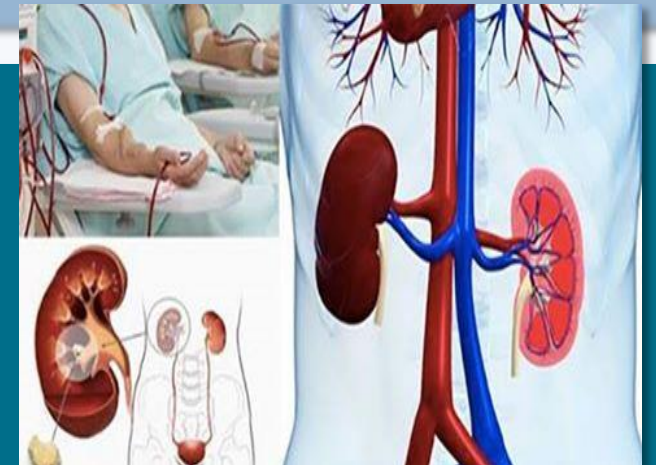
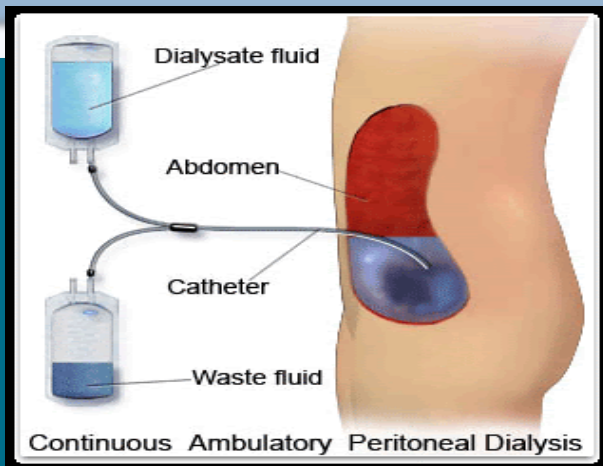


# การบริหารงบประมาณบริการไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2564



## วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับบริการบำบัดทดแทนไตที่มีคุณภาพ และมาตรฐานตามความจำเป็นด้านสุขภาพ
2. ป้องกันการเกิดภาวะล้มละลายของผู้ป่วยและครอบครัว จากค่าใช้จ่ายในการรับบริการบำบัดทดแทนไต
3. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีกลไกการบริหารจัดการที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จัดระบบบริการและดูแลผู้ป่วยโรคไตเสื่อมให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

## เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง) กับการบำบัดทดแทนไตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

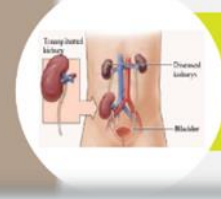
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คุ้มครองการบำบัดทดแทนไต ดังนี้



1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง



2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม



3. การผ่าตัดปลูกถ่ายไต



# กรอบการบริหารงบบริการไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2564

ค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ( 9,720.2800 ล้านบาท : ปี 63 = 9,405.4138 ล้านบาท )


## CAPD

(5,003.91 ลบ.)

เป้าหมายบริการ CAPD ; 31,790 ราย  
(4,982.44 ล้านบาท)

ขอบเขตการบริการ ;

- น้ำยาล้างไต, สาย TK, ยาเพิ่มระดับเม็ดเลือดแดง (EPO) (จ่ายเป็นยา, สาย TK)
- ค่าบริการยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก CAPD (เหมาจ่ายอัตรา 2,500 บาท/ราย/เดือน)
- ค่าฟอกเลือดชั่วคราว (Temp HD)

 การให้บริการ APD เป้าหมาย 100 ราย  
(21.47 ล้านบาท)

## HD & HD SelfPay

(4,155.83 ล้านบาท)

เป้าหมายบริการ HD ; 22,949 ราย  
(4,087.17 ล้านบาท)

ขอบเขตการบริการ ;

- ค่าบริการฟอกเลือด
- ค่าเตรียมเส้นสำหรับฟอกเลือด, ซ่อมเส้น, ทำเส้นใหม่ตามความจำเป็น
- ยาเพิ่มระดับเม็ดเลือดแดง (EPO) (จ่ายเป็นยา)

เป้าหมายบริการ HD ; self pay : 6,569 ราย  
(68.65 ล้านบาท)

ขอบเขตการบริการ ;

- ยาเพิ่มระดับเม็ดเลือดแดง (EPO) (จ่ายเป็นยา)

## KT&KTI

(560.52 ล้านบาท)

เป้าหมายบริการ KT; 224 ราย  
(132.12 ล้านบาท)

ขอบเขตการบริการ ;

- ค่าบริการผ่าตัด (เหมาจ่ายตาม Protocol)
- ค่าผ่าตัดนำอวัยวะออกจากผู้บริจาคสมองตาย, ผู้บริจาคมีชีวิต
- ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัด

เป้าหมายบริการ KTI : 2,183 ราย  
(428.40 ล้านบาท)

ขอบเขตการบริการ ;

- ค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัด

\* วงเงินภาพรวมงบประมาณปี 2564 เพิ่ม จากปี 2563 = 314.8662 ล้านบาท \*

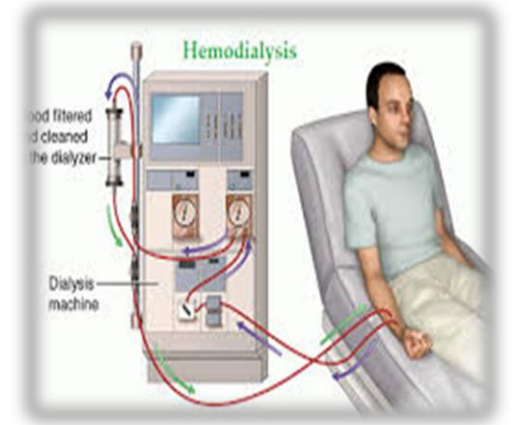


# กรอบการให้บริการบำบัดทดแทนไต

**Frist**

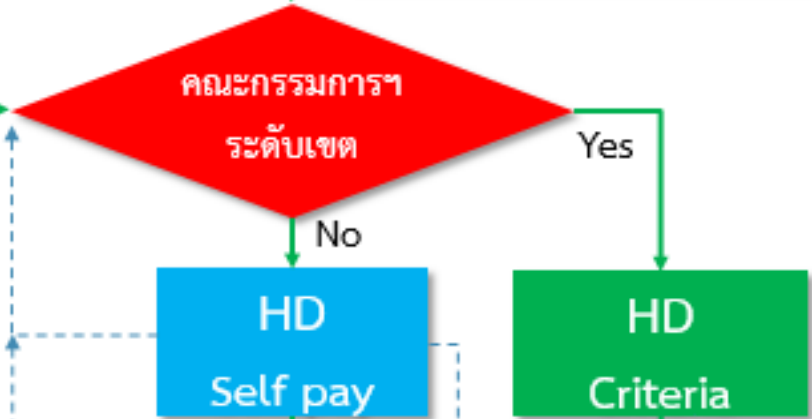
CKD

มีข้อบ่งชี้ (Criteria)  
การเริ่มต้นทำ Dialysis

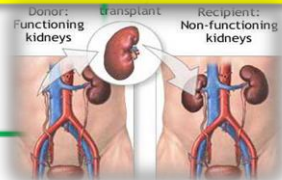


CAPD

มีข้อบ่งชี้เปลี่ยน CAPD เป็น HD  
ข้อห้ามสัมผัส / ข้อห้ามสมบูรณ์



Temp HD  
( 90 วัน )



KT

KTI

KT rejection

KT rejection



# บริการ CAPD และหน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1 เชียงใหม่



CAPD 30 หน่วย  
- เอกชน 1  
- ภาครัฐ 29

- 1.รพ.นครพิงค์ 2.รพ.มหาราช
- 3.รพ.จอมทอง 4.รพ.ฝาง
- 5.รพ.สันป่าตอง 6.รพ.สันทราย
- 7.รพ.สารภี 8.เชียงใหม่คลินิกโรคไต

- 1.รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์
- 2.รพ.สมเด็จพระญาณสังวร
- 3.รพ.แม่จัน 4.รพ.พาน

