



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็ก และเกณฑ์มาตรฐาน
หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก
พ.ศ. ๒๕๕๔

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็ก และเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับข้อ ๔ วรรคสอง แห่งข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๔๗ และข้อ ๔ ข้อ ๗๔ ของเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๕๔ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๒ แนวทางการปลูกถ่ายตับในเด็ก ให้เป็นไปตามเอกสาร หมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ เกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก ให้เป็นไปตามมาตรฐานของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

ข้อ ๔ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะทางให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก มีหน้าที่ดังนี้

(๑) ให้บริการรักษาผู้ป่วยสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และวิธีปลูกถ่ายตับในเด็กอายุไม่เกิน ๑๘ ปี ตามแนวทางการรักษาหรือตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย โดยไม่เลือกปฏิบัติ และต้องไม่ปฏิเสธการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยไม่มีเหตุอันควร

/ (๒) ...

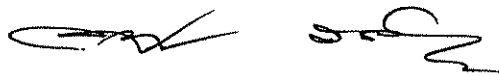
(๒) กำกับดูแลผู้ให้บริการ ให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนด

(๓) บันทึกข้อมูลการให้บริการตามมาตรฐานและแนวทางการรักษาตามข้อ ๔ (๑) และการรักษาด้วยการใช้ยากดภูมิต่างๆ รวมทั้งการรักษาเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ หรือเอกสารตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และพร้อมที่ให้ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือหน่วยงานที่ได้รับมอบหมาย ตรวจสอบเพื่อติดตามผลการให้บริการได้ตลอดเวลา

(๔) หน้าที่อื่นๆ ตามที่กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และกฎหมายอื่นๆ กำหนดไว้ หรือตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๕ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๔



(นายประทีป ธนกิจเจริญ)
รองเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑

แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็กและเกณฑ์มาตรฐานหน่วย
บริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๔
ลงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๔

การให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart Transplantation) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การรักษา
ด้วยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ มีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์ รวมทั้งความปลอดภัยสูงสุดกับผู้ป่วย
ดังนั้นในการดูแลรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ โรงพยาบาลและแพทย์ผู้ให้การรักษาจึงควรดูแล
ครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัย การเลือกผู้ป่วย และวิธีการรักษาที่เหมาะสม การรักษาแบบต่าง ๆ
รวมทั้งป้องกัน และรักษาภาวะแทรกซ้อน โดยมีข้อกำหนดดังนี้

๑. คุณสมบัติของหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านการประเมินและรับรองจาก
ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

๒. เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

- ๒.๑ เป็นผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ๒.๒ เป็นผู้ป่วยหัวใจวายอย่างรุนแรงและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น
- ๒.๓ เป็นผู้ป่วยที่สุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด
- ๒.๔ ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่า มีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

๓. การจัดสรรอวัยวะ (Organ allocation)

ให้เป็นไปตามประกาศของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเรื่อง เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

๔. การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๕. การสนับสนุนค่าบริการ

- ๕.๑ ค่าใช้จ่ายในการให้บริการผ่าตัด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้การสนับสนุนการดำเนินงานในการให้บริการ
ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ แก่หน่วยบริการตั้งแต่ขั้นตอนการจัดเตรียม การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการดูแล
หลังผ่าตัด โดยการสนับสนุนเป็นไปตามแบบแผนการรักษา (Protocol) ตามที่สมาคมปลูกถ่าย
อวัยวะแห่งประเทศไทยเสนอ โดย Protocol ดังกล่าว มีการจำแนกย่อยและมีค่าใช้จ่ายที่จ่ายใน
ลักษณะเหมาะสมตาม Protocol รายละเอียดดังตาราง ต่อไปนี้

/ (๑) คำ...

(๑) ค่าใช้จ่ายก่อนการผ่าตัด

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
สำหรับผู้รับบริจาค (recipient)	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ● ค่าตรวจเอกซเรย์● ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง● ไม่รวมการตรวจ cardiac catheterization	๓๐,๐๐๐

(๒) ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

(ก) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
Protocol-HTX-I <ul style="list-style-type: none">● ใช้ยากลุ่ม cyclosporine + mycophenolate● ไม่รวม complication ต่างๆ	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ● ค่าตรวจเอกซเรย์● ค่าผ่าตัด● ค่าห้อง, ค่าอาหาร● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด● ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล● ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๑๐,๐๐๐

/แผนการ...

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
Protocol- HTX-II <ul style="list-style-type: none">● ใช้ยากลุ่ม tacrolimus + mycophenolate● ไม่รวม complication ต่างๆ	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ● ค่าตรวจเอกซเรย์● ค่าผ่าตัด● ค่าห้อง, ค่าอาหาร● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด● ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล● ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๒๐,๐๐๐
Protocol- HTX-III <ul style="list-style-type: none">● ใช้ยากลุ่ม anti-thymocyte globulin + cyclosporine + mycophenolate● ไม่รวม complication ต่างๆ	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ● ค่าตรวจเอกซเรย์● ค่าผ่าตัด● ค่าห้อง, ค่าอาหาร● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด● ค่ายา Anti-thymocyte globulin● ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล● ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๗๕,๐๐๐

/แผนการ...

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
<p>Protocol- HTX-IV</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ใช้ยากลุ่ม anti-thymocyte globulin + tacrolimus + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา Anti-thymocyte globulin ● ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	<p>๓๘๐,๐๐๐</p>
<p>Protocol- HTX-V</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ใช้ยากลุ่ม Basiliximab + cyclosporine + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา Basiliximab ● ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	<p>๔๕๕,๐๐๐</p>

/แผนการ...

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
Protocol- HTX-VI <ul style="list-style-type: none">● ใช้ยากลุ่ม Basiliximab + tacrolimus + mycophenolate● ไม่รวม complication ต่างๆ	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ● ค่าตรวจเอกซเรย์● ค่าผ่าตัด● ค่าห้อง, ค่าอาหาร● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด● ค่ายา Basiliximab● ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล● ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๔๖๕,๐๐๐

(ข)กรณีมีภาวะ rejection

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
Protocol ACR <ul style="list-style-type: none">● ภาวะ acute cellular rejection	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจ Echocardiography● ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ● ค่ายา methylprednisolone● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๐,๐๐๐

/แผนการ...

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
Protocol AMR ● ภาวะ antibody mediated rejection	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจ Echocardiography● ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ● ค่ายา methylprednisolone● ค่ายา intravenous immunoglobulin● ค่า plasmapheresis และตัวกรอง plasma● ค่าสาย double lumen catheter	๓๒๐,๐๐๐

การสนับสนุนค่าใช้จ่ายดังกล่าว มีเงื่อนไขประกอบ ดังนี้

๑. ในกรณีที่ผู้รับบริการต้องมีการประเมินโดยการตรวจ cardiac catheterization ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ให้หน่วยบริการเบิกการตรวจดังกล่าวจากระบบ DRG ผู้ป่วยในและเบิกค่าอุปกรณ์ตามรายการที่ สปสช. กำหนด โดยให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

ในกรณีที่ผู้รับบริการมีความเจ็บป่วยอื่นๆ หน่วยบริการสามารถให้การรักษาและเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากระบบปกติของ สปสช.

๓. ในกรณีให้บริการซึ่งมีโรคแทรกซ้อน(Complication)อื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

๔. ในกรณีให้บริการผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาด้วย IABP, ECMO หรือ nitric oxide ให้หน่วยบริการระบุความจำเป็นในการรักษามาที่ สปสช.

๕. เกณฑ์การจ่ายค่าบริการยากดภูมิคุ้มกัน หลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ เป็นไปตามเกณฑ์การจัดบริการยากดภูมิคุ้มกัน ที่ สปสช. กำหนด

๖. กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะ acute cellular rejection สามารถเบิกค่ารักษาจาก protocol – ACR และ ผู้ป่วยมีภาวะ antibody mediated rejection สามารถเบิกค่ารักษาจาก protocol – AMR

/๗...

๗. เมื่อมีการตรวจชิ้นเนื้อหัวใจ (myocardium biopsy) เบิกค่ารักษาจาก protocol – myocardium biopsy ในอัตรา ๓๐,๐๐๐ บาท/ครั้ง

(๓) ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
Protocol -Myocardium biopsy	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจ Echocardiography● ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยตรง	๓๐,๐๐๐

ในกรณีให้บริการซึ่งมีโรคแทรกซ้อน (Complication) อื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

(๔) เงื่อนไขการจ่ายค่าบริการ

(ก) การจ่ายค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่ายต่อ Protocol ที่กำหนด หากมีการปรับเปลี่ยน Protocol ระหว่างรับการรักษา จะได้รับค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณา

(ข) ค่าบริการที่จ่ายนี้ไม่ครอบคลุมโรคแทรกซ้อน หรือโรคที่เป็นอยู่เดิม หากหน่วยบริการต้องให้บริการในกรณีโรคแทรกซ้อนหรือโรคเดิม ให้ส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปี 2554 (หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ร่วมโครงการต้องแจ้งให้ผู้ป่วยผ่านระบบส่งต่อตั้งแต่แรกเริ่มเข้าสู่โครงการ เพื่อป้องกันการปฏิเสธการจ่ายในกรณีที่มีการรักษาโรคอื่น ๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อน หรือโรคเดิมเป็นต้น)

(ค) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามประกาศนี้ จนกระทั่งสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้สิทธิ เช่น เสียชีวิต หรือ เปลี่ยนสิทธิ

(ง) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดใน Protocol

/(๕)...

