# ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๖๘

---

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้รับบริการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไตที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๕๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑๒(๕)/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้ป่วย” หมายความว่า ผู้รับบริการซึ่งมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการบำบัดทดแทนไต” หมายความว่า

(๑) หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งผ่านการตรวจรับรองมาตรฐานโดยแพทยสภา

(๒) หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

(๓) หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไต โดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

(๔) หน่วยบริการที่มีศักยภาพดูแลแบบประคับประคอง

“คณะกรรมการไตระดับเขต” หมายความว่า คณะกรรมการสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงการบริการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมระดับเขตที่สำนักงานแต่งตั้ง

“คณะกรรมการไตระดับประเทศ” หมายความว่า คณะกรรมการสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงการบริการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมระดับประเทศที่สำนักงานแต่งตั้ง

“การบำบัดทดแทนไต” หมายความว่า การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) หรือการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) และหมายความรวมถึงการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Kidney Supportive and Palliative Care)

“กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการบำบัดทดแทนไต (Share Decision Making for Renal Replacement Therapy)” หมายความว่า กระบวนการสื่อสารในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเรื่องการบำบัดทดแทนไตรวมทั้งสิทธิที่เกี่ยวข้องจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข โดยผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกที่จะรับการรักษาบำบัดทดแทนไตร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการ และได้ทำเป็นหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ข้อ ๕ ให้ผู้ป่วยรายเก่าทุกคนที่เข้าสู่การรักษาบำบัดทดแทนไตก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับได้รับสิทธิบริการบำบัดทดแทนไตตามวิธีบำบัดทดแทนไตเดิม และได้รับการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองตามประกาศนี้

ข้อ ๖ ให้ผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่การบำบัดทดแทนไตตั้งแต่วันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ซึ่งไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์หรือไม่มีเหตุผลสมควรด้านสังคมหรือครอบครัว ให้ผู้ป่วยดังกล่าวได้รับสิทธิบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือการปลูกถ่ายไต หรือการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ และหน่วยบริการบำบัดทดแทนไตมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้

กรณีผู้ป่วยรายใหม่ที่สมัครใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้ได้รับสิทธิเฉพาะบริการที่จำเป็นอื่น ๆ เช่น ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoiesis stimulating agent: ESA) โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในประกาศนี้

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ต้องผ่านการพิจารณาให้ผู้ป่วยรายใหม่ได้รับสิทธิเข้าถึงวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมจากคณะกรรมการไตระดับเขต รวมทั้งการพิจารณาเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต (Shift Mode) โดยให้นำข้อมูลจากกระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการบำบัดทดแทนไตที่หน่วยบริการบำบัดทดแทนไตเสนอมาประกอบการพิจารณา และผู้ป่วยมีสิทธิขอทบทวนผลการพิจารณาของคณะกรรมการไตระดับเขต เกี่ยวกับวิธีการบำบัดทดแทนไตต่อคณะกรรมการไตระดับประเทศได้

ข้อ ๗ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต ประกอบด้วย รายการบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) การล้างไตผ่านทางช่องท้อง ประกอบด้วย การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

(๓) การปลูกถ่ายไต ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

(๔) การดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๘ การให้บริการสาธารณสุขกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไตที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ จนถึงวันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ที่ได้ให้บริการตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๗ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ข้อ ๙ ภายในหกเดือนนับแต่วันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องดำเนินการตรวจรับรองมาตรฐานตามหลักเกณฑ์และแนวทางการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามที่แพทยสภากำหนด

ข้อ ๑๐ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘
จเด็จ ธรรมธัชอารี
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**เอกสารหมายเลข ๑**

## การล้างไตผ่านทางช่องท้อง

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

---

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ซึ่งเป็นบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ป่วยรายใหม่ (Initial RRT) ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต (Share Decision Making) ตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุข และให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการไตระดับเขต

(๓) หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ต้องเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

(๔) หน่วยบริการต้องจัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ตาม (๑) โดยในการเริ่มการบำบัดทดแทนไตต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) ทุกรายจากคณะกรรมการไตระดับเขต ตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(ก) ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว หรือ

(ข) ผู้ป่วยไตวายระยะที่ ๕ ที่มีระดับ eGFR มากกว่า ๖ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตวายเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้

๒) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง

๓) ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูรีเมีย

๔) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย

๕) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูรีเมีย

(ค) กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปี ต้องได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วยที่ตรวจพบข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร อย่างน้อย ๒ ใน ๔ ข้อ ดังต่อไปนี้

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

๒) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน

๓) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า ๔๐

๔) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีหน่วยบริการขอรับการสนับสนุนน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ผ่านระบบการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรม

(ก) การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน ๔ ถุงต่อวัน

๒) จุกปิดกันเชื้อ

๓) สายล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายผ่านระบบการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรม ให้แก่ผู้ป่วยรายใหม่และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน

๔) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

(ข) การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ

๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ จำนวน ๒ ถุงต่อวัน

๒) จุกปิดกันเชื้อ

๓) ตลับสาย

๔) สายล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายผ่านระบบการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรม ให้แก่ผู้ป่วยรายใหม่และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน

๕) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ

๖) สำนักงานจัดหาเครื่องล้างไตอัตโนมัติให้กับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ โดยเป็นไปตามขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ ตามเอกสารหมายเลข ๖ แนบท้ายประกาศนี้

(ค) กรณีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติที่มีความจำเป็นต้องใช้น้ำยาเกินกว่าที่กำหนด ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด โดยระบุจำนวนถุงที่ใช้ต่อวัน

(๒) กรณีหน่วยบริการขอรับค่าบริการครอบคลุมการรับค่าน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องและอุปกรณ์ผ่านระบบการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรม

(ก) ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่อง สำนักงานจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน ครอบคลุมค่ายา เวชภัณฑ์ และบริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ดังต่อไปนี้

๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่อง ขนาด ๒ ลิตรหรือ ๒.๕ ลิตรต่อถุง

๒) จุกปิดกันเชื้อ

๓) สายล้างไตผ่านทางช่องท้อง

๔) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

๕) บริการจัดส่งน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องถึงบ้านผู้ป่วย

