



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไต ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

.....

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไต
ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไต ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง
อย่างต่อเนื่อง (CAPD) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้เป็นไปตามรายละเอียดในเอกสารแนบท้าย
ประกาศ ๑-๔

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่ บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

(นายประทีป ธนกิจเจริญ)

รองเลขาธิการ รักษาการแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการจ่ายชดเชย
ค่าบริการบำบัดทดแทนไต ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

๑. หลักการและเหตุผล

ตามที่ คณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติ ให้มีการขยายขอบเขตสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ครอบคลุมการบำบัดทดแทนไต Renal Replacement Therapy (RRT) ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยให้ความสำคัญกับการให้บริการปลูกถ่ายไต Kidney Transplant (KT) และการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๑ และให้การสนับสนุนงบประมาณสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับบริการฟอกเลือดผ่านเครื่องไตเทียม Hemodialysis (HD) ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ โดยตั้งงบประมาณเพิ่มเติมในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๒ เป็นต้นไป นั้น

เนื่องจากการพัฒนาระบบ เพื่อจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นงานใหม่ที่จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายในการจัดให้มีศูนย์บริการ CAPD ในหน่วยบริการในพื้นที่ทั่วประเทศ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ซึ่งปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้มีการเพิ่มหน่วยบริการและจำนวนผู้ป่วยได้รับบริการ CAPD เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และพบว่าระบบการจ่ายชดเชยที่กำหนดไว้เดิมยังไม่สามารถตอบสนองให้เกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่องรวมทั้งยังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจแก่ แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ ที่ต้องรับภาระเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้น เพื่อเป็นการแก้ปัญหาและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบที่จะทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ปรับแนวทางสนับสนุนงบประมาณ ชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ใหม่ ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๒ เป็นต้นไป

๒. การสนับสนุนหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๒ เป็นต้นไป หน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการ CAPD จะรับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระบบเดียวกันทุกแห่ง โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายเพิ่มจากที่หน่วยบริการได้รับการชดเชยจากงบเหมาจ่ายรายหัวตามชุดสิทธิประโยชน์ปกติ (Additional Pay) และแบ่งการสนับสนุนเป็น ๒ ส่วน คือ

๒.๑ การสนับสนุนน้ำยา CAPD ยา Erythropoietin และ สาย Tenchkoff catheter

เพื่อควบคุมคุณภาพ และประกันความเสี่ยงให้หน่วยบริการในเรื่องราคาของยาและเวชภัณฑ์ยาที่อาจเปลี่ยนแปลงตามภาวะตลาด ลดภาระการจัดหาของหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะสนับสนุนน้ำยา CAPD ยา Erythropoietin และสาย Tenchkoff catheter ให้แก่หน่วยบริการ โดยบริหารจัดการผ่านระบบ Vendor Managed Inventory (VMI) ขององค์การเภสัชกรรม

๒.๑.๑ น้ำยา CAPD สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะสนับสนุน น้ำยา CAPD ให้แก่ผู้ป่วยโดยองค์การเภสัชกรรมจะเป็นผู้จัดส่งให้ถึงหน่วยบริการใกล้บ้านผู้ป่วย หรือถึงบ้านผู้ป่วยโดยตรง(ตามที่หน่วยบริการระบุ) ซึ่งหน่วยบริการสามารถสั่งน้ำยา CAPD ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD ให้แก่ผู้ป่วยได้ ตามความจำเป็นทางการแพทย์และไม่เกิน ๑๕๐ ถุง ต่อเดือน (สั่งครั้งละ ไม่เกิน ๒ เดือน) ยกเว้นหน่วยบริการเก่าที่มีผู้ป่วยใช้น้ำยา CAPD ที่องค์การเภสัชกรรมไม่สามารถจัดหาให้ได้ ให้หน่วยบริการดังกล่าวจัดหาน้ำยาและเบิกค่าน้ำยาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในอัตราถุงละไม่เกิน ที่องค์การเภสัชกรรมจำหน่ายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒.๑.๒ ยา Erythropoietin สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะสนับสนุนยา Erythropoietin ที่ผ่านการคัดเลือกด้านคุณภาพโดยคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง ให้แก่หน่วยบริการผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม โดยหน่วยบริการสามารถสั่งยาผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD เพื่อจ่ายให้แก่ผู้ป่วยตามความจำเป็น โดยพิจารณาจากระดับ Hct เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) คือ

ค่า Hct < หรือ = ๓๓ ให้ ยา Erythropoietin ขนาดไม่น้อยกว่า ๔,๐๐๐ U / สัปดาห์

ค่า Hct ๓๓ – ๓๖% ให้ ยา Erythropoietin ขนาดไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ U / สัปดาห์

ค่า Hct > ๓๖% ไม่มีสิทธิได้รับยา

โดยให้ได้ไม่เกินสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง การบริหารยา Erythropoietin หน่วยบริการจะต้องนัดและให้ยาผู้ป่วยที่หน่วยบริการโดยตรง หรือที่หน่วยบริการใกล้บ้านผู้ป่วย เช่น สถานีอนามัย เป็นต้น (ไม่ให้ให้ยาผู้ป่วยไปฉีดที่บ้านเอง)

๒.๑.๓ สาย Tenchkoff catheter สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะสนับสนุนสาย Tenchkoff catheter ให้แก่หน่วยบริการ ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม โดยหน่วยบริการสามารถสั่งผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD เพื่อใช้กับผู้ป่วยรายใหม่ และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนโดยทั่วไปไม่เกิน ๑ สาย / ผู้ป่วย ๑ ราย / ปี ยกเว้นบางรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนมากกว่าให้แจ้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบ



๒.๒ ค่าใช้จ่ายในการบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปรับวิธีการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อให้หน่วยบริการสามารถนำไปใช้ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นค่าชดเชยบริการ และค่าสนับสนุนตามภาระงานแก่แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ และผู้เกี่ยวข้อง โดยหน่วยบริการเบิกค่าใช้จ่ายดังกล่าวเป็นรายเดือน ดังนี้

๒.๒.๑ ค่าชดเชยบริการแบบเหมาจ่ายสำหรับหน่วยบริการในการให้บริการประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย การดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ค่ายาพื้นฐาน และยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการบริการ CAPD โดยตรง รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนโดยตรงที่เกิดจากการบริการ CAPD ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยหรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ในอัตรา ๔,๐๐๐ บาท/ผู้ป่วย ๑ ราย / เดือน หรือ ๔๘,๐๐๐ บาท/ ผู้ป่วย ๑ ราย/ปี

๒.๒.๒ ค่าสนับสนุนตามภาระงานสำหรับแพทย์ พยาบาล CAPD และเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องโดยตรง ของหน่วยไตเทียมหรือ CAPD ที่แยกระบบบริการต่างหาก เพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การนัดดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การสนับสนุนและติดตามเยี่ยมบ้าน รวมทั้งให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ อัตรา ๒,๐๐๐ บาท /ผู้ป่วย ๑ ราย /เดือน หรือ ๒๔,๐๐๐ บาท/ผู้ป่วย ๑ ราย / ปี

๒.๒.๓ ค่าสนับสนุนตามภาระงานแก่ แพทย์ ที่ผ่านการฝึกอบรมการวางสาย Tenckhoff catheter ในหลักสูตรที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การสนับสนุน หรือเห็นชอบหรือที่มีประสบการณ์การวางสายเป็นที่ยอมรับและได้ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ผู้วางสาย Tenckhoff catheter กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการผ่าตัดวางสายล้างช่องท้องอย่างถาวร ตามแนวเวชปฏิบัติ อัตรา ๒,๐๐๐ บาท / ครั้งของการวางสายจนสำเร็จ

๒.๒.๔ สนับสนุนให้หน่วยบริการเพื่อจัดกิจกรรมอาสาสมัครเฉพาะหน่วยที่มีผู้ป่วย CAPD มากกว่า ๓๐ รายขึ้นไป ในอัตรา ๖๐,๐๐๐ บาท /หน่วยบริการ/ปี

๓. หลักเกณฑ์การสนับสนุนและการจ่ายชดเชย

๓.๑ ผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงบริการทดแทนไตระดับจังหวัด เป็นผู้ที่มีสิทธิรับการล้างไตทางช่องท้อง CAPD

๓.๒ ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยในโครงการ CAPD จากหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการฯ และมีการบันทึกข้อมูล การรักษา ลงในโปรแกรม DMIS_CAPD ครบถ้วน รวมทั้งบันทึกการติดตามตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

-๔-

๓.๓ เมื่อผู้ป่วยย้ายหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายค่าใช้จ่ายในเดือนนั้น ๆ ให้หน่วยบริการที่ให้การรักษาและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะยุติการจ่าย เมื่อมีการเปลี่ยนสิทธิเป็นสิทธิอื่น หรือเสียชีวิต

