

ที่ สปสช. ๖.๗๐ / ๗.๒๕๖๐

๓)

มีถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการของผู้รับบริการ กรณีบริการผู้ป่วย
ไตวายเรื้อรัง

เรียน ผู้อำนวยการหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรการในการดำเนินงาน
เกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗
๒. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๗

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ออกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๗
โดยกรณีบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้กำหนดเงื่อนไข
การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข หน่วยบริการต้องจัดให้มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยัน
การใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด และกรณีตรวจสอบไม่พบการพิสูจน์ตัวตน
ของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ สปสช. จะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุขสำหรับบริการดังกล่าว รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติได้ออกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการ
เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗ กำหนดให้หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้มีสิทธิ
ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเพื่อประกอบการ
ขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุขเมื่อมีการรับบริการแล้ว รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒.

ในการนี้ เพื่อประโยชน์ในการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สปสช. จึงขอชักซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับชักซ้อมแนวทางการแสดงตน
ยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการของผู้รับบริการ กรณีบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ดังนี้

๑. ในการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ให้หน่วยบริการจัดให้ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วย
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่าย
ในการให้บริการสาธารณสุขเมื่อมีการรับบริการแล้วด้วยวิธีการและเครื่องมือ อย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

(๑) เครื่องรูดบัตรเคลื่อนที่ (EDC : Electronic Data Capture)

(๒) เครื่องให้บริการอัตโนมัติ (KIOSK)

(๓) เครื่องอ่านบัตรประชาชน (Smart Card)

(๔) แอปพลิเคชันไลน์ (Line Application)

(๕) แอปพลิเคชันที่สามารถเชื่อมต่อกับระบบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยขั้นสูงสุด

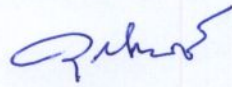
(๖) การพิสูจน์ตัวตน (Authentication) และการส่งข้อมูลเบิกจ่ายภายในวันที่รับบริการ

๒. การพิสูจน์ตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ หรือการพิสูจน์ตัวตน (Authentication) ตามข้อ ๑ (๖) ให้กระทำโดยการใช้บัตรประจำตัวประชาชนเป็นหลักฐานในการแสดงตนเพื่อพิสูจน์ตัวตนในการเข้ารับบริการ

๓. การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการซึ่งผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้แสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามวิธีการที่กำหนดดังกล่าว หน่วยบริการไม่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เว้นแต่ในกรณีมีเหตุจำเป็นที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ให้แจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายดุสิต ขำชัยภูมิ)

รองเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ

โทรศัพท์ : ๐๘๑ ๙๐๖ ๐๒๖๐ / ๐๘๔ ๓๘๗ ๘๐๕๐ / ๐๘๔ ๔๓๙ ๐๑๓๔

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : monthira.r@nhso.go.th / kanchana.r@nhso.go.th / pattra.a@nhso.go.th

ผู้รับผิดชอบ : นางสาวมณฑิรา รุจิรานนท์ / นางกัญจนา รัตนะ / นางภัทรา อเนกวิทยากิจ

สำเนาส่ง : ผู้อำนวยการเขต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตทุกเขต

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง มาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อรองรับการใช้บัตรประจำตัวประชาชนในการแสดงสิทธิประกอบการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายและเพื่อให้บริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้รายการและวงเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘ (๑) และ (๔) และมาตรา ๔๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑๓/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๖ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป และให้ใช้บังคับในจังหวัดแพร่ จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดนราธิวาส และจังหวัดอื่นตามที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด

ข้อ ๓ เพื่อประโยชน์ในการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการจัดให้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ เพื่อประกอบการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุขเมื่อมีการรับบริการแล้วด้วยวิธีการและเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) เครื่องรูดบัตรเคลื่อนที่ (EDC : Electronic Data Capture)

(๒) เครื่องให้บริการอัตโนมัติ (KIOSK)

(๓) เครื่องอ่านบัตรประชาชน (Smart Card)

(๔) แอปพลิเคชันไลน์ (Line Application)

(๕) แอปพลิเคชันที่สามารถเชื่อมต่อกับระบบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยขั้นสูงสุด

(๖) การพิสูจน์ตัวตน (Authentication) และการส่งข้อมูลเบิกจ่ายภายในวันที่รับบริการ

(๗) วิธีการอื่นที่จำเป็นตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๔ การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการซึ่งผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้แสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการตามวิธีการที่กำหนดในข้อ ๓ หน่วยบริการไม่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เว้นแต่ในกรณีมีเหตุจำเป็นที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ให้แจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ชลงาน ศรีแก้ว

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
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 จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง 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 ประกอบด้วย รายการบริการ ดังต่อไปนี้

๕.๑ การล้างไตผ่านทางช่องท้อง

๕.๒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

๕.๓ การปลูกถ่ายไต

ข้อ ๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

การล้างไตผ่านทางช่องท้อง

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ซึ่งเป็นบริการ การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ให้เป็นไป ตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๗.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบ การรักษาบำบัดทดแทนไต ซึ่งได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต ตามแนวทางของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต

๗.๒ ให้มีการคัดกรองลักษณะผู้ป่วยที่ควรได้รับการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวม ชนิดประคับประคอง โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโรคไตเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะ ของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

๗.๒.๑ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปี

๗.๒.๒ มีสิ่งตรวจพบซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับ ประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร อย่างน้อย ๒ ใน ๔ ข้อ ต่อไปนี้

(๑) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ” เมื่อตั้งคำถามและตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะไม่แปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วย เสียชีวิตในปีหน้า” 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 หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่สามารถจัดบริการล้างไต ผ่านทางช่องท้อง

ข้อ ๘ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตราอย่างใดอย่างหนึ่ง ปีละ ๑ ครั้ง ดังต่อไปนี้

๘.๑ หน่วยบริการขอรับการสนับสนุนน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ผ่านระบบ VMI

๘.๑.๑ การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

- (๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน ๔ ถังต่อวัน
- (๒) จุกปิดกันเชื้อ
- (๓) สายล้างไตทางช่องท้อง จ่ายผ่านระบบ VMI ให้แก่ผู้ป่วยรายใหม่และรายที่มี

ความจำเป็นต้องเปลี่ยน

- (๔) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไต

๘.๑.๒ การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ

- (๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ จำนวน ๒ ถังต่อวัน
- (๒) จุกปิดกันเชื้อ
- (๓) ตลับสาย

- (๔) สายล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายผ่านระบบ VMI ให้แก่ผู้ป่วยรายใหม่

และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน

- (๕) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่อง

อัตโนมัติ

(๖) สำนักงานจัดหาเครื่องล้างไตอัตโนมัติให้กับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ที่จำเป็นต้องล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ โดยเป็นไปตามขั้นตอนการขอรับการสนับสนุน เครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ แนบท้ายประกาศนี้

๘.๑.๓ กรณีการล้างไตผ่านทางช่องท้องตาม ๘.๑.๑ และ ๘.๑.๒ ที่มีความจำเป็นต้องใช้น้ำยาเกินกว่าที่กำหนด ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด โดยระบุจำนวนถังที่ใช้ต่อวัน

๘.๒ หน่วยบริการขอรับค่าบริการครอบคลุมค่าน้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องและอุปกรณ์

๘.๒.๑ ค่าบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่อง สำนักงานจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน ครอบคลุมค่ายา เวชภัณฑ์ และบริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ดังต่อไปนี้

- (๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่องขนาด ๒ ลิตรหรือ ๒.๕ ลิตรต่อถัง
- (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 ลิตรต่อถัง
- (๒) จุกปิดกันเชื้อ
- (๓) ตลับสาย
- (๔) เครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติ

(๕) สายล้างไตทางช่องท้อง

(๖) อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ

(๗) บริการจัดส่งน้ำยาล้างไต อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง และเครื่องล้างไตทางช่องท้อง

อัตโนมัติถึงบ้านผู้ป่วย

ข้อ ๙ ค่าบริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง สำนักงานจ่ายแบบเหมาจ่ายค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ในอัตรา ๑๘๐ บาทต่อขนาด ๔,๐๐๐ unit ให้กับหน่วยบริการตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และใช้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๘ สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา โดยเริ่มให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงเมื่อระดับ Hct < ๓๐% ขนาด ๔,๐๐๐ unit จำนวน ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ จนกระทั่งระดับ Hct เพิ่มขึ้น $\geq$ ๓๓% จึงลดลงเหลือ ๔,๐๐๐ unit ต่อสัปดาห์ และหยุดให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงเมื่อ 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 แบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน โดยประเมินตามเกณฑ์ผลงานการล้างไตผ่านทางช่องท้องที่ใช้ในการจัดอันดับหน่วยบริการ แนนท้ายประกาศนี้

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 สำนักงานจะดำเนินการประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน ดังต่อไปนี้

๑๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๑๔.๒ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๕ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการนั้น ๆ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑๕.๑ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานสนับสนุนและการบันทึกของแพทย์ในการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และกรณีผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปีมีหลักฐานการคัดกรองลักษณะของผู้ป่วยตามข้อ ๗.๒

๑๕.๒ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการบันทึกของแพทย์ในการให้บริการ รวมทั้งคำสั่งในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการครอบคลุมค่าน้ำยาล้างไตทางช่องท้องและอุปกรณ์ จะต้องพบการส่งจ่ายน้ำยาและอุปกรณ์ต่าง ๆ ครบถ้วนตามที่สำนักงานกำหนด

๑๕.๓ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามที่สำนักงานกำหนดในกรณีที่ขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องครอบคลุมทั้งการล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่อง และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ สำนักงานจ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน

๑๕.๔ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้แก่ คำสั่งแพทย์ในการสั่งยา หลักฐานการบริหารยา และฉลากของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ซึ่งต้องมีครบตามจำนวน vial ที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ จำนวนของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงต่อสัปดาห์ที่ขอเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ของระดับ Hct/Hb ที่สำนักงานกำหนด

๑๕.๕ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลงานการให้บริการตามเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพ และคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

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 ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

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 เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ และบันทึกข้อมูลศักยภาพตามที่สำนักงานกำหนดในโปรแกรมระบบพื้นฐานของหน่วยบริการ <http://cpp.nhso.go.th/CPP/>

ข้อ ๑๙ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

๑๙.๑ จ่ายค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงแบบเหมาจ่าย ในอัตรา ๑๘๐ บาท ต่อขนาด ๔,๐๐๐ unit ให้กับหน่วยบริการตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และใช้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๘ สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา โดยเริ่มให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงเมื่อระดับ Hct < ๓๐% โดยให้ขนาด ๔,๐๐๐ unit จำนวน ๒ ครั้ง ต่อสัปดาห์ จนกระทั่งระดับ Hct เพิ่มขึ้น $\geq 33\%$ จึงลดเหลือ ๔,๐๐๐ unit ต่อสัปดาห์ และหยุดให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงเมื่อ Hct $\geq 36\%$ กรณีได้รับยาอย่างต่อเนื่องแล้วผู้ป่วยยังคงมีภาวะซีด ให้สืบค้นสาเหตุที่แท้จริงตามแนวทางการรักษาหรือคู่มือของสมาคมโรคไต

๑๙.๒ ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จ่ายในอัตรา ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง ไม่เกิน ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่า ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ให้หน่วยบริการแจ้งเหตุผลความจำเป็นต่อสำนักงานเพื่อพิจารณาอนุมัติเป็นรายกรณี โดยค่าบริการดังกล่าวรวมค่าอุปกรณ์ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้

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

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

๑๙.๒.๓ ค่าตรวจเลือด หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด 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 ให้หน่วยบริการแจ้งความจำนงค์มาที่สำนักงาน เพื่อให้สำนักงานพิจารณาการสนับสนุนตามความเหมาะสมต่อไป

ชุดตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer ตาม ๑๙.๓.๑ ๑๙.๓.๒ และ ๑๙.๓.๓ ๑ ชุด ประกอบด้วย 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 ที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

๑๙.๔.๑ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการหรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยจ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

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

๑๙.๕ การทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องทำไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมงต่อครั้งฟอกเลือด ยกเว้น กรณีการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก หรือกรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ หรือกรณีพบว่า มีภาวะฉุกเฉิน ให้หน่วยบริการที่ให้บริการด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เป็นหน่วยส่งต่อผู้ป่วย เบิกค่ายาค่าหัตถการเบื้องต้นที่หน่วยบริการใช้ ก่อนนำส่งผู้ป่วย

๑๙.๖ ค่าบริการสำหรับการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) กำหนดอัตราจ่ายดังต่อไปนี้

๑๙.๖.๑ Tunnel cuffed catheter (Semi-Permanent Double Lumen Hemodialysis Catheter) มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) จ่ายแบบเหมาจ่ายรวมค่าอุปกรณ์รหัส ๔๙๐๕ สายสวนสองช่องแบบกึ่งถาวรสำหรับฟอกเลือดล้างไต (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 หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือด ส่วนปลาย 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 ให้เบิกจ่ายได้ เฉพาะกรณีที่มีปัญหาในขณะที่ทำการฟอกเลือด เช่น สายอุดตันต้อง revise สาย เป็นต้น

๑๙.๗ ในกรณีที่หน่วยบริการเข้าร่วมการให้บริการในรูปแบบการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ให้หน่วยบริการเบิกจ่ายในอัตราที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนและกรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง

ส่วนที่ ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๐ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านโปรแกรมบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมายังสำนักงาน หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๑ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒๐ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการที่กำหนด และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

ส่วนที่ ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๒ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หน่วยบริการต้องจัดให้มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๓ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือนดังต่อไปนี้

๒๓.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

๒๓.๒ ข้อมูลปฏิเสธการจ่าย (ข้อมูล Deny) หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

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

๒๔.๑ ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๒๔.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านจากการตรวจสอบข้อมูลรายการนั้นจะถูกชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อให้มีตรวจสอบเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการรับบริการ หรือการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการจากหน่วยบริการอีกครั้งซึ่งมีเกณฑ์ในการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

๒๔.๒.๑ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานสนับสนุนและการบันทึกของแพทย์ในการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและกรณีผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปีมีหลักฐานการคัดกรองลักษณะของผู้ป่วยตามข้อ ๑๘.๒

๒๔.๒.๒ ตรวจสอบพบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีในกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี

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 ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องทำไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมงต่อครั้งฟอกเลือด ยกเว้นกรณีการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรกหรือกรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ หรือกรณีพบว่ามีความผิดปกติ ต้องมีบันทึกเหตุผลความจำเป็นดังกล่าวไว้ในเวชระเบียน หรือ hemodialysis work sheet

๒๔.๒.๘ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานบันทึกการทำหัตถการตามหัตถการที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่าบริการสำหรับการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ทั้งนี้ ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการแต่ละประเภทต้องเป็นไปตามที่กำหนด มีบันทึกข้อบ่งชี้ดังกล่าวไว้ในเวชระเบียน

๒๔.๒.๙ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการที่เข้าเกณฑ์การให้บริการ

ในรูปแบบการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ในกรณีที่เรียกค่าใช้จ่ายการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ในรูปแบบการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน

ข้อ ๒๕ กรณีที่สำนักงานรายงานผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการ สำนักงานจะดำเนินการ ดังต่อไปนี้

๒๕.๑ ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการจะนำไปประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย

๒๕.๒ ข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบหลักฐานการให้บริการเนื่องจากไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย หรือให้บริการไม่ครบตามที่หลักเกณฑ์กำหนด สำนักงานจะแจ้งผลการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการให้หน่วยบริการทราบ โดยหน่วยบริการสามารถขอให้อำนาจหน่วยงานทบทวนผลการตรวจสอบ 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 ในกรณีที่เมื่อเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวด ๒ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด ๓ บริการปลูกถ่ายไต

ส่วนที่ ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๒๙ การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการปลูกถ่ายไต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๒๙.๑ เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบการรักษาบำบัดทดแทนไต ซึ่งได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต

๒๙.๒ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไตโดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

ข้อ ๓๐ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

๓๐.๑ ค่าบริการในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไต

๓๐.๑.๑ ผู้บริจาคที่มีชีวิต

(๑) ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 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 จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 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 จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๑,๓๐๐ บาทต่อครั้ง ดังต่อไปนี้

(ก) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(ข) ค่าตรวจเอกซเรย์

(ค) ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA

(ง) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

(๒) ค่าส่งตรวจ Panel reactive antibody จ่ายตามจริงไม่เกินอัตรา 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

(ช) ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษา

ในโรงพยาบาล

(ซ) ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ระหว่างรับการรักษา

ในโรงพยาบาล

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

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

ในโรงพยาบาล

- (ซ) ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ระหว่างรับการรักษา

ในโรงพยาบาล

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

ในโรงพยาบาล

- (ณ) ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine level ระหว่างรับการรักษา

ในโรงพยาบาล

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

ในโรงพยาบาล

(ณ) ค่าตรวจวัดระดับยา Tacrolimus level ระหว่างรับการรักษา

ในโรงพยาบาล

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 บาทต่อครั้ง 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 จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 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

(ณ) ไม่รวมค่าทำ Acute hemodialysis (กรณีที่ทำ Acute hemodialysis

ให้เพิ่มด้วย Protocol DGF-C)

(๔) Protocol AMR-B (Refractory Antibody Mediated Rejection)

ใช้ร่วมกับ Protocol อื่น ๆ ในกรณีที่มีภาวะ Refractory Antibody Mediated Rejection จ่ายแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 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 ค่าตรวจ

ชิ้นเนื้อ (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 ค่าตรวจ
ชิ้นเนื้อ 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 ค่ายากดภูมิภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยครอบคลุมการตรวจรักษา
เพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การตรวจระดับยา
กดภูมิคุ้มกันด้วย โดยค่าบริการแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต ดังต่อไปนี้

๓๐.๓.๑ หลังผ่าตัด ๑ - ๖ เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๓๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน

๓๐.๓.๒ หลังผ่าตัด ๗ - ๑๒ เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน

๓๐.๓.๓ หลังผ่าตัด ๑๓ - ๒๔ เดือน จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน

๓๐.๓.๔ หลังผ่าตัด ๒๕ เดือนขึ้นไป จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน

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 หรือส่งข้อมูล
ตามชุดข้อมูลมาตรฐาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบ
โปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓๒ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๓๑ แล้วให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูล
รับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการที่กำหนด และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียม
เอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

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 ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานผู้รับบริการลงทะเบียนเพื่อบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไต

๓๔.๒ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนกรณีผู้รับบริการที่วินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และข้อชี้บ่งการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีปลูกถ่ายไตโดยอายุรแพทย์โรคไต

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

๓๔.๔ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนการให้บริการระหว่างผ่าตัดปลูกถ่ายไตสำหรับผู้รับบริจาค

๓๔.๔.๑ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่มีหลักฐานสนับสนุนข้อบ่งชี้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนดในการให้บริการในแต่ละ protocol ในกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด 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 และสติกเกอร์ของอุปกรณ์ กรณีรักษาการตีบของเส้นเลือดไต

๓๔.๕ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการตรวจรักษาเพื่อติดตามผล หลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต คำสั่งแพทย์ในการส่งจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ และการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน ตามจำนวนเดือนที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

๓๔.๖ ตรวจสอบพบเอกสารหลักฐานการให้บริการกรณีที่มีภาวะสลัดไต ได้แก่ หลักฐาน การให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis work sheet) ตามที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

ข้อ ๓๕ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๓๕.๑ การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามส่วนที่ ๑ ของหมวด ๓

๓๕.๒ กรณีที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการแล้วพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ หลักฐานการให้บริการตามข้อ ๓๔

ข้อ ๓๖ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่าการให้บริการ อาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในส่วนที่ ๑ ของหมวด ๓ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติ หลังจ่ายค่าใช้จ่ายตามหมวดนี้ ว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสาร ที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบ และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

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

ประกาศ ณ วันที่ ๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

หมายเลขใบรับรอง: 5050815548a6ab77ae676dce08aa36
วันที่: 24/05/2024
ลงนามโดย: จเด็จ ธรรมธัชอารี
หมายเลขเอกสาร: 3415-ae67-b243



(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หนังสือแสดงการเรียนรู้เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและหรือญาติ
COUNSELLING AND SHARED DECISION MAKING CONSENT FORM

หน่วยบริการ รพ.....

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

เบอร์โทรศัพท์ต่อ

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

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

วันที่เริ่ม กระบวนการ Shared Decision Making

วันที่ ตัดสินใจเลือก วิธีการรักษา.....

วิธีบำบัดทดแทนไตที่เลือก

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

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล ดังกล่าว และมีความเข้าใจกระบวนการรักษา การบำบัดทดแทนไต โดยการลงนามนี้

ลายมือชื่อผู้ป่วย _____ วัน-เดือน-ปี _____
(_____)

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

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

หมายเหตุ : กระบวนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Sharing Decision Making) หน่วยบริการสามารถใช้วิธีใดก็ได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้ครบ 5 ขั้นตอน เช่น Application / กระบวนการกลุ่ม หรืออื่น ๆ ที่หน่วยบริการกำหนด

ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ

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

ขั้นตอนที่ ๑ หลังจากผู้ป่วยได้ตัดสินใจร่วมกับแพทย์ผู้ให้การรักษา ในการเลือกการรักษาด้วย APD แล้ว หน่วยบริการจะบันทึกข้อมูลการเบิกเครื่อง APD และนำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD solution) ผ่านระบบ DMIS ภายใต้วัดข้อแสดงความจำนงค์เข้าร่วมโครงการ UC-APD โดยมีการแจ้งความจำนงค์เบิกเครื่อง APD และนำยาล้างไต APD ล่วงหน้าก่อนผู้ป่วยจะเริ่มการรักษา APD อย่างน้อย ๑๕ วัน ปฏิทิน (สำหรับผู้ป่วยใหม่ วันที่เริ่มการรักษาคือวันที่ผู้ป่วยวางสายล้างไตทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter) หรือ สำหรับผู้ป่วยเดิมวันที่เริ่มการรักษาคือวันที่ผู้ป่วยจะเริ่มใช้เครื่อง APD)

ขั้นตอนที่ ๒ หน่วยบริการติดต่อบริษัทที่เข้าร่วมโครงการ ถึงความต้องการใช้เครื่อง APD จากนั้น บริษัทฯ ทำการจัดหาและจัดส่งเครื่อง APD ให้กับหน่วยบริการหรือผู้ป่วย (ขึ้นกับการบริหารจัดการของหน่วยบริการ)

ขั้นตอนที่ ๓ เมื่อหน่วยบริการได้รับเครื่อง APD คู่มือการใช้เครื่อง และอุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็น จึงเริ่มจัดการอบรมผู้ป่วยเรื่องการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ จากนั้นหน่วยบริการทำการบันทึกในระบบ เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยมีความรู้เพียงพอในการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติด้วยตนเอง และหน่วยบริการอนุญาตให้ผู้ป่วยนำเครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติกลับไปล้างไตด้วยตนเองที่บ้านได้

ในกรณีเครื่อง APD เสีย และต้องการเปลี่ยนเครื่องใหม่

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

ในกรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องหยุดการรักษาด้วย APD นานกว่า ๑ เดือนขึ้นไป

หลังจากหน่วยบริการได้รับการติดต่อจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย และพบว่าเป็นกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องหยุดการรักษาด้วย APD นานกว่า ๑ เดือนขึ้นไป เช่น ผู้ป่วยเปลี่ยนโหมดการรักษา ผู้ป่วยติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้องและต้องพักการรักษานานกว่า ๑ เดือน ผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นต้น หน่วยบริการจะดำเนินการติดต่อบริษัทที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อให้บริษัทฯ ดำเนินการรับเครื่อง APD กลับจากผู้ป่วย

บริษัทที่เข้าร่วมโครงการ จะต้องจัดทำรายงานการจัดส่งเครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติให้กับหน่วยบริการและสำนักงาน โดยทำการจัดส่งทุก ๆ สัปดาห์ โดยรายงานดังกล่าว ประกอบด้วยข้อมูลดังนี้

๑. ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย และที่อยู่ของผู้ป่วยที่ใช้ในการจัดส่งเครื่อง
๒. ชื่อหน่วยบริการ
๓. Serial number ของเครื่องที่จัดส่งให้ผู้ป่วย
๔. สถานะเครื่อง เช่น เครื่องใหม่ หรือเครื่องทดแทน

เกณฑ์ผลงานการล้างไตทางช่องท้องที่ใช้ในการจัดอันดับหน่วยบริการ

เกณฑ์ผลงานที่ใช้ในการจัดอันดับหน่วยบริการ เพื่อจ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตทางช่องท้อง (Quality Incentive Program) มีรายละเอียดดังนี้

เกณฑ์คุณภาพ ๔ ข้อ		วิธีคำนวณ	น้ำหนัก เกณฑ์ (a)	ผลงานจริง (b)	คะแนน สุทธิ (c)
๑	ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้รับการลงทะเบียน KT	จำนวนผู้ป่วย PD ที่ได้รับการลงทะเบียน KT ในช่วง ๖ เดือนของหน่วยบริการนั้นหารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD	๒๕%	% ที่คำนวณได้จริง	$c = a \times b$
๒	ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin ≥ 3.2 g/dl	จำนวนผู้ป่วย PD ที่มีระดับ Serum Albumin ≥ 3.2 g/dl ในช่วง ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย active PD	๒๕%	% ที่คำนวณได้จริง	$c = a \times b$
๓	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา ๑๒ เดือน	One Year Patient Survival ของหน่วยบริการนั้น ณ สิ้นเดือน มี.ค. หรือ ก.ย. ของปีงบประมาณ	๒๕%	% ที่คำนวณได้จริง	$c = a \times b$
๔	อัตราการเสียชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis Related Dead rate)	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในช่วง ๖ เดือนย้อนหลังของหน่วยบริการนั้น หารด้วย จำนวนผู้ป่วย active PD	๒๕%	% ที่คำนวณได้จริง	$c = a \times b$

วิธีการจ่ายค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

จะคิดคะแนนรวม โดยคิดจากเกณฑ์คุณภาพแต่ละตัวชี้วัด ปรับด้วยจำนวนผู้ป่วย (ค่า K) จากนั้นนำร้อยละคะแนนรวมของแต่ละหน่วยบริการ มาเรียงลำดับจากมากไปน้อย โดยหน่วยบริการที่มีคะแนนรวมมากที่สุด ๘๕ ลำดับแรก จะได้รับค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตทางช่องท้อง (Quality Incentive Program) ที่ ๕๐๐ บาท ต่อผู้ป่วยต่อเดือน