(ข) ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ สำนักงานจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๘,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน ครอบคลุมค่ายา เวชภัณฑ์ และบริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ดังต่อไปนี้

๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องที่ใช้กับเครื่องอัตโนมัติ ขนาด ๕ ลิตร หรือ ๖ ลิตรต่อถุง

๒) จุกปิดกันเชื้อ

๓) ตลับสาย

๔) เครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องอัตโนมัติ

๕) สายล้างไตผ่านทางช่องท้อง

๖) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ

๗) บริการจัดส่งน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง และเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องอัตโนมัติถึงบ้านผู้ป่วย

ข้อ ๓ สำนักงานจะจ่ายแบบเหมาจ่ายค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงในอัตรา ๑๘๐ บาทต่อขนาด ๔,๐๐๐ ยูนิต ให้กับหน่วยบริการตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และใช้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๑๒ สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อมูลตามการเจาะเลือดที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดประกอบการให้ยา โดยเริ่มให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงเมื่อระดับ Hb น้อยกว่า ๑๐ กรัมต่อเดซิลิตร ขนาด ๔,๐๐๐ ยูนิต จำนวน ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ จนกระทั่ง Hb มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ แต่น้อยกว่า ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร จึงลดลงเหลือ ๔,๐๐๐ ยูนิตต่อสัปดาห์ และหยุดให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง เมื่อ Hb มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร กรณีได้รับยาอย่างต่อเนื่องแล้วผู้ป่วยยังคงมีภาวะซีดให้สืบค้นสาเหตุที่แท้จริงตามแนวทางการรักษาหรือคู่มือของสมาคมโรคไต

ข้อ ๔ ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องครอบคลุมทั้งการล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่องและการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ สำนักงานจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน ครอบคลุมการบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) การตรวจประเมินสภาพร่างกาย การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา รวมทั้งการประสานให้หน่วยบริการปฐมภูมิลงเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษา

(๒) ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ตามแนวทางที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด ได้แก่ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ตรวจการทำงานของไต (BUN, Creatinine, Electrolyte) ตรวจความพอเพียงของการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การตรวจประสิทธิภาพของเยื่อบุช่องท้อง การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ

(๓) การบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องกรณีการให้บริการผู้ป่วยนอก หรือค่ายาพื้นฐานและยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องโดยตรง

ข้อ ๕ ค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับหน่วยบริการในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการรักษาล้างไตผ่านทางช่องท้อง จะมีการจัดลำดับหน่วยบริการจากผลงานการล้างไตจากมากไปน้อย ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่มีคะแนนรวมเกณฑ์คุณภาพมากที่สุด ๑๐๐ ลำดับแรก สำนักงานจะจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมจากค่าบริการตามข้อ ๒ (๒) (ก) ข้อ ๒ (๒) (ข) และข้อ ๔ แบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อคนต่อเดือน โดยประเมินตามเกณฑ์ผลงานการล้างไตผ่านทางช่องท้องที่ใช้ในการจัดอันดับหน่วยบริการที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๗ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) รอบเวลาในการคิดคำนวณผลงานและรอบการจ่าย เป็นดังต่อไปนี้

(ก) รอบที่ ๑ นำผลงานในช่วง ๖ เดือนแรกของปีงบประมาณ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง ๖ เดือนถัดมา

(ข) รอบที่ ๒ นำผลงานในช่วง ๖ เดือนสองของปีงบประมาณ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับ ช่วง ๖ เดือนถัดมา

## หมวด ๒
## วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๗ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๖ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๙ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนดหรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๐ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๙ (๑) สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๐ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๒ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานสนับสนุนการคัดกรองผู้ป่วยเริ่มการบำบัดทดแทนไตตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และการบันทึกของแพทย์ในการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรัง

(๒) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการบันทึกของแพทย์ในการให้บริการ รวมทั้งคำสั่งในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการครอบคลุมค่าน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องและอุปกรณ์ จะต้องพบการสั่งจ่ายน้ำยาและอุปกรณ์ต่าง ๆ ครบถ้วนตามที่สำนักงานกำหนด

(๓) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามที่สำนักงานกำหนดในกรณีที่ขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องครอบคลุมทั้งการล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่อง และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ

(๔) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้แก่ คำสั่งแพทย์ในการสั่งยา หลักฐานการบริหารยา และฉลากของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงซึ่งต้องมีครบตามจำนวน vial ที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงต่อสัปดาห์ที่ขอเรียกเก็บค่าใช้จ่ายต้องเป็นไปตามเกณฑ์ของระดับ Hb ที่สำนักงานกำหนด

(๕) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลงานการให้บริการตามเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่สำนักงานจ่ายค่าใช่จ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

(๖) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๑๒

ข้อ ๑๔ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

## การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

---

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ป่วยรายใหม่ ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต (Share Decision Making) ตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุข และให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการไตระดับเขต

(๓) หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(๔) หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย สำหรับกรณีทำ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อทั่วไป หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีศักยภาพ ให้บริการสำหรับทำการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ยกเว้น สถานพยาบาลที่มีลักษณะไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยแจ้งศักยภาพบริการ และระบุแพทย์ศัลยกรรมหรือแพทย์ศัลยกรรมหลอดเลือด ในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile : CPP)

(๕) หน่วยบริการจัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยเริ่มการบำบัดทดแทนไต โดยต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) ทุกราย จากคณะกรรมการไตระดับเขตตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ดังต่อไปนี้

(ก) ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว หรือ

(ข) ผู้ป่วยไตวายระยะที่ ๕ ที่มีระดับ eGFR มากกว่า ๖ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตวายเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้

๒) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง

๓) ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูรีเมีย

๔) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย

๕) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูรีเมีย

(ค) กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปี ต้องได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์ที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด เพื่อการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วยที่มีสิ่งตรวจพบข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร อย่างน้อย ๒ ใน ๔ ข้อดังต่อไปนี้

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

๒) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน

๓) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า ๔๐

๔) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้

(ง) มีข้อห้ามทางการแพทย์ หรือมีเหตุสมควรด้านสังคมหรือครอบครัว ซึ่งไม่สามารถเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๘๐ บาท ต่อขนาด ๔,๐๐๐ ยูนิต ให้กับหน่วยบริการตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และใช้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๑๒ สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อมูลตามการเจาะเลือดที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดประกอบการให้ยา โดยเริ่มให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงเมื่อระดับ Hb น้อยกว่า ๑๐ กรัมต่อเดซิลิตร ขนาด ๔,๐๐๐ ยูนิต จำนวน ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ จนกระทั่ง Hb มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ แต่น้อยกว่า ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร จึงลดลงเหลือ ๔,๐๐๐ ยูนิตต่อสัปดาห์ และหยุดให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง เมื่อ Hb มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร กรณีได้รับยาอย่างต่อเนื่องแล้วผู้ป่วยยังคงมีภาวะซีด ให้สืบค้นสาเหตุที่แท้จริงตามแนวทางการรักษาหรือคู่มือของสมาคมโรคไต

(๒) ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จ่ายในอัตรา ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่า ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ให้หน่วยบริการแจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงานเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี โดยค่าบริการดังกล่าวรวมค่าอุปกรณ์ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าตรวจเลือด และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าอุปกรณ์ ได้แก่ ตัวกรองเลือด (Dialyzer), Blood line, AVF needle, Bicarbonate dialysate, Anticoagulant

(ข) ยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่แพทย์สั่งระหว่างการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ Glucose, Analgesic, Antihistamine และ Tranquilizer drug น้ำเกลือ ยาลดความดันโลหิต

(ค) ค่าตรวจเลือด และการให้เลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวเนื่องกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, Electrolytes, Calcium, Phosphate, Albumin, KT/V, URR, HBsAg, HBsAb, Anti HCV, EKG, Chest X-ray Iron Study PTH และค่าตรวจประสิทธิภาพของเส้นฟอกเลือด

(๓) ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยที่มีโอกาสแพร่เชื้อสูง โดยหน่วยบริการจัดหาตัวกรองเลือดเพียงครั้งเดียว จะได้รับค่าบริการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ในอัตรา ๔,๐๐๐ บาทต่อครั้ง และสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรค ในอัตรา ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง ตามรายการและเงื่อนไขใน (๒)

(๔) การทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องทำไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมงต่อครั้งฟอกเลือด ยกเว้นกรณีการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก หรือกรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ หรือกรณีพบว่ามีภาวะฉุกเฉินให้หน่วยบริการที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เป็นหน่วยส่งต่อผู้ป่วย เบิกค่ายาและค่าหัตถการเบื้องต้นที่หน่วยบริการใช้ก่อนนำส่งผู้ป่วย ทั้งนี้ สำนักงานจะมีการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามเอกสารหมายเลข ๘ แนบท้ายประกาศนี้

(๕) ค่าบริการสำหรับทำการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) กำหนดอัตราจ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) Tunnel cuffed catheter (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter) มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๑,๐๐๐ บาทต่อครั้ง รวมค่าอุปกรณ์รหัส ๔๙๐๕ สายสวนสองช่องแบบกึ่งถาวรสำหรับฟอกเลือดล้างไต (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter)

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

(ค) Arteriovenous Graft (AVG) มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องทำ Arteriovenous Graft (AVG) ใหม่ โดยเริ่มทำ Arteriovenous Fistula (AVF) เป็นอันดับแรก หรือในกรณีที่ไม่สามารถทำ Arteriovenous Fistula (AVF) ได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา ๑๓,๕๐๐ บาท รวมค่าผ่าตัด ค่าห้องผ่าตัด ค่าห้องปฏิบัติการ และรายการอุปกรณ์รหัส ๔๐๑๕ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลาย PTFE vascular graft (ตามความยาวที่ใช้) หรือรายการอุปกรณ์รหัส ๔๐๑๖ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลายชนิดมีวงแหวน PTFE Ring vascular graft (ตามความยาวที่ใช้) เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

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

(จ) กรณีที่ต้องการเตรียมเส้นเลือดถาวรไว้ล่วงหน้า หรือมีการทำเส้นเลือดถาวรใหม่มากกว่า ๓ ครั้งในปีงบประมาณ ต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) จากคณะกรรมการไตระดับเขต โดยสามารถจ่ายตามข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทย กำหนดไว้ และจ่ายตามอัตราใน (ข) และ (ค)

(ฉ) กรณีที่มีการซ่อมเส้นเลือด Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) สามารถเบิกค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมตามจ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๘,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ภายในปีงบประมาณ

(๖) ในกรณีที่หน่วยบริการเข้าร่วมการให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ให้หน่วยบริการเบิกจ่ายในอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการที่กำหนด และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ ขอให้กระทำโดยการใช้บัตรประชาชน Smart Card ของผู้รับบริการเท่านั้น ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง ได้แก่ (๑) การใช้เครื่องอ่านบัตรประชาชน (๒) การใช้เครื่องให้บริการอัตโนมัติ (KIOSK) ผ่านแอปพลิเคชัน NHSO SECURE SMARTCARD AGENT (๓) การใช้แอปพลิเคชัน Authen by NHSO เฉพาะฟังก์ชันการใช้งานโดยการเสียบบัตรประชาชนและยืนยันตัวตนด้วย THAID (๔) การใช้งานทางหน้าเว็บ New Authen ของสำนักงาน เฉพาะฟังก์ชันการใช้งานโดยการเสียบบัตรประชาชนและยืนยันตัวตนด้วย THAID (๕) แอปพลิเคชันเป๋าตังค์ (๖) แอปพลิเคชัน Krungthai Digital Health Platform เฉพาะฟังก์ชันการใช้งานโดยการเสียบบัตรประชาชน และ (๗) แอปพลิเคชันอื่น ๆ ของสำนักงาน ที่มีฟังก์ชันการเสียบบัตรประชาชน และ (๘) วิธีการพิสูจน์ตัวตน (Authentication) โดยใช้ Smart Card และส่งข้อมูลเบิกจ่ายภายในวันที่รับบริการ ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๖ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๗ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยการขอรับค่าใช้จ่ายต้องสอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการ ในกรณีหน่วยบริการเดิมให้เป็นไปตามจำนวนหน่วยที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยรับรองตามใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) และกรณีหน่วยบริการใหม่ให้เป็นไปตามเกณฑ์ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ วันและเวลาทำการของหน่วยบริการทั้งหมดให้เป็นไปตามใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) และข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile : CPP)

