

ที่ สปสช.๑๘.๑๒/ว.๐๓๖๖๖

๙ เมษายน ๒๕๕๓

เรื่อง แนวทางการเบิกจ่ายค่าชดเชยค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (เพิ่มเติม) กรณีเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับ
Vascular access ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศ สปสช.เรื่องการสนับสนุนและชดเชยค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วย
วิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD (เพิ่มเติม) จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบเบิกจ่ายค่าชดเชย vascular access จำนวน ๑ ชุด

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ออกประกาศ สปสช. เรื่องการ
สนับสนุนและชดเชยค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(เพิ่มเติม)
กรณีค่าใช้จ่ายสำหรับ Vascular access ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
และมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๓ เป็นต้นไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

ในกรณี เพื่อให้หน่วยบริการหรือสถานบริการสามารถเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการและเกิดความ
เข้าใจที่ตรงกัน สปสช. จึงขอแจ้งแนวทางปฏิบัติสำหรับการเบิกชดเชยค่าใช้จ่ายกรณี vascular access ใน
ปีงบประมาณ ๒๕๕๓ ดังนี้

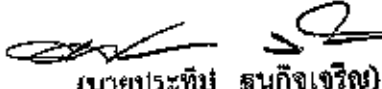
- สำหรับหน่วยบริการ/สถานบริการที่มีและใช้ โปรแกรม E-claim ให้เบิกค่าใช้จ่ายกรณี vascular
access ผ่านโปรแกรม E-claim เลือก Project code DMISHD
- สำหรับหน่วยบริการ/สถานบริการที่ไม่ได้ใช้โปรแกรม E-claim ให้เบิกค่าใช้จ่ายโดยใช้แบบ
เบิกจ่ายค่าชดเชย vascular access รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ โดยส่งมาที่ ผู้จัดการ
กองทุนโรคไตวาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม
๒๕๕๐ ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กทม.

ทั้งนี้ จนกว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกลางสารสนเทศบริการ
สุขภาพ (สทส.) จะร่วมกันพัฒนาโปรแกรมด้วยระบบเบิกจ่ายทางอิเล็กทรอนิกส์ เช่นเดียวกับการเบิกจ่ายค่าฟอก
เลือดของสทส. ซึ่งคาดว่าจะแล้วเสร็จประมาณวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๓

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดถือปฏิบัติในการเบิกจ่ายค่าชดเชย vascular access ดังกล่าว ต่อไปด้วย

จักเป็นพระคุณ

กองทุนโรคไตวาย
โทรศัพท์ ๐๒-๕๔๑-๕๐๕๑ โทรสาร ๐๒-๕๔๓-๕๗๕๕
ผู้รับผิดชอบ นายปราโมทย์ แอ้มพร้อม
สำเนาเรียน หัวหน้าหน่วยไต / สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขอแสดงความนับถือ

(นายประทีป ธนกิจเจริญ)
รองเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



แบบเบิกจ่ายค่าชดเชย Vascular Access

(AVF/ AVG/ Tunnel cuffed catheter/ temporarily double lumen catheter)

ตามชุดสิทธิประโยชน์บริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปีงบประมาณ 2553

หน่วยบริการ / สถานบริการ ที่ขอเบิก.....รหัส.....

วันเดือนปี ที่ขอเบิก.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย

ชื่อ- สกุล..... อายุ.....ปี เบอร์โทรศัพท์

HN.....AN.....

เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก.....

หน่วยบริการประจำตามระบบหลักประกันสุขภาพ.....

วันรับไว้ในหน่วยบริการ.....วันจำหน่าย.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษา

• ชนิดของ vascular access

อัตราเบิก

- | | |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Arteriovenous Fistula (AVF) | ราคา..... บาท |
| <input type="checkbox"/> Arteriovenous Graft (AVG) | ราคา..... บาท |
| Graft | ราคา..... บาท |
| <input type="checkbox"/> Tunnel cuffed catheter (TCC) | ราคา..... บาท |
| <input type="checkbox"/> Temporarily double lumen catheter | ราคา..... บาท |
| <input type="checkbox"/> การแก้ไขซ่อมแซม vascular access | ราคา..... บาท |

- รายชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ ๖.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD)(เพิ่มเติม)

