ง และสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคและหรือติดเชื้อโควิด ๑๙ ในอัตรา ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง ตามรายการและเงื่อนไขในข้อ ๓.๒

๓.๓.๒ กรณีหน่วยบริการขอรับการสนับสนุนชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer จากสำนักงาน จะได้รับค่าบริการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ในอัตรา ๓,๘๐๐ บาทต่อครั้ง และสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคและหรือติดเชื้อโควิด ๑๙ ในอัตรา ๑,๓๐๐ บาทต่อครั้ง ตามรายการและเงื่อนไขในข้อ ๓.๒

ชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer ๑ ชุดประกอบด้วย ตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer ๑ ชิ้น Blood line ๑ ชิ้น และ AVF needle ๒ ชิ้น ต่อการฟอกเลือดหนึ่งครั้ง โดยสนับสนุนตามจำนวนครั้งของการฟอกเลือดจริง โดยสำนักงานสนับสนุนผ่านระบบการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรม (ระบบ VMI)

๓.๓.๓ กรณีอื่น ๆ ที่หน่วยบริการต้องการรับการสนับสนุนชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer ในผู้ป่วยฟอกเลือดที่ไม่มีโรคติดเชื้อเอชไอวี และหรือวัณโรค และหรือโควิด ๑๙ ให้หน่วยบริการแจ้งความจำนงค์ที่สำนักงาน เพื่อให้สำนักงานพิจารณาการสนับสนุนตามความเหมาะสมต่อไป

๓.๔ การทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องทำไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมงต่อครั้งฟอกเลือดยกเว้น กรณีการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก หรือกรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ หรือกรณีพบว่ามีความผิดปกติ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เป็นหน่วยส่งต่อผู้ป่วย เบิกค่ายา ค่าหัตถการเบื้องต้นที่หน่วยบริการใช้ ก่อนนำส่งผู้ป่วย

๓.๕ ค่าบริการสำหรับการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) กำหนดอัตราจ่าย ดังนี้

๓.๕.๑ Tunnel cuffed catheter มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วย ที่ไม่สามารถทำ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา ๕,๖๐๐ บาท และรายการอุปกรณ์รหัส ๔๙๐๕ สายสวนสองช่องแบบกึ่งถาวรสำหรับฟอกเลือดล้างไต (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter) จ่ายตามจริงไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาทต่อชุด

๓.๕.๒ Arteriovenous Fistula (AVF) มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องทำ Arteriovenous Fistula (AVF) ใหม่ จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา ๑๓,๕๐๐ บาท รวมค่าผ่าตัด ค่าห้องผ่าตัดและค่าห้องปฏิบัติการ

๓.๔.๓ Arteriovenous Graft (AVG) มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องทำ Arteriovenous Graft (AVG) ใหม่ โดยเริ่มทำ Arteriovenous Fistula (AVF) เป็นอันดับแรก หรือในกรณีที่ไม่สามารถทำ Arteriovenous Fistula (AVF) ได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยสมาคมโรคไต จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา ๑๓,๕๐๐ บาท รวมค่าผ่าตัด ค่าห้องผ่าตัด ค่าห้องปฏิบัติการ และรายการอุปกรณ์รหัส ๔๐๑๖ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลายชนิดมีวงแหวน PTFE Ring Vascular Graft ตามความยาวที่ใช้ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๖๐๐ บาทต่อเซนติเมตร

๓.๔.๔ Temporary double lumen catheter สำหรับผู้ป่วยที่รอใช้ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา ๕,๐๐๐ บาท รวมค่าสายและค่าใส่สาย กรณีหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ไม่มีการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้เบิกจ่ายได้เฉพาะเคสที่มีปัญหาในขณะทำการฟอกเลือด เช่น สายอุดตันต้อง revise สาย เป็นต้น

ในกรณีที่หน่วยบริการเข้าร่วมการให้บริการในรูปแบบการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ให้หน่วยบริการเบิกจ่ายในอัตราที่กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนและกรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูลดังนี้

๖.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

๖.๒ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๗ สำนักงาน...

ข้อ ๗ สำนักงานจะตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แสดงสถานะข้อมูล และดำเนินการ ดังนี้

๗.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๗.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบข้อมูลรายการนั้นจะถูกชะลอการจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อให้มีตรวจสอบเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการรับบริการ หรือการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ จากหน่วยบริการอีกครั้ง ซึ่งมีเกณฑ์ในการตรวจสอบ ดังนี้

๗.๒.๑ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานสนับสนุนและการบันทึกของแพทย์ในการ วินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

๗.๒.๒ ตรวจสอบพบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวี ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี

๗.๒.๓ ตรวจสอบพบการพิสูจน์ตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับ บริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๗.๒.๔ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ hemodialysis work sheet และหรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายค่าบริการฟอกเลือด และจำนวนตัวกรอง Single Use Dialyzer รวมทั้งอุปกรณ์อื่นในกรณีที่หน่วยบริการ ขอสนับสนุน

๗.๒.๕ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง กับการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด

๗.๒.๖ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้แก่ คำสั่งแพทย์ในการสั่งยา หลักฐานการบริหารยา และฉลากของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ซึ่งต้องมีครบตามจำนวน vial ที่หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ต่อสัปดาห์ที่ขอเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ของระดับ Hct/Hb ที่สำนักงานกำหนด

๗.๒.๗ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องทำไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมงต่อครั้งฟอกเลือด ยกเว้นกรณีการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก หรือกรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ หรือกรณีพบว่ามีความผิดปกติ ต้องมีบันทึกเหตุผลความจำเป็นดังกล่าวไว้ในเวชระเบียน หรือ hemodialysis work sheet

๗.๒.๘ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการตามหัตถการที่หน่วยบริการ เรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการสำหรับการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ทั้งนี้ ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการ แต่ละประเภทต้องเป็นไปตามที่กำหนด มีบันทึกข้อบ่งชี้ดังกล่าวไว้ในเวชระเบียน

๗.๒.๙ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการที่เข้าเกณฑ์การให้บริการ ในรูปแบบการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ในกรณีที่เรียกค่าใช้จ่ายการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ในรูปแบบ การผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน

ข้อ ๘ โดยให้สำนักงานรายงานผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ และสำนักงานจะดำเนินการ ดังนี้

๘.๑ ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๘.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการเนื่องจากไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย หรือให้บริการไม่ครบตามที่หลักเกณฑ์กำหนด สำนักงานจะแจ้งผลการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการให้หน่วยบริการทราบ โดยหน่วยบริการสามารถขอให้สำนักงานทบทวนผลการตรวจสอบ ภายในระยะเวลา ๑๐ วัน นับแต่วันที่หน่วยบริการได้รับแจ้งผลการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ทั้งนี้ สำนักงานอาจพิจารณาขยายระยะเวลาได้ตามเหตุผลและความจำเป็นเมื่อหน่วยบริการร้องขอ

๘.๓ ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการและหน่วยบริการไม่ขอให้สำนักงานทบทวนผลการตรวจสอบดังกล่าว หรือเมื่อสำนักงานพิจารณาข้อเสนอขอทบทวนแล้วยังตรวจสอบไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามที่หลักเกณฑ์กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการรับทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๙ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

๑๐.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๑๐.๒ ตรวจสอบไม่พบการพิสูจน์ตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๑๐.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๗

เอกสารหมายเลข ๓ แบบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการปลูกถ่ายไต

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการปลูกถ่ายไต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นผู้ป่วยใหม่ (Initial RRT) หรือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบการรักษาบำบัดทดแทนไตควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต ตามแนวทางของ Service Plan สาขาไต และแนะนำให้บันทึกในเอกสารหนังสือแสดงการเรียนรู้เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและหรือญาติ เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔ แบบท้ายประกาศนี้

๑.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไตโดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ ค่าบริการในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไต

๒.๑.๑ ผู้บริจาคที่มีชีวิต

(๑) ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อผู้รับบริจาค ๑ ราย ดังนี้

(ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

(ค) ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA

(ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

(๒) ค่าใช้จ่ายระหว่างเข้ารับการผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๒,๘๐๐ บาท