ข้อ ๘ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๖ (๑) สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๐ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามรายการดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานสนับสนุนการคัดกรองผู้ป่วยเริ่มการบำบัดทดแทนไตตามข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และการบันทึกของแพทย์ในการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

(๒) ตรวจสอบพบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวี ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี

(๓) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ Hemodialysis work sheet และหรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง ตามจำนวนครั้งที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการฟอกเลือด ทั้งนี้ ไม่เกิน ๓ ครั้ง ต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่า ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ต้องพบบันทึกเหตุผลความจำเป็นในเอกสารหลักฐานเวชระเบียนหรือ Hemodialysis work sheet

(๔) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวเนื่องกับการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด

(๕) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้แก่ คำสั่งแพทย์ในการสั่งยา หลักฐานการบริหารยา และฉลากของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ซึ่งต้องมีครบตามจำนวน vial ที่หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงต่อสัปดาห์ที่ขอเรียกเก็บค่าใช้จ่ายต้องเป็นไปตามเกณฑ์ของระดับ Hb ที่สำนักงานกำหนด

(๖) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องทำไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมงต่อครั้งฟอกเลือด ยกเว้นกรณีการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก หรือกรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ หรือกรณีพบว่ามีภาวะฉุกเฉิน ต้องมีบันทึกเหตุผลความจำเป็นดังกล่าวไว้ในเวชระเบียน หรือ Hemodialysis work sheet

(๗) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการตามหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการสำหรับทำการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ทั้งนี้ ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการแต่ละประเภทต้องเป็นไปตามที่กำหนด มีบันทึกข้อบ่งชี้ดังกล่าวไว้ในเวชระเบียน

(๘) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการที่เข้าเกณฑ์การให้บริการในรูปแบบวันเดียวกลับในกรณีที่เรียกค่าใช้จ่ายการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ในรูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

(๙) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน หรือบันทึกการทำหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับบริการการซ่อมเส้นเลือด Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG)

(๑๐) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการ ให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๑๐

(๔) ตรวจสอบพบการให้บริการไม่สอดคล้องกับศักยภาพจำนวนหน่วยตามที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยรับรอง ตาม ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) ในกรณีที่หน่วยบริการเก่าที่ยังไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและวันเวลาทำการของหน่วยบริการที่บันทึกในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) และข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (Contracting Provider Profile : CPP)

ข้อ ๑๒ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

# บริการปลูกถ่ายไต

## หมวด ๑
## หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

---

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการปลูกถ่ายไต ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ป่วยรายใหม่ ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต (Share Decision Making) ตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุข และให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการไตระดับเขต

(๓) หน่วยบริการที่ให้บริการและมีสิทธิรับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไต โดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

ข้อ ๒ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าบริการในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไต

(ก) กรณีผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor)

๑) ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อผู้รับบริจาค ๑ ราย ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

ค) ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA

ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

๒) ค่าใช้จ่ายระหว่างเข้ารับการผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๒,๘๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

ค) ค่าผ่าตัด

ง) ค่าห้องและค่าอาหาร

จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

(ข) กรณีผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor) ค่าเตรียมและผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้งต่อไต ๑ ข้าง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

๑) ค่าดูแล Donor

๒) ค่าผ่าตัด

๓) ค่าน้ำยาถนอมอวัยวะ

๔) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๕) ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค

(ค) กรณีผู้รับบริจาค (Recipient) จากผู้บริจาคที่มีชีวิต

๑) ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๑,๓๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย 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 ผลเป็นบวกจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๓,๐๐๐ บาทต่อปีงบประมาณ

ค) ตรวจ SAB class II เพื่อยืนยัน กรณี screening class II ผลเป็นบวกจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๒,๕๐๐ บาท ต่อปีงบประมาณ

(ง) กรณีผู้รับบริจาค (Recipient) จากผู้บริจาคสมองตาย

๑) ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๑,๓๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

ค) ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA

ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

๒) ค่าส่งตรวจ Panel reactive antibody จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา ๘,๗๐๐ บาทต่อปีงบประมาณ

(๒) ค่าบริการระหว่างผ่าตัดปลูกถ่ายไตสำหรับผู้รับบริจาค

(ก) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน แบ่งเป็น ๔ ประเภท

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

ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

ค) ค่าผ่าตัด

ง) ค่าห้องและค่าอาหาร

จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ

ช) ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล

ซ) ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

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

ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

ค) ค่าผ่าตัด

ง) ค่าห้องและค่าอาหาร

จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ

ช) ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล

ซ) ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

๓) ประเภท Protocol-III ในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximap และ Cyclosporine และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๘๗,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

ค) ค่าผ่าตัด

ง) ค่าห้องและค่าอาหาร

จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ

ช) ค่ายา Basiliximab X 2 dose หรือ anti-thymocyte globulin 3-7 dose และการป้องกันการติดเชื้อ CMV ๑ เดือน และการติดตามการติดเชื้อ CMV ๕ ครั้ง

ซ) ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล

ฌ) ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

๔) ประเภท Protocol-IV ในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab และ Tacrolimus และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๙๒,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

ค) ค่าผ่าตัด

ง) ค่าห้องและค่าอาหาร

จ) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

ฉ) ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ

ช) ค่ายา Basiliximab X 2 dose หรือ anti-thymocyte globulin 3-7 dose และการป้องกันการติดเชื้อ CMV ๑ เดือน และการติดตามการติดเชื้อ CMV ๕ ครั้ง

ซ) ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล

ฌ) ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

(ข) กรณีมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัด แบ่งเป็น ๗ ประเภท

๑) ประเภท Protocol ACR-A (Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Acute Cellular Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย 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) ประเภท Protocol ACR-B (Refractory Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Acute Cellular Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๙๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย 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) ประเภท Protocol AMR-A (Antibody Mediated Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Antibody Mediated Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย 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) ประเภท Protocol AMR-B (Refractory Antibody Mediated Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Antibody Mediated Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๒๖,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย 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 Rifuximab

ซ) ค่า Plasmapheresis และตัวกรอง Plasma flux

ฌ) ค่าสาย Double lumen catheter

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

๕) ประเภท Protocol DGF-A (Delay Graft Function) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI ในกรณีที่มีภาวะ Delay Graft Function จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๖,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย 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) ประเภท Protocol DGF-B (Delay Graft Function Acute Cellular Rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol ACR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay Gaft Function ร่วมกับ Acute Cellular Rejection จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย 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) ประเภท 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 ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย 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

(ค) กรณีการรักษาการตีบของเส้นเลือดไต เบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบ DRG เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป และเบิกค่าอุปกรณ์ (Balloon + Stent) รายการอุปกรณ์ รหัส ๔๘๐๑ – ๔๘๐๔ ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

(๓) ค่ายากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยครอบคลุมการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันด้วย โดยค่าบริการแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต ดังต่อไปนี้

(ก) หลังผ่าตัด ๑ - ๖ เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน

(ข) หลังผ่าตัด ๗ - ๑๒ เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน

(ค) หลังผ่าตัด ๑๓ - ๒๔ เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน

(ง) หลังผ่าตัด ๒๕ เดือนขึ้นไป จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน

(๔) กรณีที่มีภาวะสลัดไต และมีการลงทะเบียนล้างไตผ่านทางช่องท้องหรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้ว หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายไม่เกิน ๖ เดือน

(๕) กรณีที่มีโรคแทรกซ้อน หรือโรคเดิม ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเรียกเก็บขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

(๖) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด ในช่วงเวลาประมาณ ๒๑ วัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างและหลังผ่าตัดจะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด

หมวด ๒
วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๓ การให้บริการปลูกถ่ายไต ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๔ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการที่กำหนด และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๖ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่ายหน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๗ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๖ (๑) สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๗ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๙ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการปลูกถ่ายไต ตามรายการ ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผู้รับบริจาคลงทะเบียนเพื่อบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไต

(๒) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนกรณีผู้รับบริจาคที่วินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และข้อบ่งชี้การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตโดยอายุรแพทย์โรคไต

(๓) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนการให้บริการในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่สำนักงานกำหนดในแต่ละประเภทของผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ได้แก่ หลักฐานการให้บริการ รายงานผลการตรวจเอกซเรย์ บันทึกการทำหัตถการ และรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้ รายงานผลการตรวจ HLA SAB และ Panel reactive antibody ต้องเป็นรายงานผลที่เป็นทางการ

(๔) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนการให้บริการระหว่างผ่าตัดปลูกถ่ายไตสำหรับผู้รับบริจาค ดังต่อไปนี้

(ก) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีหลักฐานสนับสนุนข้อบ่งชี้ เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนดในการให้บริการในแต่ละประเภท protocol ในกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัด ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(ข) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนการให้บริการที่สำนักงานกำหนดในแต่ละประเภท protocol ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ได้แก่ หลักฐานการให้บริการ รายงานผลการตรวจเอกซเรย์ รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกการทำหัตถการ คำสั่งแพทย์ในการสั่งจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน และหลักฐานในการบริหารยากดภูมิคุ้มกัน

(ค) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการ Ultrasound guide renal biopsy และรายงานพยาธิผลการตรวจชิ้นเนื้อ ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(ง) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการ และหลักฐานการใช้อุปกรณ์ ได้แก่ บันทึกการทำหัตถการในการใช้ Balloon/stent และสติกเกอร์ของอุปกรณ์ กรณีรักษาการตีบของเส้นเลือดไต

(๕) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตรวจรักษาเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต คำสั่งแพทย์ในการสั่งจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน ตามจำนวนเดือนที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๖) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการกรณีที่มีภาวะสลัดไต ได้แก่ หลักฐานการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

(๗) ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ตรวจสอบไม่พบการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ

(๓) กรณีที่ตรวจสอบไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามข้อ ๙

ข้อ ๑๑ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

**เอกสารหมายเลข ๔**

**บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย**

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

---

ข้อ ๑ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ป่วยรายใหม่ (Initial RRT) ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต (Share Decision Making) ตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ตามเอกสารหมายเลข ๕ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการไตระดับเขต

(๓) ผู้ป่วยติดเตียง หรือมีภาวะร่างกายอ่อนแอมาก (Frailty) หรือมีโรคร่วมรุนแรง เช่น หัวใจ ตับ ปอด มะเร็งระยะลุกลาม มีภาวะขาดสารอาหารขั้นรุนแรง และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer) รวมทั้งผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต

(๔) หน่วยบริการที่มีสิทธิรับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๕) หน่วยบริการจัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ตาม (๑) เริ่มการบำบัดทดแทนไตต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) ทุกรายจากคณะกรรมการไตระดับเขต ตามข้อแนะนำ เวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยมีเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(ก) ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว หรือ

(ข) ผู้ป่วยไตวายระยะที่ ๕ ที่มีระดับ eGFR มากกว่า ๖ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตวายเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้

๒) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง

๓) ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูรีเมีย

๔) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย

๕) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูรีเมีย

(ค) กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปี ต้องได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรังซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วย ที่ตรวจพบข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร อย่างน้อย ๒ ใน ๔ ข้อ ดังต่อไปนี้

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

๒) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน

๓) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า ๔๐

๔) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้

ข้อ ๒ บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

(๑) การบรรเทาอาการของโรคไตวาย เช่น ลดอาการปวดด้วยยาแก้ปวดที่ปลอดภัยต่อไต เช่น ยาพาราเซตามอล (Paracetamol) และหลีกเลี่ยงการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ควบคุมอาการคันด้วยยาต้านฮีสตามีน (Antihistamine) หรือปรับสมดุลแคลเซียม-ฟอสฟอรัส จัดการภาวะบวมน้ำโดยจำกัดเกลือและน้ำ หรือใช้ยาขับปัสสาวะ และบรรเทาอาการคลื่นไส้และเบื่ออาหาร ด้วยยาและคำแนะนำด้านโภชนาการ

(๒) การดูแลคุณภาพชีวิต เช่น สนับสนุนกิจกรรมที่สร้างความสุขและลดความเครียด และช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติที่สุด

(๓) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ให้คำปรึกษาด้านจิตใจเพื่อลดความเครียดและความกลัว สนับสนุนความเชื่อด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

(๔) การดูแลแบบองค์รวม โดยทีมสหวิชาชีพที่มีการประสานงานระหว่างแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ให้การดูแลทั้งที่บ้าน ที่ชุมชน และที่โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยหรือครอบครัวจะได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) รวมถึงการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย (Advance directive)

(๕) การดูแลระยะท้ายของชีวิต (End-of-Life Care) มีเป้าหมายลดความทุกข์ทรมานในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น ควบคุมอาการปวดและหอบเหนื่อยของผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนครอบครัวให้เตรียมตัวและทำใจต่อการจากไปของผู้ป่วย

ข้อ ๓ สำนักงานจะจ่ายแบบเหมาจ่ายค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงในอัตรา ๑๘๐ บาท ต่อขนาด ๔,๐๐๐ ยูนิต ให้กับหน่วยบริการตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และใช้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๑๒ สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อมูลตามการเจาะเลือดที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดประกอบการให้ยา โดยเริ่มให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงเมื่อระดับ Hb น้อยกว่า ๑๐ กรัมต่อเดซิลิตร ขนาด ๔,๐๐๐ ยูนิต จำนวน ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ จนกระทั่ง Hb มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ แต่น้อยกว่า ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร จึงลดลงเหลือ ๔,๐๐๐ ยูนิตต่อสัปดาห์ และหยุดให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง เมื่อ Hb มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร กรณีได้รับยาอย่างต่อเนื่องแล้วผู้ป่วยยังคงมีภาวะซีดให้สืบค้นสาเหตุที่แท้จริงตามแนวทางการรักษาหรือคู่มือของสมาคมโรคไต

ข้อ ๔ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

## หมวด ๒
## วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การให้บริการแบบประคับประคอง ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงานหรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงานหรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๖ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๕ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

## หมวด ๓
## เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การให้บริการตามหมวดนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้รับบริการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

ข้อ ๘ สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือข้อมูลปฏิเสธการจ่าย หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามวิธีการที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๙ ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามข้อ ๘ (๑) สำนักงานจะมีกระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙ (๒) และรายงานผลการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ จะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบเนื่องจากไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือเป็นกรณีที่ยังพบว่ามีการให้บริการไม่ครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สำนักงานจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบ และพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อเท็จจริงของบริการที่เกิดขึ้น

ข้อ ๑๑ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้แก่ คำสั่งแพทย์ในการสั่งยา หลักฐานการบริหารยา และฉลากของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ซึ่งต้องมีครบตามจำนวน vial ที่หน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงต่อสัปดาห์ที่ขอเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ของระดับ Hb ที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการตามข้อ ๑๑

ข้อ ๑๓ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

**เอกสารหมายเลข ๕**

**หนังสือแสดงเจตนาในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต**

**(Share Decision Making for Renal Replacement Therapy)**

ชื่อหน่วยบริการ.....

**ส่วนที่ ๑. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้วางแผนการดูแลสุขภาพสำหรับการบำบัดทดแทนไต**

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

ที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก.....

เบอร์โทรติดต่อ.....

ชื่อญาติที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับผู้ป่วย

ชื่อ.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

**ส่วนที่ ๒. ความปรารถนาหรือเป้าหมายในการวางแผนการดูแลสุขภาพ (Patient preference)** ***(ถ้ายังไม่ทราบหรือไม่แน่ใจให้ข้ามไปก่อน เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีพร้อมสามารถกลับมาพิจารณาใหม่ได้)***

**๒.๑ สิ่งที่ต้องการและให้ความสำคัญ (ระบุได้หลายข้อ)**

☐ (๑) ต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

☐ (๒) ต้องการการรักษาที่ไม่สร้างความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน หรือยืดการตายออกไปโดยไม่ก่อเกิดประโยชน์ใด ๆ

☐ (๓) ต้องการมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากเครื่องมือทางการแพทย์

☐ (๔) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

**๒.๒ สิ่งที่ไม่ต้องการและยอมรับไม่ได้ (ระบุได้หลายข้อ)**

☐ (๑) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา

☐ (๒) ไม่มีการรับรู้/การนึกคิด/จำคนที่รักไม่ได้ หรืออยู่ในสภาพผักถาวร (Persistent vegetative state)

☐ (๓) ต้องใช้ไปตลอดชีวิต

☐ (๔) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

**๒.๓ ขอบเขตการรักษาพยาบาลที่ต้องการและไม่ต้องการ (ระบุได้หลายข้อ)**

☐ (๑) รักษาเต็มที่แม้จะทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพก็ตาม

☐ (๒) รักษาเต็มที่รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ แต่หากบุคลากรด้านสุขภาพเห็นว่าไม่ได้ผลก็อนุญาตให้ถอดเครื่องพยุงชีพได้และรักษาตามอาการเพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมาน และขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ

☐ (๓) รักษาอาการเพื่อลดการทรมานโดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพหรือการรักษาที่เป็นการยื้อชีวิตและขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ

☐ (๔) ยังตัดสินใจการรักษาที่ต้องการไม่ได้

☐ (๕) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

**ส่วนที่ ๓ ผู้ตัดสินใจแทน หรือบุคคลที่มีหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา (Surrogate decision maker)** ***(ถ้ายังไม่ทราบหรือไม่แน่ใจให้ข้ามไปก่อน เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีพร้อม สามารถกลับมาพิจารณาใหม่ได้)***

ผู้ตัดสินใจแทน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ โดยจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว

คำอธิบาย ผู้ป่วยที่ทำแผนการดูแลสุขภาพควรเลือกบุคคลที่ไว้วางใจว่าเข้าใจความต้องการของตนเองและสามารถตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาที่ตรงกับความต้องการของตนเองได้มากที่สุด ในกรณีที่ตนไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้แล้ว โดยผู้ตัดสินใจแทนไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยก็ได้ ทั้งนี้ เป็นไปตามนัยของมาตรา ๘ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

โดยข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ ชื่อ.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... ที่อยู่ที่ติดต่อ..... .....เบอร์โทรศัพท์..... เป็นผู้ตัดสินใจแทนและปรึกษาหารือกับบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เมื่อเอกสารฉบับนี้ขาดความชัดเจน โดยยึดความต้องการของข้าพเจ้าเป็นสำคัญ

**ส่วนที่ ๔ ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต**

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต ตามกระบวนการ CKD clinic counselling และได้ร่วมขั้นตอน Sharing Decision Making 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

๑. เริ่มกระบวนการให้ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตทั้ง ๔ วิธี ซึ่งได้แก่

๑.๑ การล้างไตผ่านทางช่องท้อง ประกอบด้วย (๑) การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) หรือ (๒) การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automatic Peritoneal Dialysis: APD)

๑.๒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

๑.๓ การปลูกถ่ายไต

๑.๔ การดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

๒. ได้รับคำอธิบายวิธีการและความเสี่ยงของการบำบัดทดแทนไตแต่ละวิธี

๓. เปรียบเทียบ ข้อดี ข้อเสีย ของการบำบัดทดแทนไตในแต่ละวิธี โดยนำบริบทผู้ป่วยแต่ละรายมาประกอบการอธิบาย

๔. ข้าพเจ้า ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมที่สุด

๕. ประเมินผลลัพธ์ในการตัดสินใจ และเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

วันที่เริ่มกระบวนการ Shared Decision Making.....
วันที่ตัดสินใจเลือก วิธีการรักษาวิธีบำบัดทดแทนไตที่เลือก.....

วิธีการบำบัดทดแทนไตที่เลือก

☐ ๑. การผ่าตัดปลูกถ่ายไต

☐ ๒. การล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่อง (CAPD)

☐ ๓. การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)

☐ ๔. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

☐ ๕. การดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลดังกล่าว และมีความเข้าใจกระบวนการรักษาการบำบัดทดแทนไต โดยการลงนามนี้

ลายมือชื่อผู้ป่วย_____วัน-เดือน-ปี_____
(_____)

ลายมือชื่ออายุรแพทย์ _____วัน-เดือน-ปี_____
โรคไตผู้ให้ข้อมูล (_____)

ลายมือชื่อพยาบาล _____ วัน-เดือน-ปี_____
โรคไตผู้ให้ข้อมูล (_____)

หมายเหตุ : กระบวนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Sharing Decision Making) หน่วยบริการสามารถใช้วิธีใดก็ได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้ครบ ๕ ขั้นตอน เช่น Applicaton / กระบวนการกลุ่ม หรืออื่น ๆ ที่หน่วยบริการกำหนด

## ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ

ปัจจุบันสำนักงานได้รับความร่วมมือจากบริษัทเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ UC-APD ในการสนับสนุนเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis : APD) ให้ผู้ป่วยยืมเครื่อง APD และบริษัทฯ ให้บริการซ่อมและเปลี่ยนเครื่องใหม่ทดแทนในกรณีเครื่องเดิมมีปัญหา ตลอดอายุการใช้งาน ดังนั้น เพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพและสามารถจัดหาเครื่อง APD ให้เพียงพอต่อผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ทางสังคม ตามเกณฑ์ที่กำหนด และผู้ป่วยมีความประสงค์จะเลือกการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่อง APD จึงขอกำหนดขั้นตอนในการเบิกเครื่อง APD ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ ๑ หลังจากผู้ป่วยได้ตัดสินใจร่วมกับแพทย์ผู้ให้การรักษา ในการเลือกการรักษาด้วยเครื่อง APD แล้ว หน่วยบริการจะบันทึกข้อมูลการเบิกเครื่อง APD และน้ำยาล้างไต APD ผ่านระบบ DMIS ภายใต้หัวข้อแสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการ UC-APD โดยมีการแจ้งความจำนงเบิกเครื่อง APD และน้ำยาล้างไต APD ล่วงหน้าก่อนผู้ป่วยจะเริ่มการรักษา APD อย่างน้อย ๑๕ วันตามปฏิทิน (สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ วันที่เริ่มการรักษาคือวันที่ผู้ป่วยวางสายล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter) หรือสำหรับผู้ป่วยเดิมวันที่เริ่มการรักษาคือวันที่ผู้ป่วยจะเริ่มใช้เครื่อง APD)

ขั้นตอนที่ ๒ หน่วยบริการติดต่อบริษัทฯ ที่เข้าร่วมโครงการ ถึงความต้องการใช้เครื่อง APD จากนั้นบริษัทฯ ทำการจัดหาและจัดส่งเครื่อง APD ให้กับหน่วยบริการหรือผู้ป่วย (ขึ้นกับการบริหารจัดการของหน่วยบริการ)

ขั้นตอนที่ ๓ เมื่อหน่วยบริการได้รับเครื่อง APD คู่มือการใช้เครื่อง และอุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็น จึงเริ่มจัดการอบรมผู้ป่วยเรื่องการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่อง APD จากนั้นหน่วยบริการทำการบันทึกในระบบเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยมีความรู้เพียงพอในการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่อง APD ด้วยตนเอง และหน่วยบริการอนุญาตให้ผู้ป่วยนำเครื่อง APD กลับไปล้างไตด้วยตนเองที่บ้านได้

**ในกรณีเครื่อง APD เสีย และต้องการเปลี่ยนเครื่องใหม่**

ผู้ป่วยหรือหน่วยบริการ จะติดต่อบริษัทฯ ที่เข้าร่วมโครงการ ผ่านช่องทางการติดต่อที่บริษัทฯ กำหนด และบริษัทฯ จะดำเนินการรับเครื่อง APD ที่เสียกลับ พร้อมกับส่งเครื่องใหม่ทดแทนเครื่องที่เสีย ให้กับหน่วยบริการหรือผู้ป่วย และบริษัทฯ แจ้งหน่วยบริการให้รับทราบหลังจากได้จัดส่งเครื่องใหม่ให้ผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว

**ในกรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องหยุดการรักษาด้วย APD นานกว่า ๑ เดือนขึ้นไป**

หลังจากหน่วยบริการได้รับการติดต่อจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย และพบว่าเป็นกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องหยุดการรักษาด้วย APD นานกว่า ๑ เดือนขึ้นไป เช่น ผู้ป่วยเปลี่ยนวิธีการรักษา ผู้ป่วยติดเชื้อเยื่อบุทางช่องท้องและต้องพักการรักษานานกว่า ๑ เดือน ผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นต้น หน่วยบริการจะดำเนินการติดต่อบริษัทฯ ที่เข้าร่วมโครงการเพื่อให้บริษัทฯ ดำเนินการรับเครื่อง APD กลับจากผู้ป่วย

บริษัทฯ ที่เข้าร่วมโครงการ จะต้องจัดทำรายงานการจัดส่งเครื่อง APD ให้กับหน่วยบริการและสำนักงาน โดยทำการจัดส่งทุก ๆ สิ้นเดือน โดยรายงานดังกล่าว ประกอบด้วยข้อมูล ดังต่อไปนี้

๑. ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย และที่อยู่ของผู้ป่วยที่ใช้ในการจัดส่งเครื่อง APD

๒. ชื่อหน่วยบริการ

๓. เลขลำดับประจำเครื่อง (Serial number) ของเครื่อง APD ที่จัดส่งให้ผู้ป่วย

๔. สถานะเครื่อง APD เช่น เครื่องใหม่ หรือเครื่องทดแทน

## เกณฑ์ผลงานการล้างไตผ่านทางช่องท้องที่ใช้ในการจัดอันดับหน่วยบริการ

เกณฑ์ผลงานที่ใช้ในการจัดอันดับหน่วยบริการ เพื่อจ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Quality Incentive Program) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

| เกณฑ์คุณภาพ ๕ ข้อ | | วิธีคำนวณ | น้ำหนักเกณฑ์ (a) | ผลงานจริง (b) | คะแนนสุทธิ (c) |
|---|---|---|---|---|---|
| ๑ | ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้รับการลงทะเบียน KT | จำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้รับการลงทะเบียน KT ในช่วง ๖ เดือนของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD | ๒๐% | % ที่คำนวณได้จริง | c = a x b |
| ๒ | ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin ≥ ๓.๒ กรัมต่อเดซิลิตร | จำนวนผู้ป่วย PD ที่มีระดับ Serum Albumin ≥ ๓.๒ กรัมต่อเดซิลิตร ในช่วง ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD | ๒๐% | % ที่คำนวณได้จริง | c = a x b |
| ๓ | อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย PD ในระยะเวลา ๑๒ เดือน | One Year Patient Survival ของหน่วยบริการนั้น ณ สิ้นเดือนมีนาคม หรือกันยายน ของปีงบประมาณ | ๒๐% | % ที่คำนวณได้จริง | c = a x b |
| ๔ | อัตราการเสียชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis Related Dead rate) | จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้องในช่วง ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD | ๒๐% | % ที่คำนวณได้จริง | c = a x b |
| ๕ | อัตราการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis rate) | จำนวนผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้องในช่วง ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD | ๒๐% | % ที่คำนวณได้จริง | c = a x b |

### วิธีการจ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

จะคิดคะแนนรวม โดยคิดจากเกณฑ์คุณภาพแต่ละตัวชี้วัด ปรับด้วยจำนวนผู้ป่วย (ค่า K) จากนั้นนำร้อยละคะแนนรวมของแต่ละหน่วยบริการมาเรียงลำดับจากมากไปน้อย โดยหน่วยบริการที่มีคะแนนรวมมากที่สุด ๑๐๐ ลำดับแรก จะได้รับค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Quality Incentive Program) จำนวน ๕๐๐ บาท ต่อคนต่อเดือน

## เกณฑ์ผลงานคุณภาพในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เกณฑ์ผลงานที่ใช้ในการจัดอันดับหน่วยบริการ เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

| เกณฑ์คุณภาพ ๕ ข้อ | | วิธีคำนวณ | น้ำหนักเกณฑ์ | ค่าเป้าหมาย |
|---|---|---|---|---|
| ๑ | ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่ได้รับการลงทะเบียน KT | จำนวนผู้ป่วย HD ที่อายุน้อยกว่า ๖๕ ปี และไม่ได้รับการวินิจฉัย HIV และ/หรือ Hepatitis ที่ลงทะเบียน KT หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active HD ที่อายุน้อยกว่า ๖๕ ปี และไม่ได้รับการวินิจฉัย HIV และ/หรือ Hepatitis ของหน่วยบริการนั้น | ๒๐% | มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑๑.๕ |
| ๒ | ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่มีค่า Serum Albumin เฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ ๓.๕ กรัมต่อเดซิลิตร | จำนวนผู้ป่วย HD ที่มีค่า serum albumin เฉลี่ยทั้งปีมากกว่าหรือเท่ากับ ๓.๕ กรัมต่อเดซิลิตร หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active HD ของหน่วยบริการนั้น | ๒๐% | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ |
| ๓ | ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่มีระดับ hemoglobin เฉลี่ยมากกว่า ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร | จำนวนผู้ป่วย HD ที่มีระดับ hemoglobin เฉลี่ยมากกว่า ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active HD ของหน่วยบริการนั้น | ๒๐% | น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๑๐ |
| ๔ | ร้อยละของความเพียงพอในการฟอกเลือด (Kt/V) | จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดที่มีค่าเฉลี่ย Kt/V มากกว่าหรือเท่ากับ ๑.๒ กรณีฟอกเลือด ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active HD ของหน่วยบริการนั้น | ๒๐% | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ |
| ๕ | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดผ่านทาง AVF/AVG/Perm Cath | จำนวนผู้ป่วย HD ที่ได้รับการฟอกเลือดผ่านทาง AVF/AVG/Perm Cath หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active HD ของหน่วยบริการนั้น | ๒๐% | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ |