



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง แนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็ก และเกณฑ์มาตรฐาน
หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก
พ.ศ. ๒๕๕๙

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงแนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็ก และเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็กในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖ มาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และข้อ ๒ ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ประกอบข้อ ๒๗.๔ และ ๒๗.๔.๑ ของเอกสารแนบท้ายประกาศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็ก และเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๔

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็ก และเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๕

ข้อ ๒ แนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจให้เป็นไปตามเอกสาร หมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ แนวทางการปลูกถ่ายตับในเด็ก ให้เป็นไปตามเอกสาร หมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๔ เกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก ให้เป็นไปตามมาตรฐานของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

ข้อ ๕ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะทางให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก หรือหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมโครงการ มีหน้าที่ดังนี้

(๑) ให้บริการรักษาผู้ป่วยสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และวิธีปลูกถ่ายตับในเด็กอายุไม่เกิน ๑๘ ปี ตามแนวทางการรักษาหรือตามข้อกำหนดของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย โดยไม่เลือกปฏิบัติ และต้องไม่ปฏิเสธการรักษาพยาบาล
/ผู้ป่วย...

ผู้ป่วย โดยไม่มีเหตุอันควร

(๒) กำกับดูแลผู้ให้บริการ ให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ

(๓) บันทึกข้อมูลการให้บริการตามมาตรฐานและแนวทางการรักษาตามข้อ ๕(๑) และการรักษาด้วยการใช้ยากดภูมิต่างๆ รวมทั้งการรักษาเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ หรือเอกสารตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และพร้อมที่ให้ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือหน่วยงานที่ได้รับมอบหมาย ตรวจสอบเพื่อติดตามผลการให้บริการ ได้ตลอดเวลา

(๔) หน้าที่อื่นๆ ตามที่กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และกฎหมายอื่นๆ กำหนดไว้ หรือตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

ข้อ ๖ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๙



(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)

รองเลขาธิการ รักษาการแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็กและเกณฑ์มาตรฐานหน่วย
บริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๙

ลงวันที่ ตุลาคม ๒๕๕๙

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
ลักษณะเหมาตาม Protocol รายละเอียดดังตาราง ต่อไปนี้

๕.๑.๑ ค่าใช้จ่ายก่อนการผ่าตัด

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
(ก) สำหรับผู้รับบริจาค (recipient)	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง ● ไม่รวมการตรวจ cardiac catheterization 	๓๐,๐๐๐
(ข) สำหรับผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor)	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าดูแล Donor ● ค่าผ่าตัด ● ค่าน้ำยาถนอมอวัยวะ ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค 	๔๐,๐๐๐

๕.๑.๒ ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

(ก) กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
Protocol-HTX-I <ul style="list-style-type: none"> ● ใซ้ยากลุ่ม 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

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
Protocol- HTX-IV ● 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 	๓๘๐,๐๐๐
Protocol- HTX-V ● 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 	๔๕๕,๐๐๐



แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาท)
Protocol- HTX-VI <ul style="list-style-type: none">● ใช้ยากกลุ่ม 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">● ค่าทำ Echocardiography● ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ● ค่ายา methylprednisolone● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๐,๐๐๐

/แผนการ...

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

๕.๑.๓ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายก่อนหรือระหว่างผ่าตัด มีเงื่อนไขประกอบ ดังนี้

(๑) ในกรณีที่ผู้รับบริการต้องมีการประเมินโดยการตรวจ cardiac catheterization ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ให้หน่วยบริการเบิกการตรวจดังกล่าวจากระบบ DRGs และเบิกค่าอุปกรณ์ตามรายการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วยใน E-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs

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

(๓) ในกรณีให้บริการผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาด้วย IABP, ECMO หรือ nitric oxide ให้หน่วยบริการระบุความจำเป็นในการรักษามาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๔) กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะ acute cellular rejection สามารถเบิกค่ารักษาจาก protocol-ACR และ ผู้ป่วยมีภาวะ antibody mediated rejection สามารถเบิกค่ารักษาจาก protocol-AMR

(๕) เมื่อมีการตรวจชิ้นเนื้อหัวใจ (myocardium biopsy) เบิกค่ารักษาจาก protocol myocardium biopsy ในอัตรา ๓๐,๐๐๐ บาท/ครั้ง

๕.๑.๔ ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

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

๕.๑.๕ เงื่อนไขการจ่ายค่าชดเชย

(๑) การจ่ายค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่ายต่อ Protocol ที่กำหนด หากมีการปรับเปลี่ยน Protocol ระหว่างรับการรักษา จะได้รับค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

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

(๓) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากโครงการตามขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขนี้ จนกระทั่งสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้สิทธิ เช่น เสียชีวิต หรือ เปลี่ยนสิทธิ

(๔) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดใน Protocol

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

ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการบันทึกในโปรแกรม DMIS-HT ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยน Protocol หรือเสียชีวิต ระหว่างผ่าตัด หรืออื่นๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจขอสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยได้

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

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจ่ายเงินให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการตามผลงานการให้บริการจริงรายเดือน

๗. การอุทธรณ์

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายค่าใช้จ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ถูกต้องตามประกาศนี้สามารถอุทธรณ์มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ภายใน ๓๐ วันหลังรับรายงานการโอนเงินทาง www.nhso.go.th/acc หากหลังจากที่กำหนดแล้ว ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะอุทธรณ์ขอรับค่าใช้จ่าย หากหน่วยบริการที่ได้ให้บริการนอกเหนือจากแนวทางที่ปฏิบัติที่กำหนดใน Protocol สามารถส่งหลักฐาน คือ สำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาขออุทธรณ์ได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ทั้งนี้ผลการอุทธรณ์ให้ถือตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็กและเกณฑ์มาตรฐานหน่วย
บริการที่ให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และการปลูกถ่ายตับในเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๙
ลงวันที่ ตุลาคม ๒๕๕๙

การให้บริการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (Pediatric Liver Transplantation) มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยเด็กที่ป่วยด้วยวิธีผ่าตัดปลูกถ่ายตับมีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์ รวมทั้งความปลอดภัยสูงสุดกับผู้ป่วย ดังนั้นในการดูแลรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ปลูกถ่ายตับ ปลูกถ่ายตับในเด็กและแพทย์ผู้ให้การรักษาคงควรดูแลครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัย การเลือกผู้ป่วย และวิธีการรักษาที่เหมาะสม การรักษาแบบต่าง ๆ รวมทั้งป้องกัน และรักษาภาวะแทรกซ้อน โดยมีข้อกำหนดดังนี้

๑. คุณสมบัติของหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผ่านการประเมินและรับรอง จากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

๒. เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

- ๒.๑ เป็นผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ๒.๒ เป็นผู้ป่วยเด็กที่ป่วยจากท่อน้ำดีอุดตันตั้งแต่กำเนิดหรือตับวายจากสาเหตุอื่นๆ
- 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 จะให้การสนับสนุนการดำเนินงานในการให้บริการผ่าตัดปลูกถ่ายตับแก่หน่วยบริการตั้งแต่ขั้นตอนการจัดเตรียม การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ และการดูแลหลังผ่าตัด โดยสนับสนุนตามแบบแผนการรักษา (Protocol) ที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยเสนอ โดย Protocol ดังกล่าว มีการจำแนกย่อยและมีค่าใช้จ่ายที่จ่ายในลักษณะเหมาตาม Protocol รายละเอียดดังตาราง ต่อไปนี้

๕.๑.๑ ค่าใช้จ่ายก่อนผ่าตัด

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย
(ก) สำหรับผู้รับบริจาค (recipient)	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง ● ไม่รวมการตรวจ cardiac catheterization 	๓๐,๐๐๐
(ข) สำหรับผู้บริจาค (living donor)	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง ● จ่ายไม่เกิน ๒ ครั้งต่อผู้รับบริจาค ๑ ราย 	๔๐,๐๐๐
(ค) สำหรับผู้บริจาค สมองตาย (Deceased donor)	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าดูแล Donor ● ค่าผ่าตัด ● ค่าน้ำยาถอนมอวัยวะ ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาค 	๔๐,๐๐๐

๕.๑.๒ 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 ● 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 ● 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

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย
<p>Protocol- OLT-III</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 ระหว่าง รับการรักษา● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยตรง	<p>๕๕๕,๐๐๐</p>
<p>Protocol- OLT-IV</p> <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 ระหว่างรับ การรักษา● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยตรง	<p>๕๖๕,๐๐๐</p>

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย
(ค) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด - กรณีมีภาวะrejection		
Protocol ACR ● ภาวะ acute cellular rejection	● ค่าตรวจ ultrasound ● ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ● ค่ายา methylprednisolone ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยตรง	๓๐,๐๐๐

๕.๑.๓ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายก่อนและระหว่างผ่าตัด มีเงื่อนไขประกอบ ดังนี้

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

(๒) ในกรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะ antibody mediated rejection ให้หน่วยบริการระบุการใช้ยาและความจำเป็นในการรักษามาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๓) กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะ acute cellular rejection สามารถเบิกค่ารักษาจาก protocol -ACR และ ผู้ป่วยมีภาวะ antibody mediated rejection ให้หน่วยบริการระบุการใช้ยาและความจำเป็นในการรักษามาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๔) เมื่อมีการตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) เบิกค่ารักษาจาก protocol-liver biopsy ในอัตรา ๑๐,๐๐๐ บาท/ครั้ง

๕.๑.๔ ค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด

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

๕.๑.๕ เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

(๑) การจ่ายค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่ายต่อ Protocol ที่กำหนด หากมีการปรับเปลี่ยน Protocol ระหว่างรับการรักษา จะได้รับค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

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

(๓) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากโครงการตามขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขนี้ จนกระทั่งสิ้นสุดสภาพการเป็นผู้สิทธิ เช่น เสียชีวิต หรือ เปลี่ยนสิทธิ

(๔) กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่ายตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนดใน Protocol

๕.๒ การสนับสนุนค่ายากดงูมีคัมกัน

เกณฑ์การให้ยากดงูมีคัมกันภายหลังการปลูกถ่ายตับต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษา ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เบื้องต้นและการตรวจระดับยากดงูมีคัมกันหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายตับดังนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราการชดเชย(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

การจ่ายยากดงูมีคัมกัน จะจ่ายชดเชยต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือหมดสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๖. การส่งเอกสารหลักฐานเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการบันทึกในโปรแกรม DMIS-LT ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยน Protocol หรือเสียชีวิต ระหว่างผ่าตัด หรืออื่นๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจขอสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยได้

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

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจ่ายเงินให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการ ตามผลงานการให้บริการจริงรายเดือน

๗. การอุทธรณ์

กรณีที่หน่วยบริการ เห็นว่าการจ่ายค่าใช้จ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ถูกต้องตามประกาศนี้สามารถอุทธรณ์มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ภายใน ๓๐ วันหลังรับรายงานการโอนเงินทาง www.nhso.go.th/acc หากหลังจากที่กำหนดแล้ว ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะอุทธรณ์ขอรับค่าใช้จ่าย หากหน่วยบริการที่ได้ให้บริการนอกเหนือจากแนวทางที่ปฏิบัติที่กำหนดใน Protocol สามารถส่งหลักฐาน คือ สำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาขออุทธรณ์ได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ทั้งนี้ผลการอุทธรณ์ให้ถือตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด