



# สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๒-๔ อาคารรวมหน่วยงานราชการ “ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ”  
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๕๐ โทรศัพท์ ๐๒ ๑๕๑ ๕๐๐๐ โทรสาร ๐๒ ๑๕๓ ๘๗๓๐

ที่ สปสช.๑๕/๑.๐๐๒๕

๑ กันยายน ๒๕๕๒

เรื่อง การปรับแนวทางการสนับสนุนและชดเชยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการสนับสนุนยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ทุกเขต

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศ สปสช. เรื่องการสนับสนุนและชดเชยค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) จำนวน ๑ ชุด
๒. ประกาศ สปสช. เรื่องการสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน ๑ ชุด
๓. แนวทางการดำเนินงาน เรื่องการสนับสนุนและชดเชยค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมฯ จำนวน ๑ ชุด
๔. แนวทางการสนับสนุนยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายฯ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติเมื่อวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๒ เห็นชอบให้ปรับเพิ่มอัตราค่าจ่ายชดเชยค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับต้นทุนการให้บริการมากขึ้น โดยการปรับอัตราค่าฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี และมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น เช่น โรคหัวใจ ปอด ตับ ร่วมด้วย และเห็นชอบให้ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับยากระตุ้นการผลิตเม็ดเลือด Erythropoietin ผ่านระบบ VMD ขององค์การเภสัชกรรม และให้สนับสนุนค่าบริการจัดการ ค่าบริการอื่นๆ ความละเอียดทราบแล้วนั้น เพื่อให้เป็นไปตามมติดังกล่าว จึงได้ดำเนินการออกประกาศ สปสช. เรื่องการสนับสนุนและชดเชยค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และประกาศ สปสช. เรื่องการสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑, ๒ และ ได้จัดทำแนวทางการดำเนินงานตามประกาศดังกล่าว เพื่อให้เกิดความเข้าใจในทางปฏิบัติมากขึ้น รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓, ๔

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงขอความร่วมมือจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ดำเนินการดังนี้

๑. ชี้แจงหน่วยบริการ / สถานบริการที่ร่วมให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง CAPD และ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD ทุกแห่ง เกี่ยวกับหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการการปรับอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD การสนับสนุนยา Erythropoietin และการสนับสนุนค่าบริการจัดการตามประกาศและแนวทางการดำเนินงานดังกล่าว

๒. ประสานทำความเข้าใจ คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด หน่วยบริการ/สถานบริการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เร่งพิจารณาขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ / สถานบริการ และลงทะเบียนผู้ป่วยกรณีให้บริการ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี และมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่นร่วมด้วย เพื่อใช้สิทธิรับการชดเชยค่าบริการฟอกเลือดในอัตรา ๑,๒๐๐ บาท (สำหรับผู้ป่วยรายเก่า) และ ๑,๗๐๐ บาท (สำหรับผู้ป่วยรายใหม่) ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด และเมื่อรับทราบผลการพิจารณาของคณะกรรมการระดับจังหวัดแล้ว ให้ดำเนินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ/สถานบริการและลงทะเบียนผู้ป่วยได้ทันที การจ่ายชดเชยในอัตราดังกล่าวมีผลตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๒ เป็นต้นไป และเมื่อมีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ/สถานบริการและลงทะเบียนผู้ป่วยแล้วเสร็จ

๓. ทำความเข้าใจเรื่องการขอรับการสนับสนุนยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือด Erythropoietin แก่หน่วยบริการ / สถานบริการ แนะนำให้เตรียมการจัดระบบภายใน การเลือกรายการยา และการสนับสนุนยาแก่ผู้ป่วย สำหรับการจัดเก็บและควบคุมคุณภาพยา ควรให้เป็นไปตามระบบคุณภาพเดิมของหน่วยบริการ/สถานบริการ ทั้งนี้ การสนับสนุนยาตามประกาศ จะมีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๒ เป็นต้นไป ส่วนก่อนหน้านั้นจะสนับสนุนเป็นเงินตามระบบเดิมที่เคยมีการชี้แจง ไปแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการแจ้งหน่วยบริการ / สถานบริการที่เกี่ยวข้องโดยด่วน ด้วย  
จกเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายประทีป สนกิจเจริญ)

รองเลขาธิการ ใต้ถาดกรมแพน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ

โทร ๐๒-๑๔๑๔-๑๔๖ , ๐๒-๑๔๑๔-๑๕๒

โทรสาร ๐๒-๑๔๑๓-๕๗๔๔

ผู้รับผิดชอบ ปราโมทย์ แยมพร้อม / ศิริพร สิมฉิ่ง



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย  
ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD)

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖(๑๔) และมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๕๑ วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๑ และครั้งที่ ๕/๒๕๕๒ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๒ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) แบ่งเป็น ๓ ประเภท คือ

