



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการบำบัดทดแทนไต
ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)
พ.ศ. ๒๕๕๖

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
สำหรับบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง Continuous
Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ มาตรา ๓๖(๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับข้อ ๔ วรรคสอง แห่งข้อบังคับสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่าย
หน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๔๗ และข้อ ๒ ข้อ ๖๒ ของเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุขของหน่วยบริการ ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๖ เลขาธิการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องแนวทางการจ่าย
ชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไต ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง Continuous
Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๔

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

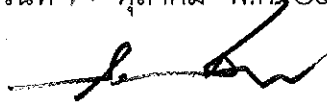
“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ
สุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เข้าถึงบริการทดแทนไตระดับจังหวัด

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่อง
ท้องอย่างต่อเนื่อง Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ให้เป็นไปตาม
เอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๔ บรรดาประกาศ หลักเกณฑ์ หรือคำสั่งอื่นใด ที่กำหนดไว้แล้วซึ่งขัดหรือแย้งกับ
ประกาศนี้ ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ข้อ ๕ ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๖ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๖



(นายวินัย สวัสดิ์วร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการบำบัดทดแทนไต
ด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) พ.ศ. ๒๕๕๖
ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๕๖

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้การสนับสนุน หน่วยบริการที่เข้าร่วม
โครงการ CAPD ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ดังนี้

๑. คุณสมบัติหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่ร่วมโครงการต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติและผ่านการประเมินตามแบบประเมินหน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่าง
ต่อเนื่อง(CAPD) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒. คุณสมบัติผู้ป่วยที่จะได้รับสิทธิในโครงการ

- (๑) เป็นผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (๒) เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการ
บำบัดทดแทนไตตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
- (๓) ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการว่าเป็นผู้สมควรได้รับการรักษาโดยการ
ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)
- (๔) ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโครงการ CAPD จากหน่วยบริการที่เข้าร่วม
โครงการ และมีการบันทึกข้อมูล การรักษา ลงในโปรแกรม DMIS_CAPD รวมทั้งบันทึก
การติดตาม ตามที่สำนักงานกำหนด

๓. การสนับสนุนหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

หน่วยบริการ ที่ร่วมโครงการจะได้รับการสนับสนุนจากสำนักงาน ดังนี้

๓.๑ การสนับสนุนน้ำยาและเวชภัณฑ์

(๑) การสนับสนุนน้ำยา CAPD

สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย โดยองค์การเภสัชกรรมจะเป็นผู้จัดส่งให้หน่วย
บริการ หรือส่งให้ผู้ป่วยโดยตรง(ตามที่หน่วยบริการระบุ) หน่วยบริการสามารถส่งน้ำยา
CAPD ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD ให้แก่ผู้ป่วยได้ ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ คนละไม่
เกิน ๑๕๐ ถัง ต่อเดือน

(๒) การสนับสนุนยา Erythropoietin

สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย โดยใช้หลักเกณฑ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกัน

/สุขภาพ...

สุขภาพแห่งชาติ เรื่องการสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ
สุดท้าย ลงวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๕๕

(๓) การสนับสนุนสาย Tenckhoff catheter

สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วย โดยหน่วยบริการสามารถส่งผ่านโปรแกรม
DMIS_CAPD เพื่อใช้กับผู้ป่วยรายใหม่ และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน โดยทั่วไปไม่
เกิน ๑ สาย ต่อผู้ป่วย ๑ ราย ต่อปี กรณีมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนเกินกว่าที่กำหนด ให้
แจ้ง สำนักงานทราบ

๓.๒ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

(๑) ค่าตอบแทนแบบเหมาจ่าย

จ่ายสำหรับหน่วยบริการ ในการให้บริการประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย การ
ดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ค่ายาพื้นฐาน และยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับ
การบริการ CAPD โดยตรง รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนโดยตรงที่เกิดจากการบริการ
CAPD ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หรือตามที่สำนักงาน
กำหนด ในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อผู้ป่วย ๑ ราย ต่อ เดือน

การเข้ารับบริการCAPD กรณีผู้ป่วยใน เช่น การวางสาย Tenckhoff
catheter การนำสายออก การรักษาภาวะแทรกซ้อนโดยตรงที่เกิดจากการบริการ CAPD
ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยหรือตามที่สำนักงานกำหนด หน่วย
บริการสามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์ตามระบบปกติ โดยสำนักงานจะจ่ายค่าบริการ
ตามระบบ DRGs ในอัตราคงที่ 1AdjRW ต่อ ๘,๐๐๐ บาท(ไม่หักเงินเดือน)จากงบบริการ
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

(๒) ค่าตอบแทนตามภาระงาน

(ก) ค่าตอบแทนบุคคลภายนอกเพื่อช่วยบริการ CAPD เพิ่มเติมหรือ
ค่าตอบแทนบุคลากรหลักที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงในหน่วยบริการCAPD และบุคลากรที่ร่วม
สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยนอกหน่วยบริการCAPD ทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการ
ดูแลตนเองเพื่อล้างไตทางช่องท้อง การนัดดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การสนับสนุนและติดตาม
เยี่ยมบ้านรวมทั้งให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ อัตรา ๒,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วย ๑ รายต่อเดือน
โดยแบ่งเป็น ๒ ส่วน ๆ ละ ๑,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วย ๑ รายต่อเดือน ดังนี้

(๑) ค่าตอบแทนบุคคลภายนอกหรือค่าตอบแทนบุคลากรหลักที่ดูแล
ผู้ป่วย CAPD ในหน่วยบริการ CAPD เช่น แพทย์ พยาบาล CAPD เจ้าหน้าที่อื่นๆที่ดูแล
ผู้ป่วยหรือ จัดการข้อมูลผู้ป่วยของหน่วยไตเทียมหรือ CAPD

(๒) ค่าตอบแทนหน่วยบริการอื่นและบุคลากรที่ร่วมสนับสนุนการดูแล
ผู้ป่วยนอกหน่วยบริการ CAPD เช่น เจ้าหน้าที่ รพ.ชุมชน, รพ.สต. ที่ประเมินสภาพบ้าน
ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นต้น

/(ข)...

(ข) ค่าตอบแทนแพทย์ผู้วางสาย

จ่ายค่าตอบแทนแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมการวางสายTenckhoff catheter ในหลักสูตรที่สำนักงาน ให้การสนับสนุนหรือเห็นชอบ หรือแพทย์ที่มีประสบการณ์การวางสายเป็นที่ยอมรับและได้ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ผู้วางสายTenckhoff catheterกับสำนักงานในการผ่าตัดวางสายล้างช่องท้องอย่างถาวรตามแนวเวชปฏิบัติ อัตรา ๒,๐๐๐ บาทต่อครั้งของการวางสายจนสำเร็จ

(ค) ค่าสนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งให้ชมรมผู้ป่วยหรืออาสาสมัครอื่น

จ่ายให้หน่วยบริการที่มีผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง(CAPD) มากกว่า ๓๐ รายขึ้นไป ในอัตรา ๖๐,๐๐๐ บาท ต่อหน่วยบริการต่อปี

๓.๓ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายกรณีอื่น

นอกจากค่าใช้จ่ายตาม ๓.๒ แล้ว สำนักงานได้กำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายกรณีอื่นไว้ ดังนี้

(๑) กรณีผู้ป่วยย้ายหน่วยบริการ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายในเดือนนั้นๆ ให้หน่วยบริการที่ให้การรักษาและจะยุติการจ่ายเมื่อมีการเปลี่ยนสิทธิเป็นสิทธิอื่น หรือเสียชีวิต

(๒) กรณีเปลี่ยนวิธีการรักษา จากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) เป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว(Temporary HD) ภายในระยะเวลา ๙๐ วัน ทั้งในกรณีพักท้องหรือภาวะยูรีเมีย สำนักงานจะจ่ายค่าตอบแทนในราคา ๑,๕๐๐ บาท ต่อครั้งของการบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(HD) หรือตามอัตราค่าตอบแทน บริการ HD ตามปกติ ที่ปรับเปลี่ยนใหม่ ทั้งนี้หากหน่วยบริการ CAPD ไม่สามารถให้บริการ HD ได้เอง และส่งผู้ป่วยไปรับบริการ HD ที่หน่วยฟอกเลือดอื่น หน่วยบริการ CAPD จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดให้หน่วยฟอกเลือดที่ส่งไปนั้น และเบิกค่าตอบแทนจากสำนักงาน ตามราคาที่สำนักงานกำหนด

(๓) กรณีที่ไม่สามารถกลับมารักษาโดย CAPD ได้ต้องเปลี่ยนเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบถาวร ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการ เมื่อได้รับการอนุมัติฯ สำนักงาน จะจัดให้มีการลงทะเบียน และเบิกค่าใช้จ่ายตามประกาศของสำนักงาน ว่าด้วยการสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis:HD)

(๔) กรณีเจ็บป่วยอื่น ๆ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นนอกเหนือจาก CAPD หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายรายหัว ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และอื่นๆ ตามแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงาน

/๔.วิธีปฏิบัติ...

๔. วิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนจากสำนักงาน

๔.๑ การรับการสนับสนุนน้ำยา CAPD ยา Erythropoietin และ สาย Tenckhoff catheter

(๑) หน่วยบริการบันทึกข้อมูล เบิกจ่ายน้ำยา CAPD ยา Erythropoietin และสาย Tenckhoff catheter ผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD

(๒) สำนักงานจะให้การสนับสนุนผ่านระบบ Vendor Managed Inventory (VMI) ขององค์การเภสัชกรรม

๔.๒ การขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

(๑) ค่าตอบแทนแบบเหมาจ่าย

(ก) กรณีผู้ป่วยนอก

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการบริการ และการนัดติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD ทุกเดือน สำนักงานจะตรวจสอบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและการให้บริการจากข้อมูลในโปรแกรม DMIS_CAPD และตอบแทนให้เป็นรายเดือนหรือตามที่ได้รับรายงานข้อมูลการให้บริการ

(ข) กรณีผู้ป่วยใน

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในลงในโปรแกรม e-claim ภายใน ๓๐ วันหลังจำหน่ายผู้ป่วย สำนักงานจะคำนวณและตอบแทนให้เป็นรายเดือนหรือตามที่ได้รับรายงานข้อมูลการให้บริการ

(๒) ค่าตอบแทนตามภาระงาน

(ก) หน่วยบริการ จัดทำแผนบริหารค่าตอบแทนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการตามภาระงานตามแบบฟอร์ม CAPD ๑/๕๖ เสนอให้คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัดเห็นชอบ โดยให้เสนอพิจารณาเป็นรายปี ยกเว้นหน่วยบริการจะมีการปรับแผนใหม่ระหว่างปี โดยในข้อ ๓.๒ (๒)(ก) ให้แบ่งสัดส่วนค่าตอบแทนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการตามภาระงานเป็น ๒ ส่วนตามที่กำหนด

(ข) สำนักงานจะตรวจสอบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและการให้บริการจากข้อมูลในโปรแกรม DMIS_CAPD และจ่ายค่าตอบแทน เป็นรายเดือน โดยข้อ ๓.๒(๒)(ก) (๑) จ่ายผ่านหน่วยบริการCAPD และ๓.๒(๒)(ก) (๒) จ่ายผ่านสำนักงานสาขาจังหวัด และให้หน่วยบริการและหน่วยงานดังกล่าวเบิกจ่ายค่าตอบแทนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการตามภาระงานแก่บุคลากรตามแผนที่กำหนด

/ (ค) ...

(ค) ค่าตอบแทนแพทย์ผู้ผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง

กรณีหน่วยบริการประสงค์จะให้สำนักงานจ่ายให้บุคลากร ให้ส่งรายชื่อแพทย์ที่ผ่านการอบรมการวางสายหรือแพทย์ที่มีประสบการณ์การวางสายเป็นที่ยอมรับให้สำนักงานเพื่อขึ้นทะเบียน

เมื่อให้บริการวางสายแก่ผู้ป่วยและติดตามผลจนใช้งานได้สำเร็จแล้ว ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม DMIS_CAPD สำนักงานจะตรวจสอบข้อมูลและจ่ายค่าตอบแทนให้เป็นรายเดือน โดยจ่ายผ่านหน่วยบริการ และให้หน่วยบริการเบิกจ่ายค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ตามผลงาน

(๓) สนับสนุนให้หน่วยบริการเพื่อจัดกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งให้ชมรมผู้ป่วยโรคไต หรืออาสาสมัครอื่น

(ก) หน่วยบริการจัดทำโครงการสนับสนุนกิจกรรมอาสาสมัครผู้ป่วยโรคไต ตามแบบฟอร์ม CAPD ๔ P/๕๖ เสนอสำนักงานเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

(ข) สำนักงานจะสนับสนุนงบประมาณเมื่อได้รับและเห็นชอบตามแผนงานหรือโครงการ หน่วยบริการละ ๖๐,๐๐๐ บาท ต่อปี ผ่านหน่วยบริการ CAPD โดยตรงหรือผ่านหน่วยงานอื่นตามที่หน่วยบริการมอบหมายและแจ้งให้สำนักงานทราบ เช่น ผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด หรือชมรมผู้ป่วยโรคไตในพื้นที่ เป็นต้น

(ค) หน่วยบริการส่งรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบฟอร์ม CAPD๔ R/ ๕๖ ทุกปี ก่อนรับการสนับสนุนในปีต่อไป

๕. การอุทธรณ์หลังการจ่าย

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายค่าตอบแทน ของสำนักงานไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ หรือมีค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วย CAPD นอกเหนือจากแนวทางที่สำนักงานกำหนด และเป็นภาระอย่างมากหรืออาจกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ หน่วยบริการมีสิทธิอุทธรณ์ ต่อสำนักงานภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ได้รับรายงานการจ่ายเงิน

แผนการบริหารค่าตอบแทนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการตามภาระงานสำหรับ
บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง CAPD
(๒,๐๐๐ บาท/ผู้ป่วย๑ราย/เดือน)

โรงพยาบาล จังหวัด.....
เสนอเมื่อเดือน.....พ.ศ.๒๕๕.....

๑ หลักการและเหตุผล

หน่วย/ศูนย์..... โรงพยาบาลได้สนับสนุนนโยบายการขยาย
ขอบเขตสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ครอบคลุมการบำบัดทดแทนไต Renal
Replacement Therapy (RRT) ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่าง
ต่อเนื่อง CAPD ให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่ ซึ่งปัจจุบัน
มีผู้ป่วยCAPD จำนวน.....ราย และคาดว่าจะขยายการบริการเพิ่มขึ้นเป็น.....ราย เมื่อสิ้น
ปีงบประมาณ ซึ่งบุคลากรในหน่วย ได้ให้บริการและมีภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อให้การ
ดำเนินงานมีประสิทธิภาพ และผู้ปฏิบัติงานมีขวัญกำลังใจในการทำงานจึงขอรับการสนับสนุนค่าตอบแทนเพื่อ
เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการตามภาระงานแก่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการบริการCAPD
จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒. วัตถุประสงค์

- ๒.๑ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อล้างไตผ่านทางช่องท้อง
อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๒.๒ สนับสนุนให้มีระบบการนัดดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีระบบติดตามเยี่ยมบ้านอย่างทั่วถึงและ
ต่อเนื่อง
- ๒.๓ สนับสนุนให้มีการให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยและญาติทางโทรศัพท์เมื่อมีปัญหาหรือความจำเป็นเร่งด่วน

๓. การบริหารค่าตอบแทนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการตามภาระงาน

หน่วยบริการมีแผนจะจัดสรรงบประมาณสนับสนุน ๒,๐๐๐ บาท/ผู้ป่วย๑ราย/เดือน แบ่งเป็น ๒ ส่วน ดังนี้

๓.๑ ค่าจ้างบุคคลภายนอกและค่าภาระงานสำหรับบุคลากรหลักที่ดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการ CAPD
๑,๐๐๐ บาท/ผู้ป่วย ๑ ราย/เดือน

- (๑) ค่าจ้างบุคลากร ร้อยละของงบ ๑,๐๐๐ บาท x จำนวนผู้ป่วย ของเดือนนั้น
- (๒) แพทย์ ที่เกี่ยวข้อง ร้อยละของงบ ๑,๐๐๐ บาท x จำนวนผู้ป่วย ของเดือนนั้น
- (๓) พยาบาลที่เกี่ยวข้อง ร้อยละของงบ ๑,๐๐๐ บาท x จำนวนผู้ป่วย ของเดือนนั้น
- (๔) เจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้องร้อยละ.....ของงบ ๑,๐๐๐ บาท x จำนวนผู้ป่วย ของเดือนนั้น