ต่อครั้ง ดังนี้

(ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

(ค) ค่าผ่าตัด

(ง) ค่าห้องและค่าอาหาร

(จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

๒.๑.๒ ผู้บริจาคสมองตาย ค่าเตรียมและผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาท
ต่อครั้งต่อไต ๑ ข้าง ดังนี้

- (๑) ค่าดูแลผู้บริจาค
- (๒) ค่าผ่าตัด
- (๓) ค่าน้ำยาถนอมอวัยวะ
- (๔) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- (๕) ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค

๒.๑.๓ ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคที่มีชีวิต

(๑) ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา
๓๑,๓๐๐ บาทต่อครั้ง ดังนี้

- (ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- (ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
- (ค) ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA
- (ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- (๒) ค่าส่งตรวจ Panel reactive antibody

(ก) ตรวจ screening ด้วยวิธี Single Antigen Sead (SAB) จ่ายแบบ
เหมาจ่ายในอัตรา ๒,๐๐๐ บาทต่อปีงบประมาณ

(ข) ตรวจ SAB class I เพื่อยืนยัน กรณี screening class I ผลเป็นบวก
จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๓,๐๐๐ บาทต่อปีงบประมาณ

(ค) ตรวจ SAB class II เพื่อยืนยัน กรณี screening class II ผลเป็นบวก
จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๒,๕๐๐ บาท ต่อปีงบประมาณ

๒.๑.๔ ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคสมองตาย

(๑) ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา
๓๑,๓๐๐ บาทต่อครั้ง ดังนี้

- (ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- (ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
- (ค) ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA
- (ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

(๒) ค่าส่งตรวจ Panel reactive antibody จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา
๘,๗๐๐ บาทต่อปีงบประมาณ

๒.๒ ค่าบริการระหว่างผ่าตัดปลูกถ่ายไตสำหรับผู้รับบริจาค

๒.๒.๑ กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน แบ่งเป็น ๔ ประเภท

(๑) Protocol-I ในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Cyclosporine และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๔๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ดังนี้

- (ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - (ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
 - (ค) ค่าผ่าตัด
 - (ง) ค่าห้องและค่าอาหาร
 - (จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
 - (ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ
 - (ช) ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษา
- ในโรงพยาบาล
- (ซ) ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ระหว่างรับการรักษา

ในโรงพยาบาล

(๒) Protocol-II ในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Tacrolimus และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๔๘,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ดังนี้

- (ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - (ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
 - (ค) ค่าผ่าตัด
 - (ง) ค่าห้องและค่าอาหาร
 - (จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
 - (ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ
 - (ช) ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษา
- ในโรงพยาบาล
- (ซ) ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ระหว่างรับการรักษา

ในโรงพยาบาล

(๓) Protocol-III ในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab และ Cyclosporine และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๘๗,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ดังนี้

- (ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- (ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
- (ค) ค่าผ่าตัด
- (ง) ค่าห้องและค่าอาหาร

(จ) ค่าบริการ...

- (จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- (ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ
- (ช) ค่ายา Basiliximab X ๒ dose หรือ anti-thymocyte globulin ๓ - ๗ dose และการป้องกันการติดเชื้อ CMV ๑ เดือนและการติดตามการติดเชื้อ CMV ๕ ครั้ง
- (ซ) ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล
- (ฌ) ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

(๔) Protocol-IV ในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab และ Tacrolimus และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๙๒,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ดังนี้

- (ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- (ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
- (ค) ค่าผ่าตัด
- (ง) ค่าห้องและค่าอาหาร
- (จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- (ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ
- (ช) ค่ายา Basiliximab X ๒ dose หรือ anti-thymocyte globulin ๓ - ๗ dose และการป้องกันการติดเชื้อ CMV ๑ เดือนและการติดตามการติดเชื้อ CMV ๕ ครั้ง
- (ซ) ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล
- (ฌ) ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

๒.๒.๒ กรณีมีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างผ่าตัด หรือ หลังผ่าตัด แบ่งเป็น ๗ ประเภท

(๑) Protocol ACR-A (Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Acute Cellular Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ดังนี้

- (ก) ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy
- (ข) ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ
- (ค) ค่ายา Methylprednisolone
- (ง) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- (จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- (ฉ) ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่ม Protocol DGF-B)

(๒) Protocol ACR-B (Refractory Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Acute Cellular Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๙๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ดังนี้

- (ก) ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy
- (ข) ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ
- (ค) ค่ายา Methylprednisolone
- (ง) ค่ายา Anti-thymocyte globulin
- (จ) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- (ฉ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- (ช) ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis

ให้เพิ่ม Protocol DGF-B)

(๓) Protocol AMR-A (Antibody Mediated Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Antibody Mediated Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ดังนี้

- (ก) ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy
- (ข) ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ
- (ค) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- (ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- (จ) ค่ายา Methylprednisolone
- (ฉ) ค่ายา Intravenous immunoglobulin
- (ช) ค่า Plasmapheresis และตัวกรอง Plasma flux
- (ซ) ค่าสาย Double lumen catheter
- (ฌ) ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis

ให้เพิ่มด้วย Protocol DGF-C)

(๔) Protocol AMR-B (Refractory Antibody Mediated Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Antibody Mediated Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๒๖,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ดังนี้

- (ก) ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy
- (ข) ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ
- (ค) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- (ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- (จ) ค่ายา Methylprednisolone
- (ฉ) ค่ายา Intravenous immunoglobulin

(ช) ค่ายา...

(ข) ค่ายา Rifuximab

(ข) ค่า Plasmapheresis และตัวกรอง Plasma flux

(ณ) ค่าสาย Double lumen catheter

(ญ) ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis

ให้เพิ่มเติมด้วย Protocol DGF-C)

(๕) Protocol DGF-A (Delay Graft Function) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๖,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ดังนี้

(ก) ค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy

(ข) ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ

(ค) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

(จ) ค่าสาย Double lumen catheter

(ฉ) ค่าทำ Acute hemodialysis

(๖) Protocol DGF-B (Delay Graft Function Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol ACR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function ร่วมกับ Acute Cellular Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ดังนี้

(ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(ข) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

(ค) ค่าสาย Double lumen catheter

(ง) ค่าทำ Acute hemodialysis

(จ) ไม่รวมค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน Protocol ACR-A และ ACR-B)

(๗) Protocol DGF-C (Delay Graft Function with Antibody Mediated Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol AMR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function ร่วมกับ Antibody Mediated Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๕,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ดังนี้

(ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(ข) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

(ค) ค่าทำ Acute hemodialysis

(ง) ไม่รวมค่าทำ Ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ และค่าสาย Double lumen catheter (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน Protocol AMR-A และ AMR-B)

๒.๒.๓ กรณีการรักษาการตีบของเส้นเลือดไต สำนักงานเบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) และเบิกค่าอุปกรณ์ (Balloon + Stent) ในระบบของสำนักงาน รายการอุปกรณ์ รหัส ๔๘๐๑ - ๔๘๐๔

๒.๓ ค่ายากดภูมิภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยครอบคลุมการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยาคุมกัมกันด้วย โดยค่าบริการแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต ดังนี้

๒.๓.๑ หลังผ่าตัด ๑ - ๖ เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน

๒.๓.๒ หลังผ่าตัด ๗ - ๑๒ เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน

๒.๓.๓ หลังผ่าตัด ๑๓ - ๒๔ เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน

๒.๓.๔ หลังผ่าตัด ๒๕ เดือนขึ้นไป จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน

๒.๔ กรณีที่มีภาวะสลัดไต และมีการลงทะเบียนล้างไตผ่านทางช่องท้องหรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้ว หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายไม่เกิน ๖ เดือน

๒.๕ กรณีที่มีโรคแทรกซ้อน หรือโรคเดิม ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเรียกเก็บขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย

๒.๖ กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด ในช่วงเวลาประมาณ ๒๑ วัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูลดังนี้

๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๔.๒ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางที่กำหนด

ข้อ ๕ สำนักงาน...

ข้อ ๕ สำนักงานอาจตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ และกำหนดเกณฑ์ ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนี้

๕.๑ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผู้รับบริจาคลงทะเบียนเพื่อบำบัดทดแทนไตด้วยวิธี ปลุกถ่ายไต

๕.๒ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนกรณีผู้รับบริจาคที่วินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย และข้อชี้บ่งการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลุกถ่ายไตโดยอายุรแพทย์โรคไต

๕.๓ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนการให้บริการในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ปลุกถ่ายไตที่สำนักงานกำหนดในแต่ละประเภทของผู้รับบริจาคและผู้รับบริจาค ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่าย ได้แก่ หลักฐานการให้บริการ รายงานผลการตรวจเอกซเรย์ บันทึกการทำหัตถการ และรายงาน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้ รายงานผลการตรวจ HLA SAB และ Panel reactive antibody ต้องเป็นรายงานผลที่เป็น official report

๕.๔ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนการให้บริการระหว่างผ่าตัดปลุกถ่ายไต สำหรับผู้รับบริจาค

๕.๔.๑ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีหลักฐานสนับสนุนข้อบ่งชี้ เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนดในการให้บริการในแต่ละ protocol ในกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมี ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัด ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๕.๔.๒ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนการให้บริการที่สำนักงานกำหนด ในแต่ละ protocol ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ได้แก่ หลักฐานการให้บริการ รายงานผลการตรวจ เอกซเรย์ รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกการทำหัตถการ คำสั่งแพทย์ในการส่งจ่ายยา กดภูมิคุ้มกัน และหลักฐานในการบริหารยากดภูมิคุ้มกัน

๕.๔.๓ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการ ultrasound guide renal biopsy และรายงานพยาธิผลการตรวจชิ้นเนื้อ ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๕.๔.๔ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการ และหลักฐานการใช้ อุปกรณ์ ได้แก่ บันทึกการทำหัตถการในการใช้ balloon/stent และสติ๊กเกอร์ของอุปกรณ์ กรณีรักษาการตีบ ของเส้นเลือดไต

๕.๕ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัด ปลุกถ่ายไต คำสั่งแพทย์ในการส่งจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจ ปัสสาวะ และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน ตามจำนวนเดือนที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๕.๖ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการกรณีที่มีภาวะสลัดไต ได้แก่ หลักฐาน การให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis work sheet) ตามที่ หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๖.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณะสุข

ตามหมวด ๑

๖.๒ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ
หลักฐานการให้บริการตามข้อ ๕

เอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

หนังสือแสดงการเรียนรู้เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและหรือญาติ
COUSSELLING AND SHARE DECISION MAKING CONSENT FORM

หน่วยบริการ รพ.....

ข้าพเจ้า (ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย) นาย/นาง/นางสาว.....

เบอร์โทรศัพท์ต่อ
.....

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับ การบำบัดทดแทนไต ตามกระบวนการ CKD clinic counselling และได้ร่วมขั้นตอน Sharing Decision Making 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. เริ่มกระบวนการให้ข้อมูลการบำบัดทดแทนไต
2. อธิบายแนะนำช่วยเหลือให้ข้อมูลเปรียบเทียบแต่ละวิธี
3. เปรียบเทียบ ข้อดี ข้อจำกัด วิธีบำบัดทดแทนไตแต่ละ Mode เทียบกับบริบทผู้ป่วยแต่ละราย
4. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย และญาติ ในการเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุด
5. ประเมินผลลัพธ์ในการตัดสินใจ และเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

วันที่เริ่ม กระบวนการ Share Decision Making

วันที่ ตัดสินใจเลือก วิธีการรักษา.....

วิธีบำบัดทดแทนไตที่เลือก

- 1. การผ่าตัดปลูกถ่ายไต
- 2. การล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่อง (CAPD)
- 3. การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)
- 4. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- 5. ไม่เหมาะสมทั้ง 4 ข้อ บำบัดทดแทนไตบางส่วน หรือรักษาตามอาการ

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล ดังกล่าว และมีความเข้าใจกระบวนการรักษา การบำบัดทดแทนไต โดยการลงนามนี้

ลายมือชื่อผู้ป่วย วัน-เดือน-ปี.....
(.....)

ลายมือชื่ออายุรแพทย์ วัน-เดือน-ปี.....
โรคไตผู้ให้ข้อมูล (.....)

ลายมือชื่อพยาบาล _____ วัน-เดือน-ปี _____
โรคไตผู้ให้ข้อมูล (_____)

หมายเหตุ : กระบวนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Sharing Decision Making)
หน่วยบริการสามารถใช้วิธีใดก็ได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้ครบ 5 ขั้นตอน เช่น Application / กระบวนการ
กลุ่ม หรืออื่นๆที่หน่วยบริการกำหนด

เอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนเครื่องล้างไตทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ

ปัจจุบันสำนักงานได้รับความร่วมมือจากบริษัทเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ UC-APD ในการสนับสนุนเครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติ APD (Automated Peritoneal Dialysis) ให้ผู้ป่วยยืมเครื่อง APD และบริษัทฯ ให้บริการซ่อมและเปลี่ยนเครื่องใหม่ทดแทนในกรณีเครื่องเดิมมีปัญหา ตลอดอายุการใช้งาน ดังนั้น เพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพและสามารถจัดหาเครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติให้เพียงพอต่อผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ทางสังคม ตามเกณฑ์ที่กำหนด และผู้ป่วยมีความประสงค์จะเลือกการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ จึงขอกำหนดขั้นตอนในการเบิกเครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติ (APD) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 หลังจากผู้ป่วยได้ตัดสินใจร่วมกับแพทย์ผู้ให้การรักษา ในการเลือกการรักษาด้วย APD แล้ว หน่วยบริการจะบันทึกข้อมูลการเบิกเครื่อง APD และน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD solution) ผ่านระบบ DMIS ภายใต้หัวข้อแสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการ UC-APD โดยมีการแจ้งความจำนงค์เบิกเครื่อง APD และน้ำยาล้างไต APD ล่วงหน้าก่อนผู้ป่วยจะเริ่มการรักษา APD อย่างน้อย 15 วันปฏิทิน (สำหรับผู้ป่วยใหม่ วันที่เริ่มการรักษาคือวันที่ผู้ป่วยวางสายล้างไตทางช่องท้อง (Techkhoff catheter) หรือสำหรับผู้ป่วยเดิมวันที่เริ่มการรักษาคือวันที่ผู้ป่วยจะเริ่มใช้เครื่อง APD)

ขั้นตอนที่ 2 หน่วยบริการติดต่อบริษัทที่เข้าร่วมโครงการ ถึงความต้องการใช้เครื่อง APD จากนั้นบริษัทฯ ทำการจัดหาและจัดส่งเครื่อง APD ให้กับหน่วยบริการหรือผู้ป่วย (ขึ้นกับการบริหารจัดการของหน่วยบริการ)

ขั้นตอนที่ 3 เมื่อหน่วยบริการได้รับเครื่อง APD คู่มือการใช้เครื่อง และอุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็น จึงเริ่มจัดการอบรมผู้ป่วยเรื่องการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ จากนั้นหน่วยบริการทำการบันทึกในระบบ เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยมีความรู้เพียงพอในการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติด้วยตนเอง และหน่วยบริการอนุญาตให้ผู้ป่วยนำเครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติกลับไปล้างไตด้วยตนเองที่บ้านได้

ในกรณีเครื่อง APD เสีย และต้องการเปลี่ยนเครื่องใหม่

ผู้ป่วยหรือหน่วยบริการ จะติดต่อบริษัทที่เข้าร่วมโครงการ ผ่านช่องทางการติดต่อที่บริษัทกำหนด และบริษัทฯ จะดำเนินการรับเครื่อง APD ที่เสียกลับ พร้อมกับส่งเครื่อง APD ใหม่ทดแทนเครื่องที่เสียให้กับหน่วยบริการหรือผู้ป่วย และบริษัทฯ แจ้งหน่วยบริการให้รับทราบหลังจากได้จัดส่งเครื่องใหม่ให้ผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว

ในกรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องหยุดการรักษาด้วย APD นานกว่า 1 เดือนขึ้นไป

หลังจากหน่วยบริการได้รับการติดต่อจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย และพบว่าเป็นกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องหยุดการรักษาด้วย APD นานกว่า 1 เดือนขึ้นไป เช่น ผู้ป่วยเปลี่ยนโหมดการรักษา ผู้ป่วยติดเชื้อเยื่อหุ้มทางช่องท้องและต้องพักการรักษานานกว่า 1 เดือน ผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นต้น หน่วยบริการจะดำเนินการติดต่อบริษัทที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อให้บริษัทฯ ดำเนินการรับเครื่อง APD กลับจากผู้ป่วย

บริษัทที่เข้าร่วมโครงการ จะต้องจัดทำรายงานการจัดส่งเครื่องลำไ้ทางช่องทางอัตโนมัติให้กับหน่วยบริการและสำนักงาน โดยทำการจัดส่งทุกๆ สัปดาห์ โดยรายงานดังกล่าว ประกอบด้วยข้อมูลดังนี้

1. ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย และที่อยู่ของผู้ป่วยที่ใช้ในการจัดส่งเครื่อง
2. ชื่อหน่วยบริการ
3. Serial number ของเครื่องที่จัดส่งให้ผู้ป่วย
4. สถานะเครื่อง เช่น เครื่องใหม่ หรือเครื่องทดแทน

เอกสารหมายเลข ๖ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

เกณฑ์ผลงานการล้างไตทางช่องท้องที่ใช้ในการจัดอันดับหน่วยบริการ

เกณฑ์ผลงานที่ใช้ในการจัดอันดับหน่วยบริการ เพื่อจ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตทางช่องท้อง (Quality Incentive Program) มีรายละเอียดดังนี้

เกณฑ์คุณภาพ ๕ ข้อ		วิธีคำนวณ	น้ำหนัก เกณฑ์ (a)	ผลงานจริง (b)	คะแนน สุทธิ (c)
๑	ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้ทำ KT	จำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรอ KT ในช่วง ๖ เดือนของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย ๖ เดือน ของหน่วยบริการนั้น	๒๕%	% ที่คำนวณได้จริง	$c = a \times b$
๒	ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin ≥ 3.5 g/dl	จำนวนผู้ป่วย PD ที่มีระดับ Serum Albumin ≥ 3.5 g/dl ในช่วง ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย ๖ เดือนของหน่วยบริการนั้น	๒๕%	% ที่คำนวณได้จริง	$c = a \times b$
๓	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา ๑๒ เดือน	One Year Patient Survival (Kaplan Meier Curve) ของหน่วยบริการนั้น ณ สิ้นเดือน มี.ค. ๖๖ หรือ ก.ย. ๖๖	๒๕%	% ที่คำนวณได้จริง	$c = a \times b$
๔	ร้อยละผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis free)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องในช่วง ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD เฉลี่ย ๖ เดือน ของหน่วยบริการนั้น	๒๕%	% ที่คำนวณได้จริง	$c = a \times b$

วิธีการจ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตทางช่องท้อง

จะคิดคะแนนรวม โดยคิดจาก ผลรวมเกณฑ์คุณภาพข้อ ๑ + ๒ + ๓ + ๔ = % คะแนนรวม จากนั้นจะนำ % คะแนนรวมของแต่ละหน่วยบริการ มาเรียงลำดับจากน้อยไปมาก หน่วยบริการที่มีคะแนนรวมมากที่สุด ๘๕ ลำดับแรก จะได้รับค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตทางช่องท้อง (Quality Incentive Program) ที่ ๕๐๐ บาท ต่อผู้ป่วยต่อเดือน

หมายเหตุ :

๑. ข้อมูล ณ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ มีจำนวนหน่วยบริการทั้งสิ้น ๒๘๒ หน่วยบริการ

คำนวณลำดับหน่วยบริการที่มีผลรวมเกณฑ์คุณภาพดีที่สุด ๓๐ % ของหน่วยบริการ ได้รับค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตทางช่องท้องที่ ๕๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน

๒. ช่วงเวลาในการคิดคำนวณผลงาน และการจ่าย เป็นดังนี้

๒.๑ รอบที่ ๑ : นำผลงานในช่วง ๖ เดือนแรกของปีงบประมาณ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง ๖ เดือนถัดมา

๒.๒ รอบที่ ๒ : นำผลงานในช่วง ๖ เดือนหลังของปีงบประมาณ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง ๖ เดือนถัดมา

๒.๓ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ เป็นปีแรกที่เริ่มต้นจ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตทางช่องท้อง ดังนั้นจะนำผลงานในช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ ถึงเดือน มีนาคม ๒๕๖๖ มาเพื่อเป็นเกณฑ์ในการจ่ายบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๖ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๖