(๑) ผู้ป่วย HD รายเก่าที่มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วยที่เปลี่ยนสิทธิจากระบบอื่น เช่น สิทธิประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการข้าราชการ เป็นต้น ซึ่งได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ โดยรับบริการที่หน่วยบริการ หรือสถานบริการ HD ที่ได้ขึ้นทะเบียนกับสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายเฉพาะค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งละไม่เกิน ๕๐๐ บาท และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การสนับสนุนครั้งละ ๑,๐๐๐ บาทหรือ ๑,๒๐๐ บาท ตามข้อ ๓(๑) และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงตามข้อ ๓(๒) โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ แต่ต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ รวมทั้งมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์

(๒) ผู้ป่วย HD รายใหม่ที่มีสิทธิ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ว่าไม่สามารถใช้วิธีทดแทนไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) หรือ ต้องเปลี่ยนจาก CAPD เป็นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบถาวร ตามหลักเกณฑ์หรือข้อบ่งชี้หรือข้อห้ามในข้อ ๒ และผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการระดับจังหวัดว่าต้องใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งก่อนและหลังวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ โดยผู้ป่วยไม่ต้องร่วมจ่าย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การสนับสนุนค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งละ ๑,๕๐๐ บาทหรือ ๑,๗๐๐ บาท ตามข้อ ๓(๑) และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงตามข้อ ๓(๒) โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ แต่ต้องเป็นไปตามความจำเป็น และ ข้อบ่งชี้ รวมทั้งมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์





ข้อ ๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การสนับสนุนค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงแก่หน่วยบริการหรือสถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการ ดังนี้

(๑) ชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วย HD รายเก่าตามข้อ ๑(๑) ครั้งละ ๑,๐๐๐ บาท และผู้ป่วย HD รายใหม่ตามข้อ ๑(๒) ครั้งละ ๑,๕๐๐ บาท ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี และมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น เช่นโรคหัวใจ ปอด ตับ ร่วมด้วย และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหน่วยบริการหรือสถานบริการขนาดใหญ่ที่มีการให้บริการห่อผู้ป่วยไตซึ้ โดยชดเชยครั้งละ ๑,๒๐๐ บาท สำหรับผู้ป่วยตามข้อ ๑(๑) และครั้งละ ๑,๗๐๐ บาท สำหรับผู้ป่วยตามข้อ ๑(๒)

(๒) ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ได้แก่

(ก) ค่าชดเชยและค่ายา Erythropoietin ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(ข) ค่าทำเน้น HD ตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วย ๑ คนต่อ ๒ ปี

ข้อ ๔ ให้หน่วยบริการหรือสถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แจ้งความจำนงเป็นหนังสือต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต เพื่อดำเนินการตรวจรับรองมาตรฐานตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ หน่วยงานบริการหรือสถานบริการตามข้อ ๔ มีหน้าที่ ดังนี้

(๑) จัดให้มีการลงทะเบียนและข้อมูลผู้ป่วย HD ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามระบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(๒) จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต หรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดจำนวนหนึ่งคนเป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบและมีพยาบาลโรคไตจำนวนหนึ่งคนเป็น HD Case Manager ประจำ

(๓) จัดให้มีการบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีสถานที่และเจ้าหน้าที่เหมาะสมและพอเพียงตามมาตรฐานที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด

(๔) จัดให้มีการบริการหรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่จำเป็น เช่น การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ การเยี่ยมบ้าน การรักษา หรือส่งต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เป็นต้น

(๕) จัดส่งข้อมูลและเบิกค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงตามอัตราและผ่านระบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดทุกสิ้นเดือน (ใช้ระบบเดียวกันกับสวัสดิการข้าราชการที่สำนักงานคณบดีการสาธารณสุข (สกส.) ดำเนินการอยู่)



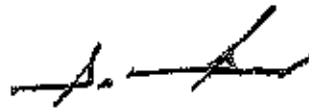
(๖) ข้าราชการความสะดกในการตรวจรับรองมาตรฐานจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หรือ การตรวจประเมินเบื้องต้นจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต และส่งเอกสารให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๗) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือคณะกรรมการระดับ จังหวัดกำหนด

ข้อ ๖ การแจ้ง การสั่งการ หรือการดำเนินการใด ๆ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามประกาศนี้ ให้ถือการส่วนหนึ่งของประกาศนี้

ข้อ ๗ ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๒ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๒



(นายวิชัย สวัสดิ์วิตร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่องการสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์การกำหนดให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง CAPD หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD ให้ได้รับยา Erythropoietin จากหน่วยบริการหรือสถานบริการที่ร่วมให้บริการ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 26(14) และมาตรา 36 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2551 ในการประชุมเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2551 และครั้งที่ 5/2552 เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2552 เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ลงวันที่ 14 กรกฎาคม 2552

ข้อ 2 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิได้รับบริการ CAPD และ HD ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสิทธิได้รับยา Erythropoietin ตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์รวมทั้งราคาขายของแต่ละยี่ห้อ ดังนี้

ชื่อยา	ขนาดยา	ระดับ Hct $\leq$ 30 % เบิกได้ตามจ่ายจริงและไม่เกิน	ระดับ Hct >30%-36% เบิกได้ตามจ่ายจริงและไม่เกิน
• Erypo (Eprex)	4,000 ȳ	4,000 ȳ x 6 ต่อเดือน	4,000 ȳ x 4 ต่อเดือน
• Hypercrit(Hemax)	4,000 ȳ	4,000 ȳ x 8 ต่อเดือน	4,000 ȳ x 4 ต่อเดือน
• Espogen	4,000 ȳ	4,000 ȳ x 8 ต่อเดือน	4,000 ȳ x 4 ต่อเดือน
• Epokine	4,000 ȳ	4,000 ȳ x 8 ต่อเดือน	4,000 ȳ x 4 ต่อเดือน
• Eporon	4,000 ȳ	4,000 ȳ x 10 ต่อเดือน	4,000 ȳ x 5 ต่อเดือน
• Eritrogen	4,000 ȳ	4,000 ȳ x 10 ต่อเดือน	4,000 ȳ x 5 ต่อเดือน
• Epoetin	4,000 ȳ	4,000 ȳ x 10 ต่อเดือน	4,000 ȳ x 5 ต่อเดือน
• Renogen	4,000 ȳ	4,000 ȳ x 10 ต่อเดือน	4,000 ȳ x 5 ต่อเดือน
• Epiao	4,000 ȳ	4,000 ȳ x 10 ต่อเดือน	4,000 ȳ x 5 ต่อเดือน
• Bioyetin	4,000 ȳ	4,000 ȳ x 10 ต่อเดือน	4,000 ȳ x 5 ต่อเดือน
• Gpoetin	4,000 ȳ	4,000 ȳ x 10 ต่อเดือน	4,000 ȳ x 5 ต่อเดือน

ข้อ 3 ให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมให้บริการ CAPD และ HD มีสิทธิเบิกยา Erythropoietin ที่ให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในข้อ 1 ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม และเบิกค่าบริการจัดการ ค่าบริการอื่นๆ รวมทั้งการส่งข้อมูล การใช้จ่ายดังกล่าว ในอัตรา 50 บาท ต่อการให้ยา 1 ครั้ง และรวมทั้ง เดือนไม่เกิน 200 บาท ต่อผู้ป่วยที่ต้องให้ยา 1 คน โดยเบิกยาและและส่งข้อมูลผ่านระบบตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดทุกสิ้นเดือน

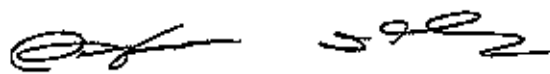
ข้อ 4 หน่วยหรือบริการสถานพยาบาล ที่ให้ยา Erythropoietin ชื่อยาใดชื่อยาหนึ่งควรใช้ต่อเนื่อง อย่างน้อยหนึ่งปี ยกเว้นมีเหตุจำเป็นทางการแพทย์ก็สามารถเปลี่ยนชื่อยาอื่นใดและแจ้งสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบ รวมทั้งต้องติดตามระดับ Hct ของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 4-8 สัปดาห์ ต่อครั้ง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยาแก่ผู้ป่วย

ข้อ 5 การให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วย CAPD และ HD ต้องให้โดยบุคลากรทางการแพทย์ ของหน่วยบริการหรือ สถานบริการที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง หรืออาจให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายที่อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วย โดยไม่ให้ผู้ป่วยนำยาไปฉีดเองที่บ้าน

ข้อ 6 การแจ้ง การสั่งการ หรือการดำเนินการใดๆ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามประกาศนี้ ให้ถือการส่วนหนึ่งของประกาศนี้

ข้อ 7 ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2552 เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. 2552



(นายประทีป ธนกิจเจริญ)

รองเลขาธิการ รักษาการแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



**แนวทางการสนับสนุนยา Erythropoietin**  
**สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่รับบริการทดแทนไต**  
**ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) และ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)**

ตามที่ มีการออกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการสนับสนุน และให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2552 เพื่อปรับปรุงระบบการสนับสนุนยาให้มีความเหมาะสม และผู้ป่วยได้รับยาตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์นั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติ จึงกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

**1. หลักการสนับสนุนยา Erythropoietin**

1.1 หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ ที่มีสิทธิเบิกยา Erythropoietin ได้แก่