๓.๒ ค่าภาระงานสำหรับหน่วยบริการอื่นๆและบุคลากรที่ร่วมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยนอกหน่วยบริการ CAPD ๑,๐๐๐ บาท/ผู้ป่วย ๑ ราย/เดือน

- (๑) เจ้าหน้าที่ รพ.ชุมชน..... ร้อยละ ของงบ ๑,๐๐๐ บาท x จำนวนผู้ป่วยของเดือน
- (๒) เจ้าหน้าที่ รพ.สต..... ร้อยละ ของงบ ๑,๐๐๐ บาท x จำนวนผู้ป่วยของเดือน
- (๓) เจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้อง..... ร้อยละ ของงบ ๑,๐๐๐ บาท x จำนวนผู้ป่วยของเดือน

หมายเหตุ

๑. ข้อ ๓.๑ + ๓.๒ เท่ากับ ร้อยละ ๑๐๐
๒. ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงการบริหารค่าสนับสนุนดังกล่าวเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพของหน่วยบริการฯ จะแจ้งขอปรับแผนกับคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เข้าถึงบริการทดแทนไตระดับจังหวัด

๔. การจัดสรร

หน่วยบริการและหน่วยงานเสนอรายชื่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อรับค่าตอบแทนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการตามภาระงานในแต่ละเดือน ตามสัดส่วนในข้อ ๓ ที่ได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด

๕. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

หน่วยบริการ มีระบบบริการCAPDที่เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาล และบุคลากรผู้ให้บริการ มีแรงจูงใจในการให้บริการและ และผู้ป่วย CAPD ได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ลงชื่อ ผู้เสนอแผน
(หัวหน้าหน่วยไตเทียมหรือหน่วย CAPD)

ลงชื่อ ผู้เห็นชอบแผน
(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....)

ลงชื่อ ผู้อนุมัติ
(ประธาน คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไต ระดับจังหวัด)

บัญชีการจ่ายค่าตอบแทนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการตามภาระงานสำหรับ
บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง CAPD
(๒,๐๐๐ บาท/ผู้ป่วย๑ราย/เดือน)

โรงพยาบาล จังหวัด.....
ประจำเดือน.....พ.ศ.๒๕๕.....

๑. ตามแผนการบริหารค่าตอบแทนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการตามภาระงานสำหรับ
บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการ CAPD ซึ่งได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวาย
เรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไตระดับจังหวัด ซึ่งอนุมัติให้
ดังนี้

๑.๑ ค่าจ้างบุคคลภายนอกและค่าภาระงานสำหรับบุคลากรหลักที่ดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการ CAPD
๑,๐๐๐ บาท/ผู้ป่วย ๑ ราย/เดือน

- ๑.๑.๑ ค่าจ้างบุคลากร ร้อยละ.....
- ๑.๑.๒ แพทย์ที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ.....
- ๑.๑.๓ พยาบาลที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ.....
- ๑.๑.๔ เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในหน่วยบริการ CAPD ร้อยละ.....

๑.๒ ค่าภาระงานสำหรับหน่วยบริการอื่นๆและบุคลากรที่ร่วมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยนอกหน่วยบริการ
CAPD บาท/ผู้ป่วย ๑ ราย/เดือน

- ๑.๒.๑ เจ้าหน้าที่ รพช.ที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ.....
- ๑.๒.๒ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ.....
- ๑.๒.๓ เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องนอกหน่วยบริการ CAPD ร้อยละ.....

๒. ในเดือนนี้/งวดนี้ มีผู้ป่วยCAPDที่รับบริการจำนวน.....คน(ข้อมูลได้รับแจ้งจาก สปสช.และ
ในกรณีที่ข้อมูลของหน่วยบริการไม่ตรงกับที่ได้รับแจ้ง หน่วยบริการจะอุทธรณ์ในเดือนต่อไป) มีบุคลากรที่
เกี่ยวข้องและสิทธิได้รับค่าตอบแทนตามภาระงานที่เพิ่มขึ้นดังนี้

๒.๑ ค่าจ้างบุคคลภายนอกและค่าภาระงานสำหรับบุคลากรหลักที่ดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการ CAPD

