

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๕๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้ป่วย” หมายความว่า ผู้รับบริการซึ่งมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และได้รับการลงทะเบียนในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

“กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต” หมายความว่า กระบวนการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเรื่องการบำบัดทดแทนไตจากหน่วยบริการ และผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตร่วมกับแพทย์และพยาบาลของหน่วยบริการโดยต้องเป็นไปตามหนังสือแสดงการเรียนรู้เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและหรือญาติแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ประกอบด้วยรายการบริการ ดังต่อไปนี้

๕.๑ การล้างไตผ่านทางช่องท้อง

๕.๒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

๕.๓ การปลูกถ่ายไต

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

การล้างไตผ่านทางช่องท้อง

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ซึ่งเป็นบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๗.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบการรักษาบำบัดทดแทนไต ซึ่งได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต ตามแนวทางของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต

๗.๒ ให้มีการคัดกรองลักษณะผู้ป่วยที่ควรได้รับการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวม ชนิดประคับประคอง โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโรคไตเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

๗.๒.๑ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปี

๗.๒.๒ มีสิ่งตรวจพบซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร อย่างน้อย ๒ ใน ๔ ข้อ ต่อไปนี้

(๑) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ” เมื่อตั้งคำถามและตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะไม่แปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในปีหน้า” เพื่อคาดคะเนโอกาสของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง ๖ - ๑๒ เดือนข้างหน้า

(๒) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน

(๓) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า ๔๐

(๔) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัม น้อยกว่า ๒.๕ ก./ดล.) ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้

๗.๓ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่สามารถจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

ข้อ ๘ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราอย่างใดอย่างหนึ่ง ปีละ ๑ ครั้ง ดังต่อไปนี้

๘.๑ หน่วยบริการขอรับการสนับสนุนน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ผ่านระบบ VMI

๘.๑.๑ การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

(๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน ๔ ถุงต่อวัน
(๒) จุกปิดกันเชื้อ
(๓) สายล้างไตทางช่องท้อง จ่ายผ่านระบบ VMI ให้แก่ผู้ป่วยรายใหม่ และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน

(๔) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไต

๘.๑.๒ การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ

(๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ จำนวน ๒ ถุงต่อวัน

(๒) จุกปิดกันเชื้อ

(๓) ตลับสาย

(๔) สายล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายผ่านระบบ VMI ให้แก่ผู้ป่วยรายใหม่และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน

(๕) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ

(๖) สำนักงานจัดหาเครื่องล้างไตอัตโนมัติให้กับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ โดยเป็นไปตามขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ แนบท้ายประกาศนี้

๘.๑.๓ กรณีการล้างไตผ่านทางช่องท้องตาม ๘.๑.๑ และ ๘.๑.๒ ที่มีความจำเป็นต้องใช้น้ำยาเกินกว่าที่กำหนด ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด โดยระบุจำนวนถุงที่ใช้ต่อวัน

๘.๒ หน่วยบริการขอรับค่าบริการครอบคลุมค่าน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์

๘.๒.๑ ค่าบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่อง สำนักงานจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน ครอบคลุมค่ายา เวชภัณฑ์ และบริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ดังต่อไปนี้

(๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่องขนาด ๒ ลิตรหรือ ๒.๕ ลิตร ต่อถุง

(๒) จุกปิดกันเชื้อ

(๓) สายล้างไตทางช่องท้อง

(๔) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไต

(๕) บริการจัดส่งน้ำยาล้างไตและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องถึงบ้านผู้ป่วย

๘.๒.๒ ค่าบริการการล้างไตผ่านช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ สำนักงานจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๘,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน ครอบคลุมค่ายา เวชภัณฑ์ และบริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ดังต่อไปนี้

(๑) น้ำยาล้างไตทางช่องท้องที่ใช้กับเครื่องอัตโนมัติ ขนาด ๕ ลิตร หรือ ๖ ลิตรต่อถุง

(๒) จุกปิดกันเชื้อ

(๓) ตลับสาย

(๔) เครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติ

(๕) สายล้างไตทางช่องท้อง

(๖) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ

(๗) บริการจัดส่งน้ำยาล้างไต อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง และเครื่องล้างไต

ทางช่องท้องอัตโนมัติถึงบ้านผู้ป่วย

ข้อ ๙ ค่าบริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง สำนักงานจ่ายแบบเหมาจ่ายค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ในอัตรา ๑๘๐ บาทต่อขนาด ๔,๐๐๐ unit ให้กับหน่วยบริการตามความจำเป็น และข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และใช้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อย ทุก ๘ สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา โดยเริ่มให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง เมื่อระดับ Hct < ๓๐% ขนาด ๔,๐๐๐ unit จำนวน ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ จนกระทั่งระดับ Hct เพิ่มขึ้น \geq ๓๓% จึงลดลงเหลือ ๔,๐๐๐ unit ต่อสัปดาห์ และหยุดให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง เมื่อ Hct \geq ๓๖% กรณีได้รับยาอย่างต่อเนื่องแล้วผู้ป่วยยังคงมีภาวะซีด ให้สืบค้นสาเหตุที่แท้จริงตามแนวทางการรักษาหรือคู่มือของสมาคมโรคไต

ข้อ ๑๐ ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องครอบคลุมทั้งการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ สำนักงานจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน ครอบคลุมค่าบริการ ดังต่อไปนี้

๑๐.๑ การตรวจประเมินสภาพร่างกาย การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา รวมทั้งการประสานให้หน่วยบริการปฐมภูมิลงเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษา

๑๐.๒ ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด ได้แก่ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ตรวจการทำงานของไต (BUN, Creatinine, Electrolyte) ตรวจความพอเพียงของการล้างไตผ่านทางช่องท้องและหรือการตรวจประสิทธิภาพของเยื่อช่องท้อง การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ

๑๐.๓ การบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องกรณีการให้บริการผู้ป่วยนอกหรือค่ายาพื้นฐาน และยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องโดยตรง

ข้อ ๑๑ ค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้องเพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับหน่วยบริการในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการรักษาล้างไตผ่านทางช่องท้อง จะมีการจัดลำดับหน่วยบริการจากผลงานการล้างไตตามเกณฑ์ที่กำหนดจากมากไปน้อย ดังต่อไปนี้

๑๑.๑ หน่วยบริการที่มีคะแนนรวมเกณฑ์คุณภาพมากที่สุด ๘๕ ลำดับแรก สำนักงานจะจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมจากค่าบริการตาม ๘.๒.๑ ๘.๒.๒ และข้อ ๑๐ แบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน โดยประเมินตามเกณฑ์ผลงานการล้างไตผ่านทางช่องท้องที่ใช้ในการจัดอันดับหน่วยบริการ แนบท้ายประกาศนี้

๑๑.๒ รอบเวลาในการคิดคำนวณผลงานและรอบการจ่าย เป็นดังต่อไปนี้

รอบที่ ๑ นำผลงานในช่วง ๖ เดือนแรกของปีงบประมาณ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง ๖ เดือนถัดมา

รอบที่ ๒ นำผลงานในช่วง ๖ เดือนหลังของปีงบประมาณ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง ๖ เดือนถัดมา

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๒ การให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๓ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๔ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ เป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

๑๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๑๔.๒ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวน เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๕ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบเอกสาร หลักฐานการให้บริการ หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑๕.๑ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานสนับสนุนและการบันทึกของแพทย์ในการ วินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และกรณีผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปีมีหลักฐาน การคัดกรองลักษณะของผู้ป่วยตามข้อ ๗.๒

๑๕.๒ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการบันทึกของแพทย์ในการให้บริการ รวมทั้ง คำสั่งในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายค่าบริการครอบคลุมค่าน้ำยาล้างไตทางช่องท้องและอุปกรณ์ จะต้องพบการส่งจ่ายน้ำยา และอุปกรณ์ต่าง ๆ ครบถ้วนตามที่สำนักงานกำหนด

๑๕.๓ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามที่สำนักงานกำหนดในกรณีที่ขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องครอบคลุมทั้งการล้างไต ผ่านทางช่องท้องต่อเนื่อง และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ สำนักงานจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน

๑๕.๔ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้แก่ คำสั่งแพทย์ในการสั่งยา หลักฐานการบริหารยา และฉลากของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ซึ่งต้องมีครบตามจำนวน vial ที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนของยากระตุ้นการสร้าง เม็ดเลือดแดงต่อสัปดาห์ที่ขอเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ของระดับ Hct/Hb ที่สำนักงาน กำหนด

๑๕.๕ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลงานการให้บริการตามเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการ ส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

ข้อ ๑๖ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๑๖.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวด ๑

๑๖.๒ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๑๕

ข้อ ๑๗ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๒

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑๘.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบการรักษาบำบัดทดแทนไต ซึ่งได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต

๑๘.๒ ให้มีการคัดกรองลักษณะผู้ป่วยที่ควรได้รับการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโรคไตเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

๑๘.๒.๑ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปี

๑๘.๒.๒ มีสิ่งตรวจพบซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร อย่างน้อย ๒ ใน ๔ ข้อ ต่อไปนี้

(๑) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ” เมื่อตั้งคำถามและตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะไม่แปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในปีหน้า” เพื่อคาดคะเนโอกาสของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง ๖ - ๑๒ เดือนข้างหน้า

- (๒) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน
- (๓) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า ๔๐
- (๔) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัม น้อยกว่า ๒.๕ ก./ดล.) ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้

๑๘.๓ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ยกเว้นการบริการ vascular access เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพ ในการให้บริการ และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ <http://cpp.nhso.go.th/CPP/>

ข้อ ๑๙ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

๑๙.๑ จ่ายค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๑๘๐ บาท ต่อขนาด ๔,๐๐๐ unit ให้กับหน่วยบริการตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และใช้ระดับ ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๘ สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา โดยเริ่มให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงเมื่อระดับ Hct < ๓๐% โดยให้ขนาด ๔,๐๐๐ unit จำนวน ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ จนกระทั่งระดับ Hct เพิ่มขึ้น \geq ๓๓% จึงลดลงเหลือ ๔,๐๐๐ unit ต่อสัปดาห์ และหยุดให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงเมื่อ Hct \geq ๓๖% กรณีได้รับยาอย่างต่อเนื่อง แล้วผู้ป่วยยังคงมีภาวะซีด ให้สืบค้นสาเหตุที่แท้จริงตามแนวทางการรักษาหรือคู่มือของสมาคมโรคไต

๑๙.๒ ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จ่ายในอัตรา ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่า ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ให้หน่วยบริการแจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงาน เพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายการณี โดยค่าบริการดังกล่าวรวมค่าอุปกรณ์ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้

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

๑๙.๒.๒ ยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่แพทย์สั่งระหว่างการทำฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ Glucose, Analgesic, Antihistamine และ Tranquilizer drug น้ำเกลือ ยาลดความดันโลหิต

๑๙.๒.๓ ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง กับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, Electrolytes, Calcium, Phosphate, Albumin, KT/V, URR, HBsAg, HBsAb, Anti HCV, EKG, Chest X-ray Iron Study PTH และค่าตรวจประสิทธิภาพของเส้นฟอกเลือด

๑๙.๓ ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยที่มีโอกาสแพร่เชื้อสูง หน่วยบริการสามารถเลือกรับค่าใช้จ่ายสำหรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่งปีละ ๑ ครั้ง โดยสำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามอัตรา ดังต่อไปนี้

๑๙.๓.๑ กรณีหน่วยบริการจัดหาชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer จะได้รับค่าบริการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ในอัตรา ๔,๐๐๐ บาทต่อครั้ง และสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคและหรือติดเชื้อโควิด 19 ในอัตรา ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง ตามรายการและเงื่อนไขในข้อ ๑๙.๒

๑๙.๓.๒ กรณีหน่วยบริการขอรับการสนับสนุนชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer จากสำนักงาน จะได้รับค่าบริการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีในอัตรา ๓,๘๐๐ บาทต่อครั้ง และสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคและหรือติดเชื้อโควิด 19 ในอัตรา ๑,๓๐๐ บาทต่อครั้ง ตามรายการและเงื่อนไขในข้อ ๑๖.๒

๑๙.๓.๓ กรณีอื่น ๆ ที่หน่วยบริการต้องการรับการสนับสนุนชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer ในผู้ป่วยฟอกเลือดที่ไม่มีโรคติดเชื้อเอชไอวี และหรือวัณโรค และหรือโควิด 19 ให้หน่วยบริการแจ้งความจำเป็นที่สำนักงาน เพื่อให้สำนักงานพิจารณาการสนับสนุนตามความเหมาะสมต่อไป

ชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer ตาม ๑๙.๓.๑ ๑๙.๓.๒ และ ๑๙.๓.๓ ๑ ชุดประกอบด้วย ตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer ๑ ชิ้น Blood line ๑ ชิ้น และ AVF needle ๒ ชิ้น ต่อการฟอกเลือดหนึ่งครั้ง โดยสนับสนุนตามจำนวนครั้งของการฟอกเลือดจริง โดยสำนักงานสนับสนุนผ่านระบบการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรม (ระบบ VMI)

๑๙.๔ สำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อโควิด 19 สำนักงานจะจ่ายค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

๑๙.๔.๑ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการหรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยจ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๑๙.๔.๒ ค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 เพื่อเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ หรือที่พักอาศัยของผู้ป่วย ตามความจำเป็น จ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการเฉพาะเพื่อป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น และให้ได้รับค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการหรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๕๐๐ บาทต่อครั้งด้วย

๑๙.๕ การทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องทำไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมงต่อครั้งฟอกเลือด ยกเว้น กรณีการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก หรือกรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ หรือกรณีพบว่า มีภาวะฉุกฉิน ให้หน่วยบริการที่ให้บริการด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เป็นหน่วยส่งต่อผู้ป่วย เบิกค่ายา ค่าหัตถการเบื้องต้นที่หน่วยบริการใช้ ก่อนนำส่งผู้ป่วย

๑๙.๖ ค่าบริการสำหรับการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) กำหนดอัตราจ่าย ดังต่อไปนี้

๑๙.๖.๑ Tunnel cuffed catheter (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter) มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) จ่ายแบบเหมาจ่ายรวมค่าอุปกรณ์รหัส ๔๙๐๕ สายสวนสองช่อง แบบกึ่งถาวรสำหรับฟอกเลือดล้างไต (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter) ในอัตราเหมาจ่าย ๑๑,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

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

๑๙.๖.๓ 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 ๔๐๑๕ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลาย PTFE vascular graft (ตามความยาวที่ใช้) หรือรายการอุปกรณ์รหัส ๔๐๑๖ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลายชนิดมีวงแหวน PTFE Ring vascular graft (ตามความยาวที่ใช้) เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

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

๑๙.๗ ในกรณีที่หน่วยบริการเข้าร่วมการให้บริการในรูปแบบการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ให้หน่วยบริการเบิกจ่ายในอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนและกรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๐ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้นำหน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๑ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๐ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการที่กำหนด และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หน่วยบริการต้องจัดให้มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๓ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

๒๓.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

๒๓.๒ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๔ สำนักงานจะตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น (ข้อมูล A: accept) และดำเนินการ ดังต่อไปนี้

๒๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๒๔.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบข้อมูลรายการนั้นจะถูกชะลอการจ่ายค่าใช้จ่าย เพื่อให้มีตรวจสอบเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการรับบริการ หรือการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการอีกครั้งซึ่งมีเกณฑ์ในการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

๒๔.๒.๑ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานสนับสนุนและการบันทึกของแพทย์ในการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและกรณีผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปีมีหลักฐานการคัดกรองลักษณะของผู้ป่วยตามข้อ ๑๘.๒

๒๔.๒.๒ ตรวจสอบพบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวี ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี

๒๔.๒.๓ ตรวจสอบพบการพิสูจน์ตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๒๔.๒.๔ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ hemodialysis work sheet และหรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการฟอกเลือด และจำนวนตัวกรอง Single Use Dialyzer รวมทั้งอุปกรณ์อื่นในกรณีที่หน่วยบริการขอสนับสนุน

๒๔.๒.๕ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด

๒๔.๒.๖ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้แก่ คำสั่งแพทย์ในการสั่งยา หลักฐานการบริหารยา และฉลากของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ซึ่งต้องมีครบตามจำนวน vial ที่หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงต่อสัปดาห์ที่ขอเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ของระดับ Hct/Hb ที่สำนักงานกำหนด

๒๔.๒.๗ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องทำไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมงต่อครั้งฟอกเลือด ยกเว้นกรณีการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก หรือกรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ หรือกรณีพบว่ามีภาวะฉุกเฉิน ต้องมีบันทึกเหตุผลความจำเป็นดังกล่าวไว้ในเวชระเบียน หรือ hemodialysis work sheet

๒๔.๒.๘ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการตามหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการสำหรับการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ทั้งนี้ ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการแต่ละประเภทต้องเป็นไปตามที่กำหนด มีบันทึกข้อบ่งชี้ดังกล่าวไว้ในเวชระเบียน

๒๔.๒.๙ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการที่เข้าเกณฑ์การให้บริการในรูปแบบการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ในกรณีที่เรียกค่าใช้จ่ายการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ในรูปแบบการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน

ข้อ ๒๕ กรณีที่สำนักงานรายงานผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ สำนักงานจะดำเนินการ ดังต่อไปนี้

๒๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๒๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการเนื่องจากไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย หรือให้บริการไม่ครบตามที่หลักเกณฑ์กำหนด สำนักงานจะแจ้งผล

การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการให้หน่วยบริการทราบ โดยหน่วยบริการสามารถขอให้สำนักงานทบทวนผลการตรวจสอบ ภายในระยะเวลา ๑๐ วัน นับแต่วันที่หน่วยบริการได้รับแจ้งผลการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ทั้งนี้ สำนักงานอาจพิจารณาขยายระยะเวลาได้ตามเหตุผลและความจำเป็นเมื่อหน่วยบริการร้องขอ

๒๕.๓ ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ และหน่วยบริการไม่ขอให้สำนักงานทบทวนผลการตรวจสอบดังกล่าว หรือเมื่อสำนักงานพิจารณาข้อเสนอขอทบทวนแล้วยังตรวจสอบไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามที่หลักเกณฑ์กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการรับทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๒๖ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย

ข้อ ๒๗ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๒๗.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวด ๒

๒๗.๒ ตรวจสอบไม่พบการพิสูจน์ตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

๒๗.๓ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๒๔

ข้อ ๒๘ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวด ๒ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๓

บริการปลูกถ่ายไต

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๘ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการปลูกถ่ายไต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๒๘.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบการรักษาบำบัดทดแทนไต ซึ่งได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต ตามแนวทางของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต

๒๘.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไตโดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

ข้อ ๓๐ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

๓๐.๑ ค่าบริการในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไต

๓๐.๑.๑ ผู้บริจาคที่มีชีวิต

(๑) ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อผู้รับบริจาค ๑ ราย ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

(ค) ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA

(ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

(๒) ค่าใช้จ่ายระหว่างเข้ารับการผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา

๓๒,๘๐๐ บาทต่อครั้ง ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

(ค) ค่าผ่าตัด

(ง) ค่าห้องและค่าอาหาร

(จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

๓๐.๑.๒ ผู้บริจาคสมองตาย ค่าเตรียมและผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้งต่อไต ๑ ข้าง ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าดูแลผู้บริจาค

(๒) ค่าผ่าตัด

(๓) ค่าน้ำยาถนอมอวัยวะ

(๔) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(๕) ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค

๓๐.๑.๓ ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคที่มีชีวิต

(๑) ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๓๑,๓๐๐ บาทต่อครั้ง ดังต่อไปนี้

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

(๒) ค่าส่งตรวจ Panel reactive antibody

- (ก) ตรวจ screening ด้วยวิธี Single Antigen Bead (SAB)

จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 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

๓๐.๑.๔ ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคสมองตาย

(๑) ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๓๑,๓๐๐ บาทต่อครั้ง ดังต่อไปนี้

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

(๒) ค่าส่งตรวจ Panel reactive antibody จ่ายตามจริง

ไม่เกินอัตรา ๘,๗๐๐ บาทต่อปีงบประมาณ

๓๐.๒ ค่าบริการระหว่างผ่าตัดปลูกถ่ายไตสำหรับผู้รับบริจาค

๓๐.๒.๑ กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน แบ่งเป็น ๔ ประเภท

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

- (ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- (ข) ค่าตรวจเอกซเรย์
- (ค) ค่าผ่าตัด
- (ง) ค่าห้องและค่าอาหาร
- (จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- (ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ

(ข) ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่าง
การรักษาในโรงพยาบาล

(ข) ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ระหว่าง
รับการรักษาในโรงพยาบาล

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

(ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

(ค) ค่าผ่าตัด

(ง) ค่าห้องและค่าอาหาร

(จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

(ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ

(ช) ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่าง
การรักษาในโรงพยาบาล

(ซ) ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ระหว่าง
รับการรักษาในโรงพยาบาล

(๓) Protocol-III ในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน
Basiliximab และ Cyclosporine และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๘๗,๐๐๐ บาท
ต่อครั้ง ดังต่อไปนี้

(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 ระหว่าง
การรักษาในโรงพยาบาล

(ฅ) ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ระหว่าง
รับการรักษาในโรงพยาบาล

(๔) Protocol-IV ในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab และ Tacrolimus และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๙๒,๐๐๐ บาท ต่อครั้ง ดังต่อไปนี้

- (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

๓๐.๒.๒ กรณีมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัด แบ่งเป็น ๗ ประเภท

(๑) Protocol ACR-A (Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Acute Cellular Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๓,๐๐๐ บาท ต่อครั้ง ดังต่อไปนี้

- (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 ดังต่อไปนี้

- (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 จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๓๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ดังต่อไปนี้

- (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 ดังต่อไปนี้

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

(ญ) ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย Protocol DGF-C)

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

- (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 ดังต่อไปนี้

- (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 ดังต่อไปนี้

- (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)

๓๐.๒.๓ กรณีการรักษาการตีบของเส้นเลือดไต สำนักงานเบิกค่ารักษาพยาบาล ในระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) และเบิกค่าอุปกรณ์ (Balloon + Stent) ในระบบของสำนักงาน รายการอุปกรณ์ รหัส ๔๘๐๑ - ๔๘๐๔

๓๐.๓ ค่ายาทดภูมิภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยครอบคลุมการตรวจรักษา เพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยาทดภูมิคุ้มกันด้วย โดยค่าบริการแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต ดังต่อไปนี้

๓๐.๓.๑ หลังผ่าตัด ๑ - ๖ เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๐,๐๐๐ บาท ต่อเดือน

๓๐.๓.๒ หลังผ่าตัด ๗ - ๑๒ เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๕,๐๐๐ บาท ต่อเดือน

๓๐.๓.๓ หลังผ่าตัด ๑๓ - ๒๔ เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐,๐๐๐ บาท ต่อเดือน

๓๐.๓.๔ หลังผ่าตัด ๒๕ เดือนขึ้นไป จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาท ต่อเดือน

๓๐.๔ กรณีที่มีภาวะสลัดไต และมีการลงทะเบียนล้างไตผ่านทางช่องท้องหรือฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมแล้ว หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายไม่เกิน ๖ เดือน

๓๐.๕ กรณีที่มีโรคแทรกซ้อน หรือโรคเดิม ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเรียกเก็บขอรับ ค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย

๓๐.๖ กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด ในช่วงเวลาประมาณ ๒๑ วัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่าง และหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๑ การให้บริการปลูกถ่ายไต ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บ ค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๒ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๘ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการ ที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการที่กำหนด และหน่วยบริการดังกล่าว ต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓๓ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือนดังต่อไปนี้

๓๓.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๓๓.๒ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางที่กำหนด

ข้อ ๓๔ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๓๔.๑ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผู้รับบริจาคลงทะเบียนเพื่อบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไต

๓๔.๒ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนกรณีผู้รับบริจาคที่วินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และข้อชี้บ่งการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตโดยอายุรแพทย์โรคไต

๓๔.๓ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนการให้บริการในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่สำนักงานกำหนดในแต่ละประเภทของผู้รับบริจาคและผู้รับบริจาค ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ได้แก่ หลักฐานการให้บริการ รายงานผลการตรวจเอกซเรย์ บันทึกการทำหัตถการ และรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้ รายงานผลการตรวจ HLA SAB และ Panel reactive antibody ต้องเป็นรายงานผลที่เป็น official report

๓๔.๔ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนการให้บริการระหว่างผ่าตัดปลูกถ่ายไตสำหรับผู้รับบริจาค

๓๔.๔.๑ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีหลักฐานสนับสนุนข้อบ่งชี้ เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนดในการให้บริการในแต่ละ protocol ในกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัด ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๓๔.๔.๒ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนการให้บริการที่สำนักงานกำหนดในแต่ละ protocol ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ได้แก่ หลักฐานการให้บริการ รายงานผลการตรวจเอกซเรย์ รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกการทำหัตถการ คำสั่งแพทย์ในการส่งจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน และหลักฐานในการบริหารยากดภูมิคุ้มกัน

๓๔.๔.๓ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการ ultrasound guide renal biopsy และรายงานพยาธิผลการตรวจชิ้นเนื้อ ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๓๔.๔.๔ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการ และหลักฐานการใช้อุปกรณ์ ได้แก่ บันทึกการทำหัตถการในการใช้ balloon/stent และสติ๊กเกอร์ของอุปกรณ์กรณีรักษาการตีบของเส้นเลือดไต

๓๔.๕ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต คำสั่งแพทย์ในการส่งจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน ตามจำนวนเดือนที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๓๔.๖ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการกรณีที่มีภาวะสลัดไต ได้แก่ หลักฐานการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis work sheet) ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๓๕ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๓๕.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามส่วนที่ ๑ ของหมวด ๓

๓๕.๒ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๓๔

ข้อ ๓๖ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวด ๓ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๓๗ การให้บริการเตรียมเส้นเลือดสำหรับรายการ Tunnel cuffed catheter (Semi - Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter) ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตาม ๑๙.๖.๑ ตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