

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
พ.ศ. ๒๕๖๕

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๕๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๔ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๕”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้ป่วย” หมายความว่า ผู้รับบริการซึ่งมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

ข้อ ๔ ให้การบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง เป็นรายการบริการเพื่อการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ข้อ ๕ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง มีรายละเอียด ดังนี้

๕.๑ การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

๕.๓ การปลูกถ่ายไต ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๖ ให้การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังตามคู่มือ แนวทางปฏิบัติ ในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่ได้ดำเนินการมาก่อน ประกาศนี้ใช้บังคับให้ถือว่าเป็นการดำเนินการตามประกาศนี้ด้วย

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนวทำยประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๕
ลงวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) ประกอบด้วย การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis: APD) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.๑ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและได้รับคำปรึกษาจากหน่วยบริการ โดยผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต และได้รับการลงทะเบียนจากหน่วยบริการในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD)

๑.๒ หน่วยบริการให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่สามารถจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

ข้อ ๒ ในการจัดบริการ หน่วยบริการจะได้รับการสนับสนุนการจัดบริการ และการจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ สำนักงานจะจัดหาเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (APD) ให้กับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ จำเป็นต้องล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)

๒.๒ น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง ให้เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ดังนี้

๒.๒.๑ น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) จำนวน ๔ ถุงต่อวัน

๒.๒.๒ น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) จำนวน ๒ ถุงต่อวัน

กรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้น้ำยาเกินกว่าที่กำหนด ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม DMIS ระบุจำนวนถุงที่ใช้ต่อวัน

๒.๓ ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยใช้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง Hematocrit (Hct) ต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๘ สัปดาห์ โดยสำนักงานสนับสนุนผ่านระบบการจัดส่งยาขององค์การเภสัชกรรม (VMI) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา ดังนี้

๒.๓.๑ ผู้ป่วยรายใหม่เริ่มให้ยาเมื่อระดับ Hct < ๓๐ % (Hb < ๑๐ g/dl) ขนาด ๔,๐๐๐ unit จำนวน ๒ ขวดต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องจนเมื่อระดับ Hct ≥ ๓๓ % (Hb ≥ ๑๑ g/dl) จำนวน ๔,๐๐๐ unit จำนวน ๑ ขวดต่อสัปดาห์ และเมื่อ Hct ≥ ๓๖ % (Hb ≥ ๑๒ g/dl) ให้หยุดการให้ยา กรณีได้รับยาอย่างต่อเนื่องแล้วผู้ป่วยยังคงภาวะซีดอยู่ ให้สืบค้นสาเหตุที่แท้จริง

/๒.๓.๒ กรณีผู้ป่วย...

๒.๓.๒ กรณีผู้ป่วยล้างไตผ่านทางช่องท้องรายใหม่ ตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ สำนักงานจะสนับสนุนยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงที่อยู่ในบัญชีนวัตกรรม

๒.๔ สายล้างไตทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter) จ่ายผ่านระบบ VMI ให้แก่ผู้ป่วยรายใหม่และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน

๒.๕ ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อคนต่อเดือน ครอบคลุมการบริการ ดังนี้

๒.๕.๑ การตรวจประเมินสภาพร่างกาย การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา รวมทั้งการประสานให้หน่วยบริการปฐมภูมิลงเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษา

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

๒.๕.๓ การบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องกรณีการให้บริการผู้ป่วยนอกหรือค่ายาพื้นฐานและยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องโดยตรง

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD)มายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน (Standard data set) ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูลดังนี้

๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๔.๒ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางที่กำหนด

/ข้อ ๕ ...

ข้อ ๕ ในการจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีที่ตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะพิจารณาปรับลดอัตราจ่ายตามข้อเท็จจริงที่ตรวจสอบก็ได้

ข้อ ๖ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ได้แก่ คำสั่งของแพทย์ในการใช้ยา erythropoietin และผล Hct/Hb ทุก ๘ สัปดาห์

ข้อ ๗ สำนักงานจะกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ โดยสำนักงานจะดำเนินการดังนี้

๗.๑ ระดับ Hct < ๓๐% (Hb < ๑๐ g/dl) พบเบิกจ่าย Erythropoietin ๔,๐๐๐ unit ไม่เกิน ๒ ขวดต่อสัปดาห์

๗.๒ ระดับ Hct ≥ ๓๓% (Hb ≥ ๑๑ g/dl) พบเบิกจ่าย Erythropoietin ๔,๐๐๐ unit ไม่เกิน ๑ ขวดต่อสัปดาห์ และ Hct ≥ ๓๖ % (Hb ≥ ๑๒ g/dl) หยุดการให้ยา

๗.๓ กรณีผู้ป่วยล้างไตผ่านทางช่องท้องรายใหม่ ตั้งแต่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เป็นยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงที่อยู่ในบัญชีนวัตกรรม

เอกสารหมายเลข ๒ แนวทำยประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๕
ลงวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ต้องบำบัดทดแทนไตตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและได้รับคำปรึกษาจากหน่วยบริการ โดยผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตและได้รับการลงทะเบียนจากหน่วยบริการ ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD)

๑.๒ หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เฉพาะด้านฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่าย ตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๕๐๐ บาท ต่อครั้ง จำนวนไม่เกิน ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ โดยนับวันจันทร์เป็นวันแรก

สำนักงานจะจัดระบบให้หน่วยบริการขอรับการสนับสนุนตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer (High flux or low flux) และ Blood line และเข็ม โดยสำนักงานจะจ่ายค่าบริการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑,๓๐๐ บาทต่อครั้ง จำนวนไม่เกิน ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ โดยนับ วันจันทร์เป็นวันแรก

๒.๒ ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีผู้ป่วยที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จ่ายแบบ เหมาจ่ายในอัตรา ๔,๐๐๐ บาทต่อครั้ง จำนวนไม่เกิน ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ โดยนับวันจันทร์เป็นวันแรก

กรณีหน่วยบริการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่าจำนวน ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ให้หน่วยบริการขอทบทวนต่อสำนักงานได้เป็นรายกรณี

๒.๓ ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีผู้ป่วยติดเชื้อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

๒.๓.๑ ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) สำหรับบุคลากรที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จ่ายตามจริงไม่เกินชุดละ ๕๐๐ บาท ไม่เกิน ๒ ชุด ต่อผู้ป่วย ๑ รายต่อวัน

๒.๓.๒ ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย จากหน่วยบริการที่ไม่มีศักยภาพในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยสำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่จัดให้มีพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยและมีระบบการจัดซื้อ เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

๒.๓.๓ ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วย อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายของสำนักงาน

๒.๓.๔ ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๔๐๐ บาทต่อครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

๒.๔ ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ครอบคลุมค่าบริการ ดังนี้

๒.๔.๑ ค่าอุปกรณ์ ได้แก่ Dialyzer, Blood line, AVF needle, Bicarbonate dialysate, Anticoagulant

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

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

๒.๔.๔ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องทำไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง ยกเว้นกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก หรือกรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ กรณีพบว่ามีภาวะฉุกเฉิน : Cardiac Arrest หรือ มีค่า hemodynamic unstable) ให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเบิกค่ายา ค่าหัตถการเบื้องต้นที่หน่วยใช้ ก่อนนำส่งผู้ป่วย

๒.๕ สนับสนุนยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยใช้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง Hematocrit (Hct) ต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๔ สัปดาห์ โดยสำนักงานจะสนับสนุนผ่านระบบการจัดส่งยาขององค์การเภสัชกรรม (VMI) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา ดังนี้

๒.๕.๑ ผู้ป่วยรายใหม่เริ่มให้ยาเมื่อระดับ Hct < ๓๐ % (Hb < ๑๐ g/dl) ขนาด ๔,๐๐๐ unit จำนวน ๒ ขวดต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องจนเมื่อระดับ Hct ≥ ๓๓ % (Hb ≥ ๑๑ g/dl) จำนวน ๔,๐๐๐ unit จำนวน ๑ ขวดต่อสัปดาห์ และเมื่อ Hct ≥ ๓๖ % (Hb ≥ ๑๒ g/dl) ให้หยุดการให้ยา กรณีได้รับยาอย่างต่อเนื่องแล้วผู้ป่วยยังคงภาวะซีดอยู่ ให้สืบค้นสาเหตุที่แท้จริง

๒.๕.๒ กรณีผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ สำนักงานจะสนับสนุนยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงที่อยู่ในบัญชีนวัตกรรม

๒.๖ ค่าบริการสำหรับการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) แบ่งเป็น ๔ ประเภทดังนี้

๒.๖.๑ Tunnel cuffed catheter) มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วย ที่ไม่สามารถทำ AVF หรือ AVG จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาท รวมค่าสายและค่าใส่สาย

๒.๖.๒ Arteriovenous Fistula (AVF)) มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องทำ AVF ใหม่ จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา ๘,๐๐๐ บาท รวมค่าผ่าตัด ค่าห้องผ่าตัดและค่าห้องปฏิบัติการ

๒.๖.๓ Arteriovenous Graft (AVG) มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องทำ AVG ใหม่ โดยเริ่มทำ AVF เป็นอันดับแรก หรือในกรณีที่ไม่สามารถทำ AVF ได้ จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา ๘,๐๐๐ บาท รวมค่าผ่าตัด ค่าห้องผ่าตัด ค่าห้องปฏิบัติการและค่า graft (ค่า graft ไม่เกิน ๑๔,๐๐๐ บาท)

๒.๖.๔ Temporarydoublelumencatheter สำหรับผู้ป่วยที่รอใช้ AVF หรือ AVG จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา ๕,๐๐๐ บาท รวมค่าสายและค่าใส่สาย

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD) ยกเว้นกรณี Vascular Access บันทึกผ่านระบบโปรแกรมอีเคลม (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน (Standard data set) ตามเอกสารแนบ หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานเอกสารการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูลดังนี้

๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๕.๒ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางที่กำหนด

/ข้อ ๖ ในการจ่าย...

ข้อ ๖ ในการจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีที่ต้องตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะพิจารณาปรับลดอัตราจ่ายตามข้อเท็จจริงที่ตรวจสอบก็ได้

ข้อ ๗ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานดังนี้

๗.๑ เอกสารหลักฐานการให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ได้แก่ คำสั่งของแพทย์ในการใช้ยา erythropoietin และผล Hct/Hb

๗.๒ เอกสารหลักฐานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่บันทึกใน Hemodialysis sheet และหรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๘ สำนักงานจะกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ หรือข้อมูล การให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ โดยสำนักงานจะดำเนินการดังนี้

๘.๑ พบเอกสารหลักฐานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง ยกเว้น กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก หรือกรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ ต้องมีบันทึกเหตุผลความจำเป็นไว้ในเวชระเบียน

๘.๒ พบหลักฐานการให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) โดยใช้ระดับ Hct/Hb ต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๔ สัปดาห์ โดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ดังนี้

๘.๒.๑ ระดับ Hct < ๓๐% (Hb < ๑๐ g/dl) เบิกจ่าย Erythropoietin ๔,๐๐๐ unit เบิกจ่าย Erythropoietin ๔,๐๐๐ unit ไม่เกิน ๒ ขวดต่อสัปดาห์

๘.๒.๒ ระดับ Hct $\geq$ ๓๓% (Hb $>$ ๑๑ g/dl) เบิกจ่าย Erythropoietin ๔,๐๐๐ unit ไม่เกิน ๑ ขวดต่อสัปดาห์ และ Hct $\geq$ ๓๖ % (Hb $\geq$ ๑๒ g/dl) หยุดการให้ยา

๘.๒.๓ กรณีผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ตั้งแต่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เป็นยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงที่อยู่ในบัญชีนวัตกรรม

เอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๕
ลงวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

หมวด ๑
หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการปลูกถ่ายไตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและได้รับคำปรึกษาจากหน่วยบริการโดยผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต และได้รับการลงทะเบียนจากหน่วยบริการในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD)

๑.๒ หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไตโดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังนี้

๒.๑ ค่าบริการในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไต

๒.๑.๑ ผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor)

(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

บาทต่อครั้ง ดังนี้

(ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

(ค) ค่าผ่าตัด

(ง) ค่าห้องและค่าอาหาร

(จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

/๒.๑.๒ ผู้บริจาค...

๒.๑.๒ ผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor) ค่าเตรียมและผ่าตัดจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ต่อไต ๑ ข้าง ดังนี้

- (๑) ค่าดูแล Donor
- (๒) ค่าผ่าตัด
- (๓) ค่าน้ำยาถอนอวัยวะ
- (๔) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- (๕) ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค

๒.๑.๓ ผู้รับบริจาค (Recipient) จากผู้บริจาคที่มีชีวิต

(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) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒,๐๐๐ บาทต่อปีงบประมาณ

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

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

๒.๑.๔ ผู้รับบริจาค (Recipient) จากผู้บริจาคสมองตาย

(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) 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

- (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) ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ 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
- (ณ) 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

/(ข) 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 สำนักงานจะเบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบ DRG และ เบิกค่าอุปกรณ์ (Balloon + Stent) ในระบบของสำนักงาน รายการอุปกรณ์ รหัส ๔๘๐๑ - ๔๘๐๔

๒.๓ ค่ายากดภูมิภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยครอบคลุมการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันด้วยโดยค่าบริการแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต 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 ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD) มายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน (Standard data set) ตามเอกสารแนบ หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน (Application Programming Interface : API) หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๔ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูลดังนี้

๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข

๔.๒ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางที่กำหนด

ข้อ ๕ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ดังนี้

๕.๑ เอกสารหลักฐานผู้รับบริจาคลงทะเบียนเพื่อบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไต

๕.๒ เอกสารหลักฐานเวชระเบียนกรณีผู้รับบริจาคที่วินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และข้อชี้บ่งการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตโดยอายุรแพทย์โรคไตเพื่อเตรียมการผ่าตัด ดังนี้

๕.๒.๑ กรณีผู้บริจาคมีชีวิต เอกสารหลักฐานเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

(๑) เอกสารหลักฐานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน ผลตรวจทางเนื้อเยื่อ HLA ผลอ่านเอกซเรย์ที่เป็นทางการ (Official report)

(๒) เอกสารหลักฐาน Panel reactivity antibody ที่เป็นทางการ (Official report) ดังนี้

(ก) ผลตรวจ screening ด้วยวิธี Single Antigen Sead (SAB)

(ข) ผลตรวจ SAB class ๑ ในกรณี screening ผลเป็นบวก

(ค) ผลตรวจ SAB class ๒ ในกรณี SAB class ๒ ผลเป็นบวก

๕.๒.๒ กรณีผู้บริจาคสมอตาย ได้แก่ เอกสารหลักฐานผลตรวจ PRA เป็นทางการ (Official report)

๕.๓ เอกสารหลักฐานเวชระเบียนของผู้รับบริจาคผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มีข้อชี้บ่งการเลือกแผนการรักษา (Protocol) ตามแต่ละ Protocol (I, II, III, IV) ที่ให้บริการ เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

๕.๔ เอกสารหลักฐานเวชระเบียนของผู้รับบริจาคผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มีข้อชี้บ่งการเลือกแผนการรักษา (Protocol) ตามแต่ละ Protocol ACR: Acute Cellular Rejection (A, B) หรือ Protocol AMR: Refractory Antibody Mediated Rejection (A, B) หรือ Protocol DGF: Delayed Graft Function (A, B, C) ที่ให้บริการ เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

๕.๕ เอกสารหลักฐานการให้ยากดภูมิคุ้มกัน (Kidney transplantation immunosuppressive drug: KTI) เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

๕.๖ เอกสารหลักฐานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจปัสสาวะ ผลตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันที่เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไต ในระหว่างให้ยากดภูมิคุ้มกันตาม Protocol ที่กำหนด

๕.๗ เอกสารหลักฐานคำสั่งของแพทย์ในการใช้ยา erythropoietin ที่สอดคล้องกับระดับ HCT ตามที่สำนักงานกำหนด

๕.๘ เอกสารหลักฐานการทำและผลตรวจ Ultrasound guide renal biopsy ตาม Protocol ที่กำหนด

๕.๙ เอกสารหลักฐานกรณีที่ทำหัตถการ double lumen catheter ตาม Protocol ที่กำหนด

๕.๑๐ เอกสารหลักฐานกรณีที่ทำหัตถการ Acute hemodialysis ตาม Protocol ที่กำหนด

๕.๑๑ เอกสารหลักฐานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นทางการ (Official report) กรณีเตรียมผ่าตัดผู้บริจาคสมอตาย (Deceased donor)

๕.๑๒ เอกสารหลักฐานข้ออุปกรณ์ รหัสอุปกรณ์ (Balloon + Stent) และหรือ สติ๊กเกอร์ กรณีรักษาการตีบของเส้นเลือดไต

ข้อ ๖ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ หรือข้อมูล การให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ โดยสำนักงานจะดำเนินการดังนี้

๖.๑ พบเอกสารหลักฐานผู้รับบริจาคลงทะเบียนเพื่อบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไต

๖.๒ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนกรณีผู้รับบริจาคที่วินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้าย โรคร่วม และข้อชี้บ่งการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตโดยอายุรแพทย์โรคไตเพื่อเตรียมการผ่าตัด ดังนี้

๖.๒.๑ กรณีผู้บริจาคมีชีวิต เอกสารหลักฐานเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

(๑) พบเอกสารหลักฐานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน ผลตรวจ ทางเนื้อเยื่อ HLA ผลอ่านเอกซเรย์ที่เป็นทางการ (Official report)

(๒) พบเอกสารหลักฐาน Panel reactivity antibody ที่เป็นทางการ (Official report) ดังนี้

(ก) ผลตรวจ screening ด้วยวิธี Single Antigen Sead (SAB)

(ข) ผลตรวจ SAB class 1 ในกรณี screening ผลเป็นบวก

(ค) ผลตรวจ SAB class 2 ในกรณี SAB class 2 ผลเป็นบวก

๖.๒.๒ กรณีผู้บริจาคสมอตาย พบเอกสารหลักฐานผลตรวจ PRA ที่เป็นทางการ (Official report)

๖.๓ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนของผู้รับบริจาคผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด มีข้อชี้บ่งการเลือกแผนการรักษา (Protocol) ตามแต่ละ Protocol (I, II, III, IV) ที่ให้บริการ เป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ที่สำนักงานกำหนด

๖.๔ พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนของผู้รับบริจาคผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่มีภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด มีข้อชี้บ่งการเลือกแผนการรักษา (Protocol) ตามแต่ละ Protocol ACR: Acute Cellular Rejection (A, B) หรือ Protocol AMR: Refractory Antibody Mediated Rejection (A, B) หรือ Protocol DGF: Delayed Graft Function (A, B, C) ที่ให้บริการ เป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะ แห่งประเทศไทย ที่สำนักงานกำหนด

๖.๕ พบเอกสารหลักฐานการให้ยากดภูมิคุ้มกัน (Kidney transplantation immunosuppressive drug: KTI) เป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ที่สำนักงานกำหนด

๖.๖ ในระหว่างให้ยากดภูมิคุ้มกันพบเอกสารหลักฐานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจปัสสาวะ ผลตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันที่เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไต ตาม Protocol ที่กำหนด

๖.๗ พบเอกสารหลักฐานคำสั่งของแพทย์ในการใช้ยา erythropoietin ที่สอดคล้องกับระดับ HCT ตามที่สำนักงานกำหนด

๖.๘ พบเอกสารหลักฐานการทำและผลตรวจ Ultrasound guide renal biopsy ตาม Protocol ที่กำหนด

๖.๙ พบเอกสารหลักฐานกรณีที่ทำหัตถการ double lumen catheter ตาม Protocol ที่กำหนด

๖.๑๐ พบเอกสารหลักฐานกรณีที่ทำหัตถการ Acute hemodialysis ตาม Protocol ที่กำหนด

๖.๑๑ กรณีเตรียมผ่าตัดผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor) พบเอกสารหลักฐานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นทางการ (Official report) ที่เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไต

๖.๑๒ กรณีรักษาการตีบของเส้นเลือดไต พบเอกสารหลักฐานชื้ออุปกรณ์ รหัสอุปกรณ์ (Balloon + Stent) และหรือ สติ๊กเกอร์

โครงสร้างชุดข้อมูล

๑. โครงสร้างชุดข้อมูล กรณีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ประกอบด้วย

๑.๑ เพิ่มข้อมูล ทะเบียน CAPD ราย Transaction (REGISTER_NUMBER)

๑.๒ เพิ่มข้อมูล ผลการผ่าตัดวางสาย TK ราย Transaction (REGISTER_NUMBER + SURGERY_DATE)

๑.๓ เพิ่มข้อมูล ติดตามการรักษา CAPD ราย Transaction FU (REGISTER_NUMBER + HCODE + FU_DATE)

๑.๔ เพิ่มข้อมูล LAB การรักษา CAPD ราย Transaction FU (REGISTER_NUMBER + HCODE + FU_DATE)

๑.๕ เพิ่มข้อมูล รายงานการใช้น้ำยาล้างไต ราย Transaction FU (REGISTER_NUMBER + HCODE + FU_DATE) : ใน Transaction มี Type of Dialysate ได้มากกว่า ๑ records

๑.๖ เพิ่มข้อมูล Main Complication การรักษา CAPD ราย Transaction FU (REGISTER_NUMBER + HCODE + FU_DATE) : ใน Transaction มี Main Complication ได้มากกว่า 1 records

๑.๗ เพิ่มข้อมูล การจ่ายยา Epo. CAPD ราย Transaction EPO (REGISTER_NUMBER + HCODE + EPO_DATE + EPO_PRODUCTID)

๑.๘ เพิ่มข้อมูล สั่งน้ำยาล้างไตและอุปกรณ์ ราย Transaction (REGISTER_NUMBER + HCODE + DUE_DATE + CONFIRM_TO + PRODUCT_ID)

๑.๙ เพิ่มข้อมูล Refer ไปทำ TempHD ราย Transaction (REGISTER_NUMBER + HCODE + REFERTO_DATE)

๑.๑๐ เพิ่มข้อมูล TempHD ราย Transaction (REGISTER_NUMBER + HCODE + HD_DATE) เพิ่มข้อมูล ประวัติการรักษาไตวายเรื้อรัง ใน Mode ต่าง ๆ ราย Transaction (CID) ทุก Mode การรักษา

๒. โครงสร้างชุดข้อมูล การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วย

๒.๑ เพิ่มข้อมูล ทะเบียน HD ราย Transaction (REGISTER_NUMBER)

๒.๒ เพิ่มข้อมูล เหตุผลที่ลงทะเบียนรักษา HD ราย Transaction (REGISTER_NUMBER + REGISTER_DATE)

๒.๓ เพิ่มข้อมูล Refer ไปฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ราย Transaction (REGISTER_NUMBER + HCODE + REFERTO_DATE)

๒.๔ เพิ่มข้อมูล การทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ราย Transaction (REGISTER_NUMBER + HCODE + HD_DATE)

๒.๕ เพิ่มข้อมูล ข้อมูลจ่ายยา Epo. HD ราย Transaction EPO (REGISTER_NUMBER + HCODE + HD_DATE + EPO_PRODUCTID)

/๒.๖ เพิ่มข้อมูล...

๒.๖ เพิ่มข้อมูล LAB OPD ผู้ป่วยสิทธิ LGO รพ.รัฐ ราย Transaction EPO (REGISTER_NUMBER + HCODE + HD_DATE)

๒.๗ เพิ่มข้อมูล LAB OPD ผู้ป่วยสิทธิ LGO รพ.เอกชน ราย Transaction EPO (REGISTER_NUMBER + HCODE + HD_DATE + CSCODE)

๓. โครงสร้างชุดข้อมูล กรณีการปลูกถ่ายไตประกอบด้วย

๓.๑ เพิ่มข้อมูล ทะเบียนคิว ผ่าตัดปลูกถ่ายไต ราย Transaction (REGISTER_NUMBER)

๓.๒ เพิ่มข้อมูล ทะเบียนผ่าตัดปลูกถ่ายไต ราย Transaction (REGISTER_NUMBER + SURGERY_DATE)

๓.๓ เพิ่มข้อมูล เบิกค่าใช้จ่ายระหว่างรอผ่าตัดปลูกถ่ายไต ราย Transaction (REGISTER_NUMBER + HCODE + SERVICE_DATE)

๓.๔ เพิ่มข้อมูล เบิกค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัดปลูกถ่ายไต ราย Transaction (REGISTER_NUMBER + HCODE + RECIENT_ADMIT_DATE)

๓.๕ เพิ่มข้อมูล เบิกค่าใช้จ่ายมีภาวะแทรกซ้อนจากผ่าตัดปลูกถ่ายไต ราย Transaction (REGISTER_NUMBER + HCODE + SURGERY_DATE + ADMIT_DATE)

๓.๖ เพิ่มข้อมูล เบิก Immunosuppressive drug ราย Transaction (REGISTER_NUMBER + HCODE + SURGERY_DATE + IMMUNOSUPPRESSIVE_DATE)