- ๒.๑.๑ ค่าจ้างบุคลากรร้อยละ... x๑,๐๐๐บาทxจำนวนผู้ป่วยเป็นเงิน.....บาท และจัดสรรให้
 - (๑) (ชื่อ-นามสกุล).....เป็นเงินบาท
 - (๒).....เป็นเงิน.....บาท
- ๒.๑.๒ แพทย์ได้รับร้อยละ..... x๑,๐๐๐บาทxจำนวนผู้ป่วยเป็นเงิน.....บาท และจัดสรรให้
 - (๑).....(ชื่อ-นามสกุล).....เป็นเงิน.....บาท
 - (๒).....เป็นเงิน.....บาท
- ๒.๑.๓ พยาบาลได้รับร้อยละ.....x ๑,๐๐๐ บาทxจำนวนผู้ป่วยเป็นเงิน.....บาทและจัดสรรให้
 - (๑) ..(ชื่อ-นามสกุล).....เป็นเงิน.....บาท
 - (๒).....เป็นเงิน.....บาท

๒.๑.๔ เจ้าหน้าที่อื่นๆในหน่วยบริการ CAPD ได้รับร้อยละ.... x ๑,๐๐๐ บาทxจำนวนผู้ป่วย
เป็นเงิน.....บาทและจัดสรรให้

(๑) ..(ชื่อ-นามสกุล).....เป็นเงิน.....บาท

(๒).....เป็นเงิน.....บาท

๒.๒ ค่าภาระงานสำหรับหน่วยบริการอื่นๆและบุคลากรที่ร่วมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยนอกหน่วย
บริการ CAPD

๒.๒.๑ เจ้าหน้าที่ รพช. ได้รับร้อยละ.....x ๑,๐๐๐ บาทxจำนวนผู้ป่วยเป็นเงิน.....บาท
และจัดสรรให้

(๑) ..(ชื่อ-นามสกุล).....เป็นเงิน.....บาท

(๒).....เป็นเงิน.....บาท

๒.๒.๒ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้รับร้อยละ.....x ๑,๐๐๐ บาทxจำนวนผู้ป่วยเป็นเงิน.....บาท
และจัดสรรให้

(๑) ..(ชื่อ-นามสกุล).....เป็นเงิน.....บาท

(๒).....เป็นเงิน.....บาท

๒.๒.๓ เจ้าหน้าที่อื่นๆนอกหน่วยบริการ CAPD ได้รับร้อยละ.....x ๑,๐๐๐ บาทxจำนวน
ผู้ป่วยเป็นเงิน.....บาทและจัดสรรให้

(๑) ..(ชื่อ-นามสกุล).....เป็นเงิน.....บาท

(๒).....เป็นเงิน.....บาท

๓. เสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการเบิกจ่ายค่าภาระงานให้บุคคลตามรายละเอียดในข้อ ๒
จะเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ.....

(หัวหน้าหน่วยไตเทียมหรือหน่วย CAPD หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย)

บัญชีการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานที่เพิ่มขึ้นของการบริการวางสาย Tenckhoff catheter
 (๒,๐๐๐ บาท/ครั้งการวางสายที่สำเร็จ)
 โรงพยาบาล จังหวัด.....
 ประจำเดือน.....พ.ศ.๒๕๕.....

| ที่ | ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย | หมายเลขประจำตัวประชาชน | ชื่อ-นามสกุลแพทย์ให้บริการวางสาย TK (เฉพาะที่ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนกับ สปสช.) | จำนวนเงิน |
|-----|---------------------|------------------------|--|-----------|
| ๑ | | | | |
| ๒ | | | | |
| ๓ | | | | |
| ๔ | | | | |
| ๕ | | | | |
| ๖ | | | | |
| ๗ | | | | |
| ๘ | | | | |
| ๙ | | | | |
| ๑๐ | | | | |
| ๑๑ | | | | |
| ๑๒ | | | | |
| ๑๓ | | | | |
| ๑๔ | | | | |
| ๑๕ | | | | |
| ๑๖ | | | | |
| ๑๗ | | | | |
| ๑๘ | | | | |
| ๑๙ | | | | |
| ๒๐ | | | | |