- 1.รพ.พะเยา 2.รพ.เชียงคำ
- 3.รพ.ปง 4.รพ.แม่ใจ
- 5.รพ.จุน 6.รพ.เชียงม่วน

- 1.รพ.ศรีสังวาลย์

- 1.รพ.น่าน 2.รพ.ท่าวังผา
- 3.รพ.เวียงสา 4.รพ.ร.ปัว

- 1.รพ.ลำพูน

- 1.รพ.ลำปาง 2.รพ.เกาะคา
- 3.รพ.เถิน 4.รพ.งาว

- 1.รพ.แพร่
- 2.รพ.ร้องกวาง



# หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ – CAPD..

ลำดับ	รายการ	อัตรา	ระบบเบิกจ่าย	กำหนดเวลาจ่าย
1	น้ำยาล้างไต	4 ถุง/คน/วัน	โปรแกรม DMIS_CAPD	เป็นไปตามแนวทางของเครือข่ายหน่วย บริการด้านยาและเวชภัณฑ์
2	สาย Tenckhoff catheter เบิกจ่าย ODS	1 สาย/ราย/ <b>ปีงบประมาณ</b>	โปรแกรม DMIS_CAPD	เป็นไปตามแนวทางของเครือข่าย หน่วย บริการด้านยาและเวชภัณฑ์
3	ยา Erythropoietin	ตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด	โปรแกรม DMIS_CAPD	เป็นไปตามแนวทางของเครือข่ายหน่วย บริการด้านยาและเวชภัณฑ์
4	ค่าบริการ CAPD	2,500 บาท/ราย/เดือน	โปรแกรม DMIS_CAPD	ภายใน <b>45</b> วัน ภายหลังจากประมวลผล การจ่ายค่าชดเชย
5	ค่าบริการ Temp HD	1,500 บาท/ครั้ง	โปรแกรม DMIS_CAPD	ภายใน <b>45</b> วัน ภายหลังจากประมวลผล การจ่ายค่าชดเชย



# การชดเชยค่าบริการเหมาจ่าย CAPD ( 2,500 บ.) ครอบคลุมบริการ ดังนี้

**ยกเว้น**  
กรณี admit  
เบิกจาก IP



# การชดเชยค่าฟอกเลือดชั่วคราว (TEMP HD) : 1,500 บาท

- กรณีผู้ป่วยใหม่ที่รอวางสายที่มี ภาวะยูรีเมีย
- กรณีผู้ป่วยเก่าที่มีความจำเป็นต้องหยุดทำ CAPD เป็นการชั่วคราว

## ให้สิทธิ Temporary HD 90 วัน

กรณีมีความจำเป็นต้องฟอกด้วยเครื่องมากกว่า 90 วัน ให้ส่งเรื่อง ขอย้ายระยะเวลา ผ่าน สปสช.

...คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เข้าถึง การบริการทดแทนไตระดับเขต...

โดยขยายเวลาได้ 1 ครั้ง ระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน

## กรณีหน่วย CAPD จำเป็นต้องส่งผู้ป่วยไปรับบริการ ที่หน่วยฟอกเลือดที่อื่น

ไม่ใช่หน่วย  
โครงการสปสช.

- หน่วยที่ส่งต่อ เบิกค่าตอบแทนจาก สปสช
- จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการรับฟอกเลือด

หน่วยบริการ  
โครงการ  
สปสช.

- หน่วยบริการรับฟอกเลือดเบิกค่าใช้จ่ายจาก สปสช. โดยตรง โดยบันทึก DMIS-CAPD





New

## APD : AUTOMATED PERITONEAL DIALYSIS (APD)



### โครงการนำร่อง(วิจัย) เขต 1 เชียงใหม่

- รพ.นครพิงค์
- รพ.น่าน
- รพ.ปัว

### เริ่มดำเนินการปี 2564 Automated peritoneal dialysis (APD)

น้ำยาล้างไต ชนิด APD	2 ถัง/คน/วัน
สาย Tenckhoff catheter: TK	1 สาย/ราย/ ปึงบประมาณ
ยา Erythropoietin	ตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด
ค่าบริการ CAPD	2,500 บาท/ราย/เดือน
ค่าบริการ Temp HD	1,500 บาท/ครั้ง



# บริการ HD และหน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 1 เชียงใหม่

HD 47 หน่วย  
- ภาครัฐ 30  
- เอกชน 17

- 1.รพ.นครพิงค์
- 2.รพ.มหาราช
- 3.รพ.จอมทอง
- 4.รพ.สันทราย
- 5.รพ.ฝาง
- 6.รพ.สันป่าตอง
- 7.รพ.ดารารัศมี
- 8.รพ.ค่ายกาวิละ
- 9.รพ.ราชเวช
- 10.นพ.เก้าคลินิก
- 11.เชียงใหม่คลินิกโรคไต
- 12.รพ.แมคคอร์มิค
- 13.รพ.เชียงใหม่ใกล้หมอ
- 14.รพ.เชียงใหม่ฮอสปิ
- 15.เคที เมตติคอล เซอร์วิส

- 1.รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์
- 2.รพ.สมเด็จพระญาณสังวร
- 3.รพ.แม่จัน
- 4.รพ.พาน
- 5.รพ.แม่สาย
- 6.รพ.เชียงใหม่
- 7.รพ.โอเวอร์บริดจ์
- 8.รพ.เกษมราษฎร์ศรีบูรินทร์

- 1.รพ.พะเยา
- 2.รพ.เชียงคำ
- 3.รพ.ค่ายขุนเจือง
- 4.รพ.พะเยา-ราม

- 1.รพ.ศรีสังวาล
- 2.รพ.ป่า
- 3.รพ.แม่สะเรียง

- 1.รพ.น่าน
- 2.รพ.ค่ายสุริยพงษ์
- 3.รพ.พร้าว
- 4.คลินิกบุญรักษาไตเทียม



- 1.รพ.ลำพูน
- 2.รพ.ลี่
- 3.รพ.ป่าซาง
- 4.รพ.ศิริเวช
- 5.เหมืองง่าคลินิก

- 1.รพ.ลำปาง
- 2.รพ.ค่ายสุรศักดิ์มนตรี
- 3.รพ.เกาะคา
- 4.รพ.แวนแซนเวิร์ด

- 1.รพ.แพร่
- 2.รพ.แพร่-คริสเตียน
- 3.รพ.แพร่-ราม
- 4.เวชกรรมเมตแคร์



# หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ - HD..

ลำดับ	รายการ	อัตรา	ระบบ IT	กำหนดเวลาจ่าย
1	ยา Erythropoietin	ตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด	โปรแกรม DMIS HD-UC	เป็นไปตามแนวทางของเครือข่าย หน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์
2	ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	1,500 บาท/ครั้ง หรือ 1,700 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์) ตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด	โปรแกรม DMIS HD-UC	ภายใน 45 วัน ภายหลังจาก ประมวลผลการจ่ายชดเชย

ค่าฟอกเลือด  
1,500 บาท/ครั้ง  
หรือ 1,700 บาท/ครั้ง

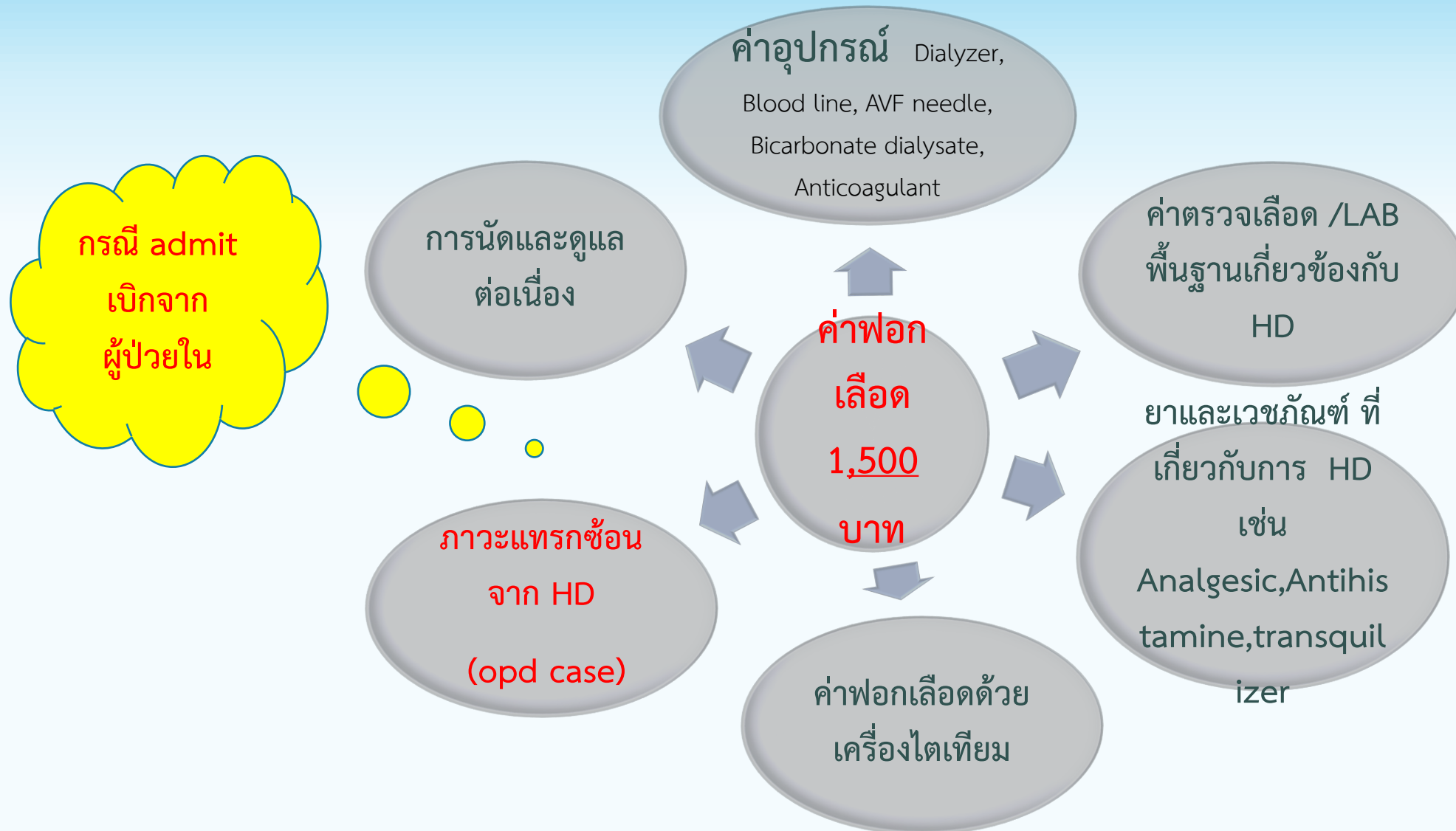
- ค่าอุปกรณ์ในการฟอกเลือด Dialyzer, Blood line, AVF needle, Bicarbonate dialysate, Anticoagulant
- ค่าตรวจเลือด /LAB พื้นฐานเกี่ยวข้องกับการฟอกเลือด
- ยาและเวชภัณฑ์ ที่เกี่ยวข้องกับการ HD เช่น Analgesic, Antihistamine, tranquilizer
- ภาวะแทรกซ้อนจาก HD กรณี OPD case
- การนัดและดูแลต่อเนื่อง

ยกเว้น กรณี Admitted เบิกจากกองทุนผู้ป่วยในเขต

**ค่าฟอก 1700 บาท :** ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี มีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น ๆ กลุ่มความเสี่ยงสูง (หัวใจ ปอด ตับ)  
หน่วยบริการที่ลงทะเบียนต้องมี ICU



# หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการชดเชยค่าบริการเหมาจ่ายฟอกเลือด HD



# หลักเกณฑ์และเงื่อนไข การชดเชยค่าบริการhemodialysis HD..

เบิกได้เฉพาะผู้ป่วยที่ลงทะเบียนและมารับบริการในหน่วยของตนเองเท่านั้น..

## กรณี ผู้ป่วยไม่สามารถฟอกเลือดที่หน่วยลงทะเบียน

ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรับการฟอกเลือด  
อีกหน่วยบริการหนึ่ง ให้ส่งต่อผ่าน

โปรแกรม **DMIS HD-UC**

หน่วยบริการที่รับส่งต่อฟอกเลือด  
รับชดเชย *ค่าใช้จ่าย* ตามอัตราที่กำหนด

## กรณี ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องทำการฟอกเลือดที่หน่วย HD แห่งอื่น(ในโครงการ)

หน่วยที่ฟอกเลือด ประสานแจ้งหน่วยบริการ HD ที่  
ผู้ป่วยลงทะเบียน ให้ส่งต่อผ่านโปรแกรม **DMIS HD-UC**

หน่วยบริการที่ฟอกเลือดรับชดเชย *ค่าใช้จ่าย* ตาม  
อัตราที่หนด

โดยไม่ให้เบิกค่าตัวกรองเพิ่ม



# หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ Vascular access..

ลำดับ	รายการ	อัตรา	ระบบ IT	กำหนดเวลาจ่าย
1	Tunnel cuffed