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖(๑๔) และมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยมีมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๙/๒๕๕๑ วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๑ และครั้งที่ ๕/๒๕๕๒ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๒ เสนอธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกความใน ข้อ ๓(๒)(ข) ของประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การสนับสนุนและชดเชยบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(Hemodialysis : HD) ลงวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๒ และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“ (ข) ค่าใช้จ่ายสำหรับ vascular access ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้เป็นไปตามแนวทางกรเบิกจ่ายแนบท้ายประกาศนี้ ”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๓ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

(นายประทีป ธนกิจเจริญ)
รองเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**แนวทางการเบิกจ่าย vascular access สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

ชนิดของ vascular access	ข้อบ่งชี้	ราคาจ่าย	จำนวนครั้งในการเบิก	หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ
Tunnel cuffed catheter	<p>สำหรับผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษาจาก CAPD เป็น chronic hemodialysis ในกรณีดังนี้</p> <p>(๑) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD</p> <p>(๒) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่รอใช้ AVF หรือ AVG</p> <p>(๓) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ไม่สามารถทำ AVF หรือ AVG</p>	๑๒,๐๐๐ บาท (รวมค่าสายและ ค่าใส่สาย)	เบิกตามจริง แต่ไม่เกิน ๑ ครั้ง/ปี	ศูนย์ฟอกเลือดหรือโรงพยาบาล
AVF	<p>สำหรับผู้ป่วย chronic hemodialysis ในกรณีดังนี้</p> <p>(๑) ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษาจาก CAPD เป็น chronic hemodialysis</p> <p>(๒) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD</p> <p>(๓) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ต้องทำ AVF ใหม่</p>	๘,๐๐๐ บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่า OR และค่าห้องปฏิบัติการ)	เบิกตามจริง แต่ไม่เกิน ๑ ครั้ง/ปี	โรงพยาบาล

ชนิดของ vascular access	ข้อบ่งชี้	ราคาจ่าย	จำนวนครั้งในการเบิก	หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ
AVG	<p>สำหรับผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ไม่สามารถทำ AVF ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้</p> <p>(๑) ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการรักษาจาก CAPD เป็น chronic hemodialysis</p> <p>(๒) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อห้ามในการทำ CAPD</p> <p>(๓) ผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่ต้องทำ AVG ใหม่</p>	<p>๘,๐๐๐ บาท (รวมค่าผ่าตัด, ค่า OR และ ค่าห้องปฏิบัติการ แต่ไม่รวมค่า graft)</p> <p>ค่า graft ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท</p>	<p>เบิกตามจริง แต่ไม่เกิน ๑ ครั้ง/ปี</p>	โรงพยาบาล
Temporary double lumen catheter	<p>สำหรับผู้ป่วย chronic hemodialysis ที่รอใช้ AVF หรือ AVG</p>	<p>๕,๐๐๐ บาท (รวมค่าสายและค่าใส่สาย)</p>	<p>จำนวนครั้งเบิกตามจริง แต่ไม่เกิน ๑ ครั้ง/ปี</p>	ศูนย์ฟอกเลือดหรือโรงพยาบาล

หมายเหตุ

๑. ผู้ป่วยใหม่ที่ต้องทำ temporary hemodialysis ก่อนทำ CAPD ให้รวมค่าสาย Temporary double lumen catheter อยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัว ๘,๐๐๐ บาท/คน/เดือน
๒. ผู้ป่วย CAPD ที่ต้องทำ temporary hemodialysis หลังจากเริ่มทำ CAPD เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ให้รวมค่าสาย Temporary double lumen catheter อยู่ในค่าเหมาจ่าย ๕,๐๐๐ บาท/คน/เดือน
๓. ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการแก้ไข AVF หรือ AVG สามารถเบิกค่าแก้ไขเพิ่มเติมตามที่ใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๘,๐๐๐ บาท ในระยะเวลา ๑ ปี
๔. ในกรณีที่หน่วยบริการหรือสถานบริการมีความจำเป็นต้องใช้รายการต่าง ๆ หรืออุปกรณ์ในการรักษาเพิ่มเติมจากที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ในประกาศนี้ และมีค่าใช้จ่ายที่สูงอย่างชัดเจน หน่วยบริการหรือสถานบริการสามารถอุทธรณ์ค่าใช้จ่ายดังกล่าวมาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้
๕. ปีหมายถึงปีงบประมาณ