หมายเหตุ เสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการเบิกจ่ายค่าภาระงานให้แก่บุคคลตามรายละเอียดดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ.....
 (หัวหน้าหน่วยไตเทียมหรือหน่วยCAPD / หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย)

โครงการสนับสนุนกิจกรรมอาสาสมัครผู้ป่วยโรคไต

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

หลักการและเหตุผล

หน่วย / ศูนย์..... โรงพยาบาล ได้สนับสนุนนโยบายขยายขอบเขตสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยการจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง CAPD ซึ่งปัจจุบันมีผู้ป่วย CAPD จำนวน..... ราย(มากกว่า ๓๐ ราย) และคาดว่าจะขยายการบริการเพิ่มขึ้นเป็น.....ราย ภายในเดือน ปี / มีผู้ป่วยรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD จำนวน.....ราย เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ชมรมผู้ป่วยโรคไตหรืออาสาสมัครอื่น ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตของหน่วยบริการ รวมทั้งได้มีโอกาสรวมกลุ่มช่วยเหลือเกื้อกูลให้กำลังใจกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไต รวมทั้งเกิดประโยชน์ต่อหน่วยบริการและสังคมโดยรวม จึงขอเสนอโครงการสนับสนุนกิจกรรมอาสาสมัครผู้ป่วยโรคไต เพื่อรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มผู้ป่วยโรคไต จัดตั้งเป็นกลุ่ม /ชมรม มีอาสาสมัครและสมาชิก ทำกิจกรรมร่วมกัน
๒. เพื่อส่งเสริมให้กลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคไตได้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ในการดูแลตนสุขภาพร่วมกัน
๓. เพื่อส่งเสริมให้กลุ่ม /ชมรมผู้ป่วยโรคไต มีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพและ คุณภาพชีวิตร่วมกัน
๔. เพื่อส่งเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่ม /ชมรมผู้ป่วยมีอาสาสมัครในการช่วยเหลือกิจกรรมของหน่วยบริการ หรือสร้างประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม

ระยะเวลา

วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕.... – ๓๐ กันยายน ๒๕๕.....

เป้าหมาย

กลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคไต หรืออาสาสมัครอื่น ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการ CAPD

กิจกรรมการดำเนินงาน

- ๑
- ๒.....
- ๓.....

(ระบุกิจกรรม เช่น การประชุมจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพ กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน
กิจกรรมจิตอาสาช่วยงานบริการ เป็นต้น)

การรายงานผล

หน่วย..... จะจัดทำรายงานผลการดำเนินกิจกรรม ให้ สปสช.เขต ทราบปีละ ๑ ครั้ง

งบประมาณ

จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนไม่เกิน ๖๐,๐๐๐ บาท

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีกลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคไตที่มีสมาชิกและอาสาสมัครที่เข้มแข็ง ทำกิจกรรมร่วมกัน
๒. กลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคไต หรืออาสาสมัครอื่น มีการทำกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ต่อตนเอง และส่วนรวมอย่างต่อเนื่อง
๓. กลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคไตหรืออาสาสมัครอื่น มีศักยภาพเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ลงชื่อ ผู้เสนอโครงการ
(หัวหน้าหน่วย CAPD)

ลงชื่อ ผู้ขออนุมัติโครงการ
(ผอ.รพ.)

ลงชื่อ ผู้อนุมัติโครงการ
(ผอ. สปสช.เขต)

แบบรายงานผลการดำเนินงาน
โครงการสนับสนุนกิจกรรมอาสาสมัครผู้ป่วยโรคไต

หน่วย/ศูนย์..... โรงพยาบาล จังหวัด.....
ครั้งที่/ ๒๕๕..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้อมูลทั่วไป

- ๑.จำนวนผู้ป่วย CAPD คน
๒.จำนวนแพทย์..... คน
๓.จำนวนพยาบาล PD.....คน
๔.เจ้าหน้าที่อื่น /อาสาสมัคร ระบุ คน

การดำเนินงานตามแผน

| ชื่อกิจกรรม | รายละเอียดการดำเนินงาน | ระยะเวลา / งบประมาณ | ผลการดำเนินงาน |
|-------------|------------------------|------------------------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ข้อคิดเห็นอื่นๆ.....
.....

ผู้รับผิดชอบ.....
ตำแหน่ง.....