- 1.1.1 หน่วยบริการที่ ร่วมให้บริการ CAPD ทุกแห่ง และให้เริ่มดำเนินการเบิกยาได้ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2552 เป็นต้นไป
- 1.1.2 หน่วยบริการ หรือ สถานบริการที่ร่วมให้บริการ HD ประเภท ที่ทำสัญญาแบบระยะยาว (ประเภท 2.1) เท่านั้น ที่มีสิทธิขอเบิก และ ให้เริ่มดำเนินการเบิกยาได้ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2552 เป็นต้นไป
- 1.1.3 สำหรับช่วงเดือนสิงหาคม – กันยายน 2552 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะ ให้การสนับสนุนในระบบการจ่ายชดเชยเป็นเงิน ในอัตราและวิธีการแบบเดิมตาม ข้อตกลงหรือสัญญาการให้บริการ

1.2 หน่วยบริการหรือสถานบริการที่ร่วมให้บริการ CAPD และ HD (ประเภท2.1) เมื่อให้บริการยา Erythropoietin ตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์แล้ว หลังให้บริการหน่วยบริการหรือสถานบริการ ดังกล่าวสามารถเบิกยาชดเชยผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมตามรายการชื่อยาและจำนวนยาที่ใช้จริงและไม่เกินอัตราที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด (หน่วยบริการหรือสถานบริการแต่ละแห่งสามารถขอเบิกยาได้มากกว่า 1 รายการชื่อยา)

1.3 การสนับสนุนยา Erythropoietin สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, จะสนับสนุนยา เฉพาะรายการชื่อยาที่ระบุในประกาศ เท่านั้น กรณีหน่วยบริการ หรือ สถานบริการ CAPD และ HD ใช้ยาชื่ออื่น นอกเหนือจากที่ระบุอยู่ในประกาศ จะไม่ได้รับการสนับสนุน

1.4 องค์การเภสัชกรรม จะจัดส่งยา Erythropoietin ตามระบบ VMI ให้หน่วยบริการ หรือ สถานบริการที่ร่วมให้บริการ CAPD และ HD เดือนละ 1 ครั้ง ยกเว้น บางแห่งที่มีข้อจำกัดในเรื่องการจัดเก็บและแจ้งความประสงค์ให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ดำเนินการจัดส่งให้เดือนละ 2 ครั้ง โดยจะแยกการจัดส่งยา สำหรับผู้ป่วย CAPD และผู้ป่วย HD ออกจากกัน

1.5 การให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วย หน่วยบริการหรือ สถานบริการที่ร่วมให้บริการ CAPD และ HD สามารถเลือกใช้ได้ตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แต่การให้ยาตัวใดตัวหนึ่งกับผู้ป่วย ควรใช้ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ยกเว้นมีความจำเป็นทางการแพทย์ก็สามารถเปลี่ยนเป็นยาตัวอื่นได้ โดยต้องบันทึกในแบบฟอร์มที่กำหนดและรายงานต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมทั้งต้องติดตามระดับ Hematocrit (Hct.) ของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 4-8 สัปดาห์ต่อครั้ง

1.6 การให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วย ต้องให้โดยบุคลากรทางการแพทย์ เท่านั้น โดย

1.6.1 ผู้ป่วย HD จะต้องให้ยาในหน่วยบริการ หรือสถานบริการที่ผู้ป่วยฟอกเลือดเท่านั้น

1.6.2 ผู้ป่วยCAPDนอกจากให้ยาในหน่วยบริการCAPD แล้ว สามารถส่งต่อให้ยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่อยู่ใกล้เคียงโดยหน่วยบริการCAPD ต้องจัดให้มีการส่งยาให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการโดย จะต้องส่งยาด้วยระบบ Cold Chain และมีใบส่งตัวให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

## 2 วิธีการสนับสนุนยา Erythropoietin

### 2.1 หน่วยบริการ CAPD

2.1.1 หน่วยบริการ CAPD บันทึกการใช้ยา ในโปรแกรม DMIS\_CAPD โดยหน่วยบริการ ต้องบันทึกข้อมูลการใช้ยาตามที่ใช้จริงในรอบเดือนที่ผ่านมา ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป หากไม่ดำเนินการบันทึกข้อมูลการใช้ยาตามระยะเวลาที่กำหนด จะทำการยกยอด ไปจ่ายสิ้นปีครั้งเดียวเท่านั้น โดยมีรายละเอียดการบันทึกข้อมูล ดังนี้

- 1) รายการยา ต้องเป็นชื่อยาที่ระบุตามประกาศเท่านั้น กรณีไม่ใช้ยาตาม รายการที่กำหนด สามารถเลือกบันทึกข้อมูลในประเภทอื่นๆ เพิ่มเติมได้ แต่ทั้งนี้ จะไม่ได้รับการสนับสนุนยา
- 2) ปริมาณการใช้ ให้ระบุจำนวน Unit ของยาตามที่ใช้จริง
- 3) ระดับ Hematocrit (Hct.) ที่ตรวจครั้งล่าสุด โดยต้องมีการเจาะระดับ Hct อย่างน้อย ทุก 4-8 สัปดาห์ต่อครั้ง

2.1.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประมวลผลข้อมูลการใช้ยา Erythropoietin ในระบบ DMIS\_CAPD ทุกวันที่ 16 ของเดือนถัดไป และส่งข้อมูลความต้องการ การชดเชยยาให้องค์การเภสัชกรรม

2.1.3 องค์กรเภสัชกรรม ส่งยาให้หน่วยบริการภายใน 5 วันทำการภายหลังจากได้รับ ข้อมูลการเบิกยาจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1.4 หน่วยบริการ ตรวจรับยาตามข้อมูลการเบิกยา ในโปรแกรม DMIS

### 2.2 หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ HD

2.2.1 หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ HD บันทึกข้อมูลการใช้ยาในโปรแกรมของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) ที่ปรับปรุงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2552 เป็นต้นไป เพื่อเตรียมความพร้อมของระบบก่อนที่จะเบิกจ่ายชดเชยยาจริงตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2552 เป็นต้นไป โดยหน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลการใช้ยาตามที่ใช้จริงในรอบเดือนที่ผ่านมา ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป โดยมีรายละเอียดการบันทึกข้อมูลดังนี้

- 1) รายการยา ต้องเป็นชื่อยาที่ระบุตามประกาศเท่านั้น กรณีไม่ใช้ยาตามรายการที่กำหนดสามารถเลือกบันทึกข้อมูลใน ประเภทอื่นๆ เพิ่มเติมได้ แต่ ทั้งนี้จะไม่ได้การสนับสนุนยา
- 2) ปริมาณการใช้ให้ระบุจำนวน Unit ของยาที่ใช้จริง
- 3) ระดับ Hemotocrit (Hct.) ที่ตรวจครั้งล่าสุด โดยต้องมีการเจาะระดับ Hct. ทุกเดือน เป็นอย่างน้อย

2.2.2 สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) ประมวลผลข้อมูลการใช้ยา Erythropoietin ของเดือนที่ผ่านมาทุกวันทำการที่ 1 หลังจากวันที่ 15 ของเดือนถัดไป และส่งข้อมูลให้องค์การเภสัชกรรม หากหน่วยบริการหรือสถานบริการบันทึกการใช้ยาล่าช้าจากเวลาที่กำหนดจะไม่นำข้อมูลในรอบนั้นมาประมวลผลเพื่อเบิกยา

2.2.3 องค์การเภสัชกรรม ส่งยาให้หน่วยบริการ หรือสถานบริการภายใน 5 วันทำการภายหลังจากได้รับข้อมูลการเบิกยา จาก สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)

2.2.4 หน่วยบริการหรือสถานบริการตรวจรับยาตามข้อมูล Statement ของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)

### 3. การสนับสนุนค่าบริหารจัดการ และค่าบริการอื่นๆ รวมทั้งการส่งข้อมูลการใช้ยา Erythropoietin

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะสนับสนุนค่าบริหารจัดการและบริการอื่นๆ ดังกล่าวในอัตรา 50 บาทต่อการใช้ยา 1 ครั้ง ทั้งนี้ไม่เกิน 200 บาทต่อผู้ป่วย 1 คนต่อเดือน (หากในแต่ละเดือนมีการฉีดยามากกว่า 4 ครั้ง อัตราการชดเชยค่าบริการของเดือนนั้นๆ จะถูกเฉลี่ย ด้วยจำนวนครั้งของการให้บริการของทั้งเดือนที่มีการบันทึกข้อมูลเข้ามาในโปรแกรม)

### 4. การอุทธรณ์

กรณีที่หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ CAPD และ HD ได้รับการสนับสนุนยา Erythropoietin ไม่ครบตามที่ให้บริการจริง สามารถอุทธรณ์เข้ามาได้ที่สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ภายใน ๓๐ วัน หลังจากได้รับการสนับสนุนยา

**หมายเหตุ** รายละเอียดการดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆ สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากคู่มือการบริหาร  
กองทุน และคู่มือการบริหารงบประมาณทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายใน  
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2553 หรือสอบถามข้อมูลได้จากผู้  
ประสานงานโรคไต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตทุกเขต

## แนวทางดำเนินงาน เรื่องการสนับสนุน และชดเชยบริการ

### ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD)

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ออกประกาศ เรื่องการสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2552 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อปรับอัตราการสนับสนุน และการจ่ายชดเชยค่าบริการให้มีความเหมาะสมสอดคล้องตามต้นทุนการให้บริการมากยิ่งขึ้นตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจในทางปฏิบัติมากขึ้น จึงกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

#### 1. หลักการสนับสนุน และชดเชยบริการ

1.1 ผู้ป่วยที่มีสิทธิ ได้รับการสนับสนุนและชดเชยค่าบริการ HD ต้องเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งประเภท ผู้ป่วยรายเก่าที่มีสิทธิผู้ป่วยรายใหม่ที่มีสิทธิ ตามประกาศฯ ดังกล่าว

1.2 หน่วยบริการ หรือสถานบริการ ที่มีสิทธิขอรับบริการชดเชยค่าบริการ HD ได้แก่ หน่วยบริการ หรือสถานบริการ ที่ขึ้นทะเบียน กับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งประเภท ที่ทำสัญญาแบบระยะยาว (2.1) และที่ทำสัญญาแบบชั่วคราว (2.2) โดยมีสิทธิได้รับการสนับสนุนค่าบริการฟอกเลือด สำหรับผู้ป่วยรายเก่า ในอัตรา 1,000 บาท และผู้ป่วยรายใหม่ ในอัตรา 1,500 บาท และ

1.3 หน่วยบริการหรือสถานบริการ HD ที่มีสิทธิขอรับค่าชดเชยบริการ HD สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีและมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น เช่น โรคหัวใจ ปอด ตับ ร่วมด้วย เป็นต้น ในอัตรา 1,200 บาท (สำหรับผู้ป่วยรายเก่า) และ 1,700 บาท (สำหรับผู้ป่วยรายใหม่) นั้น ต้องเป็นหน่วยบริการ หรือสถานบริการขนาดใหญ่ ที่มีบริการให้บริการห่อผู้ป่วยไอซียู และที่ทำสัญญา แบบระยะยาว (2.1) เท่านั้น

1.4 หน่วยบริการ หรือ สถานบริการที่ทำสัญญา แบบระยะยาว (2.1) เท่านั้น ที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ( ค่าชดเชยและค่ายา Erythropoietin และค่าทำเส้น HD ) ในอัตราที่กำหนด

2. การลงทะเบียนผู้ป่วย และการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ หรือ สถานบริการ HD เพื่อขอใช้สิทธิรับค่าฟอกเลือด ให้หน่วยบริการ หรือสถานบริการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

#### 2.1 หน่วยบริการ หรือสถานบริการ HD

##### 2.1.1 กรณีบริการจ่ายชดเชยในอัตราปกติ 1,000 /1,500 บาท

- 1) หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ HD จัดทำแบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

- 2) นำเสนอคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด (คณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด ) พิจารณา

#### 2.1.2 กรณีบริการจ่ายชดเชยในอัตรา 1,200 / 1,700 บาท

- 1) หน่วยบริการ หรือสถานบริการ จัดทำแบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งรายเก่า และรายใหม่ ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น เช่น โรคหัวใจ ปอด ตับ ร่วมด้วย เป็นต้น (ตามแบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายฯ)
- 2) จัดทำข้อมูล หน่วยบริการ / สถานบริการ (ที่ทำสัญญาแบบระยะยาว 2.1) ที่มีและให้บริการ หอผู้ป่วย ไอซียู
- 3) นำเสนอข้อมูลผู้ป่วย และ ข้อมูลหน่วยบริการ ให้กับคณะกรรมการ ฯ ระดับจังหวัด พิจารณาอนุมัติ

### 2.2 คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด (คณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด)

- 2.2.1 พิจารณาอนุมัติหน่วยบริการ หรือ สถานบริการ และรายชื่อผู้ป่วยตามข้อ 2.1.1 และ 2.1.2 ตามหลักเกณฑ์ข้อบ่งชี้หรือข้อห้าม ของ การบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามประกาศ ฯ
- 2.2.2 แจ้งรายงานการประชุมและผลการพิจารณาให้ หน่วยบริการ หรือสถานบริการ และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต เพื่อดำเนินการต่อในส่วนที่เกี่ยวข้อง

### 2.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

- 2.3.1 บันทึกข้อมูลรายชื่อหน่วยบริการ หรือสถานบริการ และผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด ในโปรแกรม DMIS\_HD
- 2.3.2 ส่งข้อมูลผู้ป่วยที่มีข้อห้ามสัมพัทธ์ กรณี ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำ CAPD ได้ ให้คณะกรรมการ พิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถล้างไตผ่านทางช่องท้อง ที่ส่วนกลาง พิจารณาอนุมัติ และแจ้งกลับผลการพิจารณาให้คณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด และ หน่วยบริการหรือสถานบริการ ทราบ

### 2.4 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลาง

#### 2.4.1 สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน

- 1) รวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม DMIS\_HD ตรวจสอบสิทธิ

- 2) ส่งข้อมูลให้สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) เพื่อนำเข้าโปรแกรมการชดเชยค่าบริการของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) ในรอบทะเบียนถัดไป(ดำเนินการเดือนละ 2 ครั้งรอบละ 15 วัน)

#### 2.4.2 สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ

- 1) สรุปข้อมูลผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ ฯ ระดับจังหวัด และ นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยที่มีข้อห้ามสัมพัทธ์ กรณีผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำ CAPD ได้ เสนอให้คณะกรรมการฯ ส่วนกลางเพื่อทราบ และ พิจารณา
- 2) ลงทะเบียนผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกรณีผู้ป่วยไม่สามารถอ้างได้ผ่านทางช่องทาง ตามรอบที่กำหนด และแจ้งกลับผลการดำเนินงานให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ทราบ

#### กำหนดเวลาในการมีสิทธิ

ผู้ป่วยจะได้รับสิทธิฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD ภายหลังจากวันที่ คณะกรรมการ ฯ ระดับจังหวัด พิจารณาอนุมัติ และลงทะเบียนผู้ป่วย ในโปรแกรมของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) ณ รอบการจ่ายถัดไป

### 3 . การเรียกเก็บ และจ่ายชดเชยค่าบริการ HD

ให้หน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

#### 3.1 หน่วยบริการ หรือสถานบริการ HD

- 3.1.1 บันทึกข้อมูลการให้บริการใน โปรแกรมของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) ภายหลังจากการให้บริการไม่เกิน 1 เดือน
- 3.1.2 ตรวจสอบข้อมูลการให้บริการและค่าชดเชยการให้บริการกับข้อมูล Statement ของ สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)
- 3.1.3 หากไม่ได้รับการชดเชยค่าบริการตามจริง ทำหนังสือขออุทธรณ์มายัง สำนักบริหารจัดการ โรคเฉพาะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

#### 3.2 สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)

- 3.2.1 นำเข้าข้อมูลหน่วยบริการ/สถานบริการ และรายชื่อผู้ป่วยใน โปรแกรมการจ่ายชดเชยค่าบริการของ สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)
- 3.2.2 ประมวลผลข้อมูลการให้บริการจากหน่วยบริการ/สถานบริการต่างๆ
- 3.2.3 ส่งข้อมูลการให้บริการ และค่าชดเชยการให้บริการ (Statement) ให้หน่วยบริการ/สถานบริการ /สำนักบริหารจัดการ โรคเฉพาะ เดือนละ 2 ครั้ง (รอบละ 15 วัน รายละเอียดตามแนบ)

### 3.3 สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จ่ายชดเชยค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วย HD รายเก่า และรายใหม่ ในอัตราที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดในประกาศ โดยจะดำเนินการเดือนละ 2 ครั้ง ตามรอบของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) (รายละเอียดตามแนบ)

**หมายเหตุ** รายละเอียดการดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆ สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้จากคู่มือการบริหารกองทุน และคู่มือการบริหารระบบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2553 หรือสอบถามข้อมูลได้จาก ผู้ประสานงาน โรคไต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.เขต ทุกเขต



## ตัวอย่างตารางการตัดข้อมูลผู้ป่วย HD

ประจำเดือน	งวด ที่ ส่ง ข้อมูล	รหัส รอบ ทะเบียน	ช่วงเวลา ของ รอบ ทะเบียน	สปสช.เขต บันทึกข้อมูล ในโปรแกรมที่ สปสช. กำหนดภายใน	ส.IT สปสช. ส่วนกลาง ตัดข้อมูล โปรแกรมที่ กำหนด	ส. IT สปสช.ส่ง ข้อมูล ลงทะเบียน กับสทส.	สทส. Update รายชื่อ ผู้ป่วยในโปรแกรมฟอก เลือด ของ สทส.และ แจ้งกลับ สปสช. / จัดส่ง ข้อมูล Scm ให้ สปสช.	สปสช.ขอ อนุมัติการ โอนเงิน
สิงหาคม 2552	1	20090801	1-15 ตค.52	12 ตค.52	12 ตค.52	14 ตค.52	18 ตค.52	8 กย.52
	2	20090802	16-31 ตค.52	27 ตค.52	27 ตค.52	31 ตค.52	2 กย.52	23 กย.52
กันยายน 2552	1	20090901	1-15 กย.52	13 กย.52	13 กย.52	15 กย.52	17 กย.52	8 ตค.52
	2	20090902	16-30 กย.52	28 กย.52	28 กย.52	30 กย.52	2 ตค.52	26 ตค.52
ตุลาคม 2552	1	20091001	1-15 ตค.52	13 ตค.52	13 ตค.52	15 ตค.52	19 ตค.52	10 พย.52
	2	20091002	16-31 ตค.52	28 ตค.52	28 ตค.52	30 ตค.52	3 พย.52	24 พย.52
พฤศจิกายน 2552	1	20091101	1-15 พย.52	12 พย.52	12 พย.52	16 พย.52	17 พย.52	9 ธค.52
	2	20091102	16-30 พย.52	26 พย.52	26 พย.52	30 พย.52	2 ธค.52	25 ธค.52
ธันวาคม 2552	1	20091201	1-15 ธค.52	13 ธค.52	13 ธค.52	15 ธค.52	17 ธค.52	8 มค.53
	2	20091202	16-31 ธค.52	28 ธค.52	28 ธค.52	30 ธค.52	5 มค.53	26 มค.53

แบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อพิจารณาขอใช้วิธีการรักษาบำบัดทดแทนไต  
ด้วยการฟอกลีตด้วยเครื่องไตเทียมถาวร HD

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โรงพยาบาล.....

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย (พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน)**

1. ผู้ป่วย (นาย/ นาง/ นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน.....  
 อายุ.....ปี อาชีพ.....สิทธิการรักษา.....  
 ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ หมู่บ้าน.....  
 ซอย.....ถนน.....ตำบล/ แขวง.....  
 อำเภอ/ เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....  
 สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย/ หย่า/ แยก  
 มีบุตร.....คน  
 อาชีพบุตรคนที่ ๑.....อาชีพบุตรคนที่ ๒.....  
 อาชีพบุตรคนที่ ๓.....อาชีพบุตรคนที่ ๔.....  
 อาชีพบุตรคนที่ ๕.....อาชีพบุตรคนที่ ๖.....

**ส่วนที่ 2 แพทย์ผู้รักษา**

1. สาเหตุของโรค (Cause of ESRD)

- ( ) Glomerulonephritis : Biopsy-proven (มีผล Kidney biopsy)
- |                                             |                                   |
|---------------------------------------------|-----------------------------------|
| ( ) Focal segmental glomerulosclerosis      | ( ) Membranous nephropathy        |
| ( ) Membranoproliferative GN                | ( ) IgA nephropathy               |
| ( ) Mesangial proliferative IgM nephropathy | ( ) Chronic allograft nephropathy |
| ( ) Unknown                                 |                                   |
| ( ) อื่นๆ.....                              |                                   |
- 
- |                               |                                             |
|-------------------------------|---------------------------------------------|
| ( ) Alport's syndrome         | ( ) Allograft failure                       |
| ( ) Analgesic nephropathy     | ( ) Aplastic/ dysplastic kidney disease     |
| ( ) Chronic urate nephropathy | ( ) Diabetic nephropathy                    |
| ( ) Lupus nephritis           | ( ) Obstructive nephropathy                 |
| ( ) Polycystic kidney disease | ( ) Presumed glomerulonephritis (No biopsy) |
| ( ) Unknown                   |                                             |
| ( ) อื่นๆ ระบุ.....           |                                             |

2. Co-morbid .....

.....

3. ประวัติการรักษา.....

.....

.....

4. ประวัติการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

4.1 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่วันที่.....

สถานบริการที่ผู้ป่วยติดตามการรักษา คือ.....

ผลการตรวจหีองปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ BUN.....mg/dl creatinine.....mg/dl

GFR.....ml/min วันที่..... CBC.....วันที่.....ใน

Ultrasound kidney size: right.....cm, left.....cm serum albumin.....

5. ประวัติการรักษาบำบัดทดแทนไตที่ผ่านมา

( ) 5.1 ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ตั้งแต่วันที่.....ชื่อสถานบริการ.....

( ) 5.2 ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตั้งแต่วันที่.....ชื่อสถานบริการ.....

( ) 5.3 ผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ตั้งแต่วันที่.....ชื่อสถานบริการ.....

6. การจำแนกระดับสมรรถนะผู้ป่วย

( ) ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล (patient totally depend on others)

( ) ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ (patient can do self-care)

( ) ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันและร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ (self-care and also significant social participation)

( ) ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้ (employed and still work)

7. สรุปความเห็นของแพทย์ผู้รักษา (กรณีผู้ป่วยจิตเวชและ/หรือสายตาสั้นที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ให้แนบใบรับรองแพทย์ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม)

.....

8. วันที่เริ่มขอใช้สิทธิ์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.....จำนวน.....ครั้ง/ สัปดาห์

รพ.ที่รับบริการฟอกเลือด.....รหัสหน่วยบริการ.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ให้การรักษา

(.....)

ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาล.....