๓.๔ กรณีเปลี่ยนวิธีการรักษา จาก CAPD เป็น HD และกลับมารักษาโดยการทำ CAPD และหรือกรณีมีความจำเป็นต้องทำ HD ก่อนทำ CAPD ภายในระยะเวลารวม ๙๐ วัน (Temporary HD) ทั้งในกรณีพักท้องหรือภาวะยูรีเมีย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายชดเชยในราคา ๑,๕๐๐ บาท ต่อครั้งของการบริการ HD หรือตามอัตราค่าชดเชย บริการ HD ตามปกติที่ปรับเปลี่ยนใหม่ ทั้งนี้หากหน่วยบริการ CAPD ไม่สามารถให้บริการ HD ได้เอง และส่งผู้ป่วยไปรับบริการ HD ที่หน่วยฟอกเลือดอื่น หน่วยบริการ CAPD จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดให้หน่วยฟอกเลือดที่ส่งไปนั้น และเบิกชดเชยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในราคาที่กำหนด

๓.๕ กรณีที่ไม่สามารถกลับมารักษาโดย CAPD ได้ต้องเปลี่ยนเป็น HD ถาวร (Permanent HD) ต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้าถึงบริการทดแทนไตระดับจังหวัด หลังการอนุมัติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจัดให้มีการลงทะเบียนเข้าสู่ HD ถาวร และเบิกค่าใช้จ่ายตามแนวทาง HD ถาวร

๓.๖ กรณีเจ็บป่วยอื่นๆ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นนอกเหนือจาก CAPD โดยตรง หน่วยบริการรับค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายรายหัว ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและอื่น ๆ ตามแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๔ . วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนและชดเชยค่าใช้จ่ายในการบริการ

๔.๑ การรับการสนับสนุน น้ำยา CAPD ยา Erythropoietin และ สาย Tenckhoff catheter

๔.๑.๑ หน่วยบริการบันทึกข้อมูล เบิกจ่ายน้ำยา CAPD ยา Erythropoietin และสาย Tenckhoff catheter ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD

๔.๑.๒ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุน โดยบริหารจัดการผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม

๔.๑.๓ สำหรับหน่วยบริการเก่าที่มีผู้ป่วยใช้น้ำยา CAPD ที่องค์การเภสัชกรรมไม่สามารถจัดหาให้ได้ ให้หน่วยบริการดังกล่าวจัดหาน้ำยาเองและเบิกค่าน้ำยาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในอัตราสูงละไม่เกินที่องค์การเภสัชกรรมจำหน่ายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



๔.๒ การขอรับค่าใช้จ่ายในการบริการ

๔.๒.๑ ค่าชดเชยบริการแบบเหมาจ่ายสำหรับหน่วยบริการในการให้บริการ

๔.๒.๑.๑ หน่วยบริการ บันทึกข้อมูลการบริการ และการนัดติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD ทุกเดือน

๔.๒.๑.๒ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะตรวจสอบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและการให้บริการจากข้อมูลในโปรแกรม DMIS_CAPD และจ่ายชดเชยให้เป็นรายเดือนหรือตามที่ได้รับรายงานข้อมูลการให้บริการ

๔.๒.๒ ค่าสนับสนุนตามภาระงานสำหรับแพทย์ พยาบาล CAPD และเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องโดยตรง

๔.๒.๒.๑ หน่วยบริการจัดทำแผนการบริหารค่าสนับสนุน ๒,๐๐๐ บาท/ผู้ป่วย ๑ ราย/เดือนอัตราค่าจ่ายให้บุคคลแต่ละประเภท ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด (แบบฟอร์ม CAPD ๑) เสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณภายในเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๒ และส่งใหม่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแผน

๔.๒.๒.๒ บันทึกข้อมูลการให้บริการ CAPD ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD ทุกเดือน

๔.๒.๒.๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะตรวจสอบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและการบริการจากข้อมูลในโปรแกรม DMIS_CAPD และจ่ายค่าสนับสนุนตามภาระงานเป็นรายเดือนหรือตามที่ได้รับรายงานการให้บริการ

๔.๒.๓ ค่าสนับสนุนตามภาระงานแก่แพทย์ ในการผ่าตัดวางสายล้างช่องท้องอย่างถาวร

๔.๒.๓.๑ หน่วยบริการส่งรายชื่อแพทย์ที่ผ่านการอบรมการวางสายหรือแพทย์ที่มีประสบการณ์การวางสายเป็นที่ยอมรับให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อขึ้นทะเบียน

๔.๒.๓.๒ บันทึกข้อมูลการวางสาย ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD เมื่อให้บริการวางสายแก่ผู้ป่วย และติดตามผลจนใช้งานได้หรือสำเร็จ

๔.๒.๓.๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายค่าสนับสนุนภาระงานแก่แพทย์ ที่วางสายผ่านหน่วยบริการเป็นรายเดือน

๔.๒.๔ สนับสนุนให้หน่วยบริการเพื่อจัดกิจกรรมอาสาสมัคร

๔.๒.๔.๑ หน่วยบริการจัดทำโครงการ จัดกิจกรรมอาสาสมัคร ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด (แบบฟอร์ม CAPD ๒ P) เสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

๔.๒.๔.๒ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนงบประมาณเมื่อได้รับและเห็นชอบตามโครงการ หน่วยบริการละ ๖๐,๐๐๐ บาท /ปี

-๖-

๔.๒.๔.๓ หน่วยบริการส่งรายงานผลการปฏิบัติงานตามแผน (แบบฟอร์ม CAPD ๒ R) ผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตทุกปี ก่อนรับการสนับสนุนในปีต่อไป

๕. การอุทธรณ์หลังการจ่าย

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายชดเชยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ถูกต้องตามแนวทางการจ่ายชดเชยดังกล่าวนี้ หรือมีค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วย CAPD นอกเหนือจากแนวทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด. และเป็นภาระอย่างมากหรืออาจกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใน ๓๐ วัน หลังรับรายงานการจ่ายเงิน



**แผนการบริหารค่าสนับสนุนตามภาระงานสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับ
การบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง CAPD (๒,๐๐๐ บาท/ผู้ป่วย๑ราย/เดือน)
โรงพยาบาล จังหวัด.....**

๑. หลักการและเหตุผล

หน่วย/ศูนย์..... โรงพยาบาล ได้สนับสนุนนโยบายการขยายขอบเขตสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ครอบคลุมการบำบัดทดแทนไต Renal Replacement Therapy (RRT) ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง CAPD ให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ซึ่งปัจจุบันมีผู้ป่วย CAPD จำนวน.....ราย และคาดว่าจะขยายการบริการเพิ่มขึ้นเป็น.....รายภายในเดือน ปี ซึ่งบุคลากรในหน่วย ได้ร่วมมือกันรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ และผู้ปฏิบัติงานมีขวัญกำลังใจในการทำงาน จึงขอรับการสนับสนุนค่าภาระงาน แก่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ที่เกี่ยวข้องกับบริการCAPDโดยตรง จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อล้างไตผ่านทางช่องท้องมีประสิทธิภาพ
๒. สนับสนุนให้มีระบบการนัดดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีระบบติดตามเยี่ยมบ้านอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง
๓. สนับสนุนให้มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติทางโทรศัพท์เมื่อมีปัญหาหรือความจำเป็นเร่งด่วน

๓. การบริหารค่าสนับสนุนตามภาระงาน

- หน่วยบริการมีแผน จะจัดสรรงบประมาณสนับสนุน ๒,๐๐๐ บาท/ผู้ป่วย ๑ ราย/เดือน (คิดเป็น ร้อยละ๑๐๐) ดังนี้
- ๓.๑ จัดสรรให้แพทย์ ที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ..... (เช่นร้อยละ ๔๐) ของงบ ๒,๐๐๐ บาท x จำนวนผู้ป่วย CAPD ของเดือนนั้นๆ
 - ๓.๒ จัดสรรให้พยาบาลที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ.....(เช่นร้อยละ ๔๐) ของงบ ๒,๐๐๐ บาท x จำนวนผู้ป่วย CAPD ของเดือนนั้นๆ
 - ๓.๓ จัดสรรให้เจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้องร้อยละ..... (เช่นร้อยละ ๒๐) ของงบ ๒,๐๐๐ บาท x จำนวนผู้ป่วย CAPD ของเดือนนั้นๆ

-๒-

- หมายเหตุ
๑. ข้อ ๓.๑ + ๓.๒ + ๓.๓ เท่ากับ ร้อยละ ๑๐๐
 ๒. ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงการบริหารค่าสนับสนุนดังกล่าวเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพของหน่วยบริการฯ จะแจ้งขอปรับแผนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทันที

๔. การจัดสรรค่าสนับสนุนตามภาระงาน

หน่วยบริการจะจัดสรรงบประมาณสนับสนุนตามภาระงานให้กับบุคลากร ตามสัดส่วนในข้อ ๓ ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ และเบิกจ่ายให้ทุกเดือน หรือทุกครั้งที่ได้รับงบประมาณดังกล่าวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๕. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

หน่วยบริการ มีระบบบริการ CAPD ที่เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาล และบุคลากรผู้ให้บริการมีแรงจูงใจ ในการให้บริการและ และผู้ป่วย CAPD ได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ลงชื่อ ผู้เสนอแผน
(หัวหน้าหน่วยไตหรือ CAPD)

ลงชื่อ ผู้เห็นชอบแผน
(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....)

ลงชื่อ ผู้อนุมัติแผน
(เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

โครงการสนับสนุนกิจกรรมอาสาสมัครผู้ป่วยโรคไต

หน่วย/ศูนย์..... โรงพยาบาล จังหวัด.....

หลักการและเหตุผล

หน่วย / ศูนย์..... โรงพยาบาล ได้สนับสนุนนโยบายขยายขอบเขตสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยการจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง CAPD ซึ่งปัจจุบันมีผู้ป่วย CAPD จำนวน ราย (มากกว่า ๓๐ ราย) และคาดว่าจะขยายการบริการเพิ่มขึ้นเป็น ราย ภายในเดือน ปี / มีผู้ป่วยรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD จำนวน.....ราย เพื่อเป็นการสนับสนุนให้กลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการให้บริการทดแทนไตของหน่วยบริการ รวมทั้งได้มีโอกาสรวมกลุ่มช่วยเหลือเกื้อกูลให้กำลังใจกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งเกิดประโยชน์ต่อหน่วยบริการและสังคมโดยรวม จึงขอรับการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมอาสาสมัคร ผู้ป่วย โรคไตขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จัดตั้งเป็นกลุ่ม/ชมรม มีอาสาสมัคร และสมาชิก ทำกิจกรรมร่วมกัน
๒. เพื่อส่งเสริมให้ กลุ่ม/ชมรมผู้ป่วย ได้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยน และ เรียนรู้ในการดูแลตนสุขภาพร่วมกัน
๓. เพื่อส่งเสริมให้กลุ่ม/ชมรมผู้ป่วย มีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตร่วมกัน
๔. เพื่อส่งเสริม สร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่ม/ชมรม มีอาสาสมัครช่วยเหลือกิจกรรมของหน่วยบริการ หรือสร้างประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม

ระยะเวลา

วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๒ – ๓๐ กันยายน ๒๕๕๒ (ขึ้นปีงบประมาณใหม่ให้จัดทำและส่งโครงการใหม่)

เป้าหมาย

กลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่รับบริการทดแทนไตทุกวิถี ในศูนย์/หน่วยบริการ

กิจกรรมการดำเนินงาน

- ๑
- ๒.....
- ๓.....

(ระบุกิจกรรม เช่น การประชุมจัดตั้งกลุ่ม /ชมรมผู้ป่วย กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน กิจกรรมจิตอาสาช่วยงานบริการ เป็นต้น)

-๒-

การรายงานผล

หน่วยไตเทียมหรือโรงพยาบาลจะจัดทำรายงานผลการดำเนินกิจกรรม ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบ ทุก ๖ เดือน (เดือนมีนาคม และเดือนกันยายน)

งบประมาณ

จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนปีละ ๖๐,๐๐๐ บาท

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เกิดกลุ่ม / ชมรมผู้ป่วยโรคไตที่มีสมาชิก และอาสาสมัคร ทำกิจกรรมร่วมกัน
๒. กลุ่ม / ชมรมผู้ป่วย มีการทำกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ต่อตนเอง และส่วนรวมอย่างต่อเนื่อง
๓. กลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยมีพัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

ลงชื่อ ผู้เสนอโครงการ
(หัวหน้าหน่วยไตหรือ CAPD)

ลงชื่อ ผู้เห็นชอบโครงการ
(ผอ.รพ.)

ลงชื่อ ผู้อนุมัติโครงการ
(เลขาธิการสปสช.)

แบบรายงานผลการดำเนินงาน

โครงการสนับสนุนกิจกรรมอาสาสมัครผู้ป่วยโรคไต

หน่วย/ศูนย์..... โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

ครั้งที่...../๒๕๕..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้อมูลทั่วไป

๑.จำนวนผู้ป่วย CAPD คน

๒.จำนวนผู้ป่วย HD..... คน

๓.จำนวนผู้ป่วย KT ที่รับยา (ถ้ามี).....คน

๔.จำนวนผู้ป่วย /อาสาสมัครอื่นๆที่เป็นสมาชิก..... คน

การดำเนินงานตามแผน

ชื่อกิจกรรม	รายละเอียดการดำเนินงาน	ระยะเวลา / งบประมาณ	ผลการดำเนินงาน

ข้อคิดเห็นอื่นๆ.....

ผู้รับผิดชอบ.....

ตำแหน่ง.....