(๕) งดการจ่ายเงิน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจ่ายเงินให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการตามผลงานการให้บริการจริงรายเดือน

๕.๒ การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

เกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษา ตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นและการตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจดังนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราการจ่ายค่าบริการ (บาท)ต่อเดือน
หลังผ่าตัด ๑- ๖ เดือน	๓๐,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๗ - ๑๒ เดือน	๒๕,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๑๓ - ๒๔ เดือน	๒๐,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๒๕ เดือนขึ้นไป	๑๕,๐๐๐

การจ่ายยากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายค่าบริการต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิรักษาพยาบาลเป็นสิทธิอื่น ที่ไม่ใช่สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๖. การส่งเอกสารหลักฐานเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการส่งเอกสารเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายใน ๓๐ วัน หลังให้บริการประกอบด้วยเอกสาร/หลักฐานดังนี้

๖.๑ หนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย (ใบปะหน้า)

๖.๒ แบบขอรับค่าใช้จ่าย กรณีผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๕

๖.๓ กรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน(Complication)ร่วมด้วย ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

๗. การอุทธรณ์

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายค่าใช้จ่ายของ สปสช. ไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ สามารถอุทธรณ์ มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ภายใน ๓๐ วันหลังรับรายงานการจ่ายเงิน



เอกสารหมายเลข ๒

แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง แนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็กและเกณฑ์มาตรฐานหน่วย
บริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๔

ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๕๔

การให้บริการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (Pediatric Liver Transplantation) มีวัตถุประสงค์
เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยเด็กตับวายด้วยวิธีผ่าตัดปลูกถ่ายตับมีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์ รวมทั้ง
ความปลอดภัยสูงสุดกับผู้ป่วย ดังนั้นในการดูแลรักษาด้วยวิธีผ่าตัดปลูกถ่ายตับ โรงพยาบาลและ
แพทย์ผู้ให้การรักษาจึงควรดูแลครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัย การเลือกผู้ป่วย และวิธีการรักษาที่
เหมาะสม การรักษาแบบต่าง ๆ รวมทั้งป้องกัน และรักษาภาวะแทรกซ้อน โดยมีข้อกำหนดดังนี้

๑. คุณสมบัติของหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านการประเมินและรับรอง
จากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

๒. เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

- ๒.๑ เป็นผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ๒.๒ เป็นผู้ป่วยเด็กตับวายจากท่อน้ำดีอุดตันตั้งแต่กำเนิดหรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ
- ๒.๓ มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปี ในวันรับการผ่าตัด
- ๒.๔ เป็นผู้ป่วยที่สุขภาพแข็งแรงเพียงพอสำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด
- ๒.๕ ได้รับการประเมินจากแพทย์แล้วว่าผู้ป่วยมีความเหมาะสมในการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

๓. การจัดสรรอวัยวะ (Organ allocation)

ให้เป็นไปตามประกาศของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเรื่อง เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

๔. การใช้ยากดภูมิคุ้มกันและแนวทางการรักษาผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๕. การสนับสนุนค่าบริการ

๕.๑ ค่าใช้จ่ายในการให้บริการผ่าตัด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้การสนับสนุนการดำเนินงานในการให้บริการ
ผ่าตัดปลูกถ่ายตับแก่หน่วยบริการตั้งแต่ขั้นตอนการจัดเตรียม การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ และการดูแล
หลังผ่าตัด โดยสนับสนุนตามแบบแผนการรักษา (Protocol) ที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย
เสนอ โดย Protocol ดังกล่าว มีการจำแนกย่อยและมีค่าใช้จ่ายที่จ่ายในลักษณะเหมาตาม
Protocol รายละเอียดดังตาราง ต่อไปนี้

/ (๑) ค่า...

(๑) ค่าใช้จ่ายก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย
(ก) สำหรับผู้รับบริจาค (recipient)	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ● ค่าตรวจเอกซเรย์● ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๐,๐๐๐
(ข) สำหรับผู้บริจาค (living donor)	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ● ค่าตรวจเอกซเรย์● ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง● จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้รับบริจาค 1 ราย	๔๐,๐๐๐

(๒) ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย
(ก) สำหรับผู้บริจาคมีชีวิตเมื่อเข้ารับการผ่าตัด (living donor)		
	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ค่าผ่าตัด● ค่าห้องและค่าอาหาร● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๑๐๐,๐๐๐

/แผนการ...

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย
(ข) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด – กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-OLT-I <ul style="list-style-type: none"> ● ใช้ยากลุ่ม cyclosporine + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	๔๑๐,๐๐๐
Protocol- OLT-II <ul style="list-style-type: none"> ● ใช้ยากลุ่ม tacrolimus + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	๔๒๐,๐๐๐

/แผนการ...

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย
Protocol- OLT-III <ul style="list-style-type: none"> ● ใช้ยากลุ่ม Basiliximab + cyclosporine + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา Basiliximab ● ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง 	๕๕๕,๐๐๐
Protocol- OLT-IV <ul style="list-style-type: none"> ● ใช้ยากลุ่ม Basiliximab + tacrolimus + mycophenolate ● ไม่รวม complication ต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา Basiliximab ● ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล 	๕๖๕,๐๐๐

/แผนการ...

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย
	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยตรง	
(ค) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด – กรณีมีภาวะ rejection		
Protocol ACR <ul style="list-style-type: none">● ภาวะ acute cellular rejection	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจ ultrasound● ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ● ค่ายา methylprednisolone● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยตรง	๓๐,๐๐๐

การสนับสนุนค่าใช้จ่ายดังกล่าว มีเงื่อนไขประกอบ ดังนี้

๑. ในกรณีที่ผู้รับบริจาคมีความเจ็บป่วย และไม่เกี่ยวข้องกับการเตรียมรับบริจาคตับ หน่วยบริการสามารถให้การรักษาและเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากระบบปกติของ สปสช.

๒. ในกรณีให้บริการซึ่งมีโรคแทรกซ้อน(Complication)อื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

๓. ในกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะ antibody mediated rejection ให้หน่วยบริการระบุการใช้ยาและความจำเป็นในการรักษามาที่ สปสช.

๔. กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะ acute cellular rejection สามารถเบิกค่ารักษาจาก protocol – ACR และ ผู้ป่วยมีภาวะ antibody mediated rejection ให้หน่วยบริการระบุการใช้ยาและความจำเป็นในการรักษามาที่ สปสช.

๕. เมื่อมีการตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) เบิกค่ารักษาจาก protocol – liver biopsy ในอัตรา ๑๐,๐๐๐ บาท/ครั้ง

/ (๓) ค่าใช้จ่าย...

(๓) ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย
สำหรับผู้รับบริการหลังผ่าตัด		
Protocol -Liver biopsy	<ul style="list-style-type: none">● ค่าตรวจ ultrasound● ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยตรง	๑๐,๐๐๐

กรณีให้บริการซึ่งมีโรคแทรกซ้อน(Complication) อื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ rejection ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

(๔) เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

(ก) การจ่ายค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่ายต่อ Protocol ที่กำหนด หากมีการปรับเปลี่ยน Protocol ระหว่างรับการรักษา จะได้รับค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการอุทธรณ์เป็นผู้พิจารณา

(ข) ค่าบริการที่จ่ายนี้ไม่ครอบคลุมโรคแทรกซ้อน หรือโรคที่เป็นอยู่เดิม หากหน่วยบริการต้องให้บริการในกรณีโรคแทรกซ้อนหรือโรคเดิม ให้ส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๕๔ (หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ร่วมโครงการต้องแจ้งให้ผู้ป่วยผ่านระบบส่งต่อตั้งแต่แรกเริ่มเข้าสู่โครงการ เพื่อป้องกันการปฏิเสธการจ่ายในกรณีที่มีการรักษาโรคอื่น ๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อน หรือโรคเดิมเป็นต้น)

(ค) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากโครงการตามขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขนี้ จนกระทั่งสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้สิทธิ เช่น เสียชีวิต หรือ เปลี่ยนสิทธิ

(ง) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดใน Protocol

(๕) งวดการจ่ายเงิน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจ่ายเงินให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการ ตามผลงานการให้บริการจริงรายเดือน

/๕.๒...



๕.๒ การสนับสนุนค่ายากดภูมิกู้มกัน

เกณฑ์การให้ยากดภูมิกู้มภายหลังการปลูกถ่ายตับต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษา ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เบื้องต้นและการตรวจระดับยากดภูมิกู้มกันหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายตับดังนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราราคาสดขาย(บาท)ต่อเดือน
หลังผ่าตัด ๑ - ๖ เดือน	๓๐,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๗ - ๑๒ เดือน	๒๕,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๑๓ - ๒๔ เดือน	๒๐,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๒๕ เดือนขึ้นไป	๑๕,๐๐๐

การจ่ายยากดภูมิกู้มกัน จะจ่ายสดขายต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือหมดสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๖. การส่งเอกสารหลักฐานเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการส่งเอกสารเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายภายใน ๓๐ วัน หลังให้บริการ ประกอบด้วยเอกสาร/หลักฐานดังนี้

๖.๑ หนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย (ใบปะหน้า)

๖.๒ แบบขอรับค่าใช้จ่าย กรณีผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๕

๖.๓ กรณีให้บริการซึ่งมีโรคแทรกซ้อน(Complication)ร่วมด้วย ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRG

๗. การอุทธรณ์

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายค่าใช้จ่ายของ สปสช. ไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ สามารถอุทธรณ์ มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ภายใน ๓๐ วันหลังรับรายงานการจ่ายเงิน