

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม
ในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ (ฉบับที่ ๕)

พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข
ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๓๔ และข้อ ๓๔.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับ
มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๙/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๘
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๖๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น ๕.๙ ของข้อ ๕ แห่งประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม
ในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

“๕.๙ บริการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติคผ่านสายสวน ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๙
แนบท้ายประกาศนี้”

ข้อ ๔ ให้เพิ่มเอกสารหมายเลข ๙ แนบท้ายประกาศนี้ เป็นเอกสารหมายเลข ๙
แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ
พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๕ ให้เพิ่มเอกสารหมายเลข ๙.๑ ๙.๒ และ ๙.๓ แนบท้ายประกาศนี้ เป็นเอกสารหมายเลข ๙.๑ ๙.๒ และ ๙.๓ ของเอกสารหมายเลข ๙ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๙ แนวทำยประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

บริการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การให้บริการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.๑ หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ระดับที่ ๑ และมีศักยภาพทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน โดยมีรายชื่อตามเอกสารหมายเลข ๙.๑ แนวทำยประกาศนี้

๑.๒ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบอย่างรุนแรง ตามเอกสารหมายเลข ๙.๒ แนวทำยประกาศนี้

๑.๓ การให้บริการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน หน่วยบริการต้องดำเนินการขออนุมัติก่อนทำหัตถการ (Pre-authorization for TAVI) ตามเอกสารหมายเลข ๙.๓ แนวทำยประกาศนี้

ข้อ ๒ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีการให้บริการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน ให้เป็นไปตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

๒.๑ ค่าทำหัตถการกรณีบริการผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป

๒.๒ ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม จ่ายตามจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด ตามระบบคะแนนภายใต้การบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (Point system within Global budget) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

หมวด ๒

วิธีเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ การให้บริการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวนตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)มายังสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พร้อมกับแนบเอกสารผลการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน (TAVI procedural details and follow-up) ตามเอกสารหมายเลข ๙.๓ แนวทำยประกาศนี้ เพื่อประกอบการพิจารณา

ข้อ ๔ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การขออนุมัติก่อนให้บริการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน (Pre-authorization for TAVI) ตาม ๑.๓ ของข้อ ๑ สำนักงานจะแจ้งผลภายใน ๑๔ วัน และหน่วยบริการต้องทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวนภายใน ๙๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับอนุมัติ หากเกินระยะเวลาที่กำหนดจะต้องทำการขออนุมัติใหม่

กรณีที่ได้รับอนุมัติตามวรรคหนึ่งแล้วแต่ผู้รับบริการเสียชีวิตก่อนการทำหัตถการหรือมีกรณีที่มิเหตุจำเป็นอื่นที่ไม่อาจทำหัตถการได้ ให้หน่วยบริการแจ้งสำนักงานภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือวันที่ได้ทราบเหตุจำเป็น

ข้อ ๖ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

๖.๑ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

๖.๒ ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๗ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๖ สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

๗.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๗.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตาม ๗.๒ ของข้อ ๗ และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

๘.๑ ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๘.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ เนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีบริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๙ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามรายการ ดังต่อไปนี้

๙.๑ ตรวจพบเอกสารหลักฐานข้อมูลการอนุมัติก่อนทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน (Pre-authorization for TAVI) ตาม ๑.๓ ของข้อ ๑

๙.๒ ตรวจพบข้อมูลผลการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน (TAVI procedural details and follow-up) ตามข้อ ๓

๙.๓ ตรวจพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่สนับสนุนการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ตามที่กำหนดใน ๙.๑ ของข้อ ๙

๙.๔ ตรวจพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีบริการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน

๙.๕ ตรวจพบเอกสารหลักฐานการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียม ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

๙.๖ เกณฑ์ในการตรวจสอบกรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) ตรวจสอบตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยในตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

๙.๗ ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่เป็นผู้ป่วยในที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs)

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่าย ในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

๑๐.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

๑๐.๒ ไม่พบข้อมูลมาตรฐานประกอบการขอรับค่าใช้จ่าย หรือข้อมูลที่บันทึกไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่บันทึกในระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ หรือหลักฐานบริการที่พบจากการตรวจสอบ

๑๐.๓ คณะกรรมการอนุมัติก่อนการให้บริการ สำหรับการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน (Transcatheter Aortic Valve Implantation: TAVI) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สำนักงานแต่งตั้งพิจารณาเอกสารหลักฐานแล้วไม่เห็นชอบกับข้อบ่งชี้ที่หน่วยบริการให้บริการ หรือไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ตามแนวทางเวชปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านทางสายสวน

๑๐.๔ ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๙

กรณีการให้บริการตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) จะปฏิเสธการจ่ายหรือเรียกคืนค่าใช้จ่ายเฉพาะชุดอุปกรณ์สำหรับการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน

ข้อ ๑๑ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงและการให้บริการดังกล่าวเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามหมวด ๑ มาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการ กรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

เอกสารหมายเลข ๙.๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

รายชื่อหน่วยบริการที่ให้บริการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน

หน่วยบริการที่ให้บริการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน (TAVI) ได้แก่หน่วยบริการ
ดังต่อไปนี้

๑. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒. โรงพยาบาลลำปาง
๓. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
๔. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร
๕. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
๖. สถาบันโรคทรวงอก
๗. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
๘. โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)
๙. โรงพยาบาลพระปกเกล้า
๑๐. ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๑๑. โรงพยาบาลอุดรธานี
๑๒. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
๑๓. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
๑๔. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๑๕. โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
๑๖. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
๑๗. โรงพยาบาลยะลา
๑๘. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
๑๙. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
๒๐. โรงพยาบาลศิริราช
๒๑. โรงพยาบาลรามธิบดี
๒๒. โรงพยาบาลตำรวจ
๒๓. โรงพยาบาลราชวิถี
๒๔. โรงพยาบาลจุฬารัตน์

เอกสารหมายเลข ๙.๒ แนวท่ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อบ่งชี้ของผู้รับบริการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน

ผู้รับบริการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน ต้องเป็นผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ ดังต่อไปนี้

๑.๑ ต้องมีภาวะลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบอย่างรุนแรงที่มีอาการ (severe symptomatic aortic stenosis)

ซึ่งพิจารณา ๒ คุณลักษณะ ดังต่อไปนี้ร่วมกัน คือ

๑.๑.๑ พื้นที่เปิดของลิ้นหัวใจเอออร์ติก (Aortic valve area) น้อยกว่า ๑ ตารางเซนติเมตร

๑.๑.๒ ค่าความดันเฉลี่ยผ่านลิ้นหัวใจเอออร์ติก (Mean pressure gradient) มากกว่า ๔๐ มิลลิเมตรปรอท หรือความดันผ่านลิ้นหัวใจเอออร์ติกสูงสุด (Peak pressure gradient) มากกว่า ๖๔ มิลลิเมตรปรอท

๑.๒ เป็นผู้ที่มีอายุคาดหมายการมีชีวิต (Life expectancy) มากกว่า ๑ ปี ที่มีข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑.๒.๑ ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า ๘๐ ปี

๑.๒.๒ ค่าการประเมินความเสี่ยงการเสียชีวิตจากการผ่าตัดด้วยแบบจำลอง STS score มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๘ (STS score $\geq$ 8%)

๑.๒.๓ ผู้ป่วยได้รับการประเมินจากสหวิชาชีพด้านโรคหัวใจ (Heart team) ว่าไม่เหมาะสมต่อการผ่าตัดแบบเปิด (Inoperable) เช่น มีภาวะ Porcelain aorta, มีประวัติการฉายรังสีบริเวณทรวงอก, เคยได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) โดยที่หลอดเลือด LIMA-LAD ยังคงทำงานอยู่ ตลอดจนภาวะอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสมต่อการผ่าตัดแบบเปิด

หมายเหตุ กรณีที่ผลการตรวจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiography) ไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยภาวะลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบอย่างรุนแรงที่มีอาการที่กำหนดข้างต้น ให้หน่วยบริการส่งผลการตรวจและความเห็นของสหวิชาชีพด้านโรคหัวใจ (Heart team) ที่ยืนยันว่าผู้ป่วยมีภาวะลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบอย่างรุนแรงที่มีอาการ และผ่านเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยตามข้อ ๑.๒ ให้คณะทำงานพัฒนาและกำกับติดตามการให้บริการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวนที่สำนักงานแต่งตั้งพิจารณาเป็นรายกรณี

เอกสารหมายเลข ๙.๓ แนวท่ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค
สำหรับบริการรักษาโรคอื่น ๆ พ.ศ. ๒๕๖๖

แบบการขออนุมัติก่อนทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน
(Pre-authorization for TAVI)

การขออนุมัติก่อนให้บริการทำหัตถการใส่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านสายสวน ให้เป็นไปตามแบบ ดังต่อไปนี้

Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) Pre-authorization Form	
PART A: PATIENT DEMOGRAPHICS & HOSPITAL INFORMATION	
Hospital Name:	Request date:
Patient Name:	HN:
Patient Last name:	Age:
Requesting Physician:	Contact No:
Patient's underlying disease: ☐ HT ☐ Type 2 DM ☐ CKD stage ____ ☐ DLP ☐ CVA ☐ PAD ☐ Cancer	
PART B: CLINICAL ELIGIBILITY SCREENING	
Symptom Assessment: ☐ Symptomatic ☐ Angina ☐ Syncope	
☐ Heart failure NYHA FC ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV	
☐ Asymptomatic	
Life Expectancy: ☐ > 1 year with acceptable Quality of Life (QoL) ☐ < 1 year	
Note: If < 1 year, palliative care is recommended	

Baseline Lab, ECG and CAG				
Coronaries/grafts: ☐ LM ☐ LAD ☐ LCX ☐ RCA ☐ Grafts				
Assessed by: ☐ CCTA ☐ CATH				
Labs: Hb/Hct	Plt	INR	Cr	eGFR
ECG: Rhythm ☐ NSR ☐ AF ☐ Pace		PR interval msec	QRS msec	☐ LBBB ☐ RBBB

Echocardiographic findings		Date:	
AoVmax: ____ m/sec	MPG: ____ mmHg	AVA: ____ cm ²	DPI: ____
PPG: ____ mmHg	LVEF: ____ %	AVAi: ____ cm ² /m ²	Suicidal ventricle risk: ☐ Yes ☐ No
If LFLG (SVi ≤35 mL/m ²) ☐ AV calcium score: ____ AU or ☐ Dobutamine SE (LVEF <5 0%): AVA ≤ 1 cm ² ☐ Yes ☐ No			
AR grading: ☐ No ☐ trace/mild ☐ moderate ☐ severe			
Final Diagnosis: Severe AS ☐ Yes ☐ No ☐ Uncertain			

Surgical Risk Assessment:

- STS Score _____ % Euroscore II: _____ %
 - ☐ High/Prohibitive Risk (STS > 8%)
 - ☐ Intermediate Risk (STS 4% to 8%)
 - ☐ Low Risk (STS < 4%)
- Frailty Assessment (choose one):
 - Clinical Frailty Scale (Score 1-9): _____ (High/Severe if ≥ 6)
 - Katz Index: ☐ Independent ☐ Dependent
 - 5-Meter Walk Test: _____ seconds

PART C: ANATOMICAL & TECHNICAL SUITABILITY (CTA TAVI Protocol)

Computed Tomography Aortic Valve		Date:	
Aortic Valve Morphology: ☐ Trileaflet ☐ Bicuspid Type ☐ 0 ☐ 1 LR ☐ 1 RN ☐ 1 NL ☐ 2 LR,RN			
☐ Bioprosthetic Aortic valve Name: _____		Size: _____ mm	
Annulus Ø by P:	Ø by A:	Area:	Min: Max:
LVOT Ø by P:	Ø by A:	Area:	Min: Max:
SOV Ø: R/L/N	STJ Ø:	Height STJ:	LCA: RCA:
Calcification: LVOT - nil/ mild/ mod/ severe		Cusps: nil/ mild/ mod/ severe	
Aortic tortuosity / calcification: ☐ mild ☐ moderate ☐ severe		STJ: nil/ mild/ mod/ severe	
LV-Ao Angle: _____ °	Membranous septum: _____ mm	AV Ca score:	AV Ca volume:
Aortic Annulus/Valve Complex: ☐ Suitable ☐ Unsuitable			

Vascular access assessment			
CFA Right Ø: _____ mm	Ca+: _____	CFA Left Ø: _____ mm	Ca+: _____
EIA Right Ø: _____ mm	Ca+: _____	EIA Left Ø: _____ mm	Ca+: _____
CIA Right Ø: _____ mm	Ca+: _____	CIA Left Ø: _____ mm	Ca+: _____
Abdominal aorta Ø: _____ mm		Presence of thrombus ☐ Y ☐ N Dissection ☐ Y ☐ N Aneurysm ☐ Y ☐ N	

Access Route Planning:

- Transfemoral (TF) Suitability: ☐ Yes ☐ No (Challenging/Impossible)
 If No, specify alternative access
☐ Subclavian/axillary ☐ Direct Aortic ☐ Carotid ☐ Apical ☐ Transcaval

Anatomical Factors (CTA Findings):

- Porcelain Aorta: ☐ Yes ☐ No
- Patent CABG graft: ☐ Yes ☐ No
- Chest Wall Deformity / Post-Radiation: ☐ Yes ☐ No

PART D: CONCOMITANT CONDITIONS

- Severe Coronary Artery Disease (CAD) ☐ Yes ☐ No ☐ Non-significant
 If yes, ☐ Medical Rx ☐ Suitable for PCI ☐ Requires CABG
- Severe Primary Mitral Valve Disease ☐ Yes ☐ No
- Tricuspid Valve Disease ☐ Yes ☐ No
- Aneurysm of Ascending Aorta ☐ Yes ☐ No
- Degenerated Surgical Bioprosthetic Valve ☐ Yes ☐ No

PART E: MULTIDISCIPLINARY HEART VALVE TEAM DECISION

Mandatory Team Evaluation (Class I, Level C Recommendation):

- **Core Members Present:**

- ☐ Interventional Cardiologist
- ☐ CV Thoracic Surgeon
- ☐ Coordinator/Nurse
- ☐ Anesthesiologist
- ☐ Imaging Specialist/Radiologist

Final Recommendation:

- ☐ **TAVI (Preferred):** Due to age > 80, high risk, or specific anatomical factors (e.g., porcelain aorta).
- ☐ **SAVR (Preferred):** Due to age < 70, low risk, or concomitant surgical needs (e.g., CABG).
- ☐ **TAVI or SAVR Equivalent:** For patients 70-80 years old with intermediate risk.
- ☐ **TAVI (Preferred):** Due to exceptional criteria (identify).....
.....
- **Need balloon expandable valve: Due to**
- ☐ **Palliative Care:** Life expectancy < 1 year.

Interventional Cardiologist	Initial: _____	Signature: _____	Date: _____
CV Thoracic Surgeon	Initial: _____	Signature: _____	Date: _____

TAVI procedural details and follow-up									
Urgent /Elective		Suitable SDD: Y / N		Complexity score:		Consented []			
Name:				Age: yr		Date procedure:			
HN:				Allergies:					
Height: cm		BW: Kg		BMI: kg/m ²					
Anticoagulant:				Aspirin Required: Y / N		Given []			
PART F: Procedural details									
Operators : 1 st :		2 nd :		3 rd :		4 th :			
Valve type: BEV / SEV Brand:				Valve size: mm		BEV %OS:			
Main access: [] RFA [] LFA [] Other:				Sheath size: Fr		Ø at puncture: mm			
Secondary access (site/sheath size):				Comment:					
Pacing: [] On Wire		[] TPW		[] PPM		Details:			
BAV: Pre-dilatation [] No [] Yes, balloon size:				balloon type:					
Post-dilatation [] No [] Yes, balloon size:				balloon type:					
Total contrast volume: ml		Time puncture: (24 HRS)		Time close access:(24 HRS)		Total procedure time: min			
Haemodynamics:				Post procedure: TTE / TEE					
	Ao-P	MPG	LVEDP	AR	Paravalvular leak: [] No [] Yes mild/ mod/ severe				
Pre					ECG post-procedure				
Final					QRS msec	CHB Y / N	New LBBB Y / N		
Vascular closure device: [] No , if no, please provide reason [] open repair [] others _____ [] Yes with [] Proglide (n=) [] Angioseal (n=) [] Manta(n=)									
PART G: Intra-procedure complication [] No [] Yes									
Bail-out 2 nd device [] No [] Yes If yes, please provide details						Cardiac arrest [] No [] Yes			
Valve type: BEV / SEV Brand:				Valve size:		Causes of arrest: [] VT/ VF [] PEA			
Death Y / N		CVA Y / N if yes [] ischemic [] hemorrhage				MI Y / N		VARC-3 Bleeding [] No [] Yes 1/ 2/ 3/ 4	
Conversion to surgery [] No [] Yes If yes, please provide details. [] device dislodge [] severe PVL [] Ao ruptured [] Others _____									
PART H: Post-procedure complication until discharge									
Discharge date:				Status D/C: [] alive [] death		Date death:			
				Cause of death: [] cardiac death [] non-cardiac death					
Complication post-procedure till discharge: [] No [] Yes									
CVA: [] No [] Yes				MI: [] No [] Yes		AKI : [] No [] Yes			
Vascular complication: [] No [] Yes				VARC-3 Bleeding: [] No [] Yes 1/ 2/ 3/ 4		Valvular complication: [] No [] Yes			
Complication required surgery				[] No [] Yes Date surgery:					
CHB required PPM				[] No [] Yes Date implant PPM:					

Middle-term (1-30 days) to long-term (1 year) follow-up

หากไม่ส่งจะมีผลต่อการพิจารณาการทำหัตถการในปีถัดไป

PART K: Clinical follow-up 1-30 days				
Follow-up date:		Status: ☐ alive ☐ death		Date death:
		Cause of death: ☐ cardiac death ☐ non-cardiac death		
Complication since discharge to follow-up: ☐ No ☐ Yes				
CVA: ☐ No ☐ Yes		MI: ☐ No ☐ Yes		AKI: ☐ No ☐ Yes
Vascular complication: ☐ No ☐ Yes		VARC-3 Bleeding: ☐ No ☐ Yes 1/ 2/ 3/ 4		Valvular complication: ☐ No ☐ Yes
Complication required surgery		☐ No ☐ Yes Date surgery:		
CHB required PPM		☐ No ☐ Yes Date implant PPM:		
PART I: Echocardiographic Follow-up at 1 month Date:				
PPG:	MPG:	AVA: mm ²	DPI:	AR:
AoVmax:	LVEF: %	AVAi: mm ²	PVL: ☐ No ☐ Yes mild/ mod/ severe	
Other:				
PART J: Clinical follow-up 1 year				
Follow-up date:		Status: ☐ alive ☐ death		Date death:
		Cause of death: ☐ cardiac death ☐ non-cardiac death		
Complication since 30 days to 1 year: ☐ No ☐ Yes				
CVA: ☐ No ☐ Yes		MI: ☐ No ☐ Yes		AKI: ☐ No ☐ Yes
Vascular complication: ☐ No ☐ Yes		VARC-3 Bleeding: ☐ No ☐ Yes 1/ 2/ 3/ 4		Valvular complication: ☐ No ☐ Yes
Complication required surgery		☐ No ☐ Yes Date surgery:		
CHB required PPM		☐ No ☐ Yes Date implant PPM:		
PART K: Echocardiographic Follow-up at 1 year Date:				
PPG:	MPG:	AVA: mm ²	DPI:	AR:
AoVmax:	LVEF: %	AVAi: mm ²	PVL: ☐ No ☐ Yes mild/ mod/ severe	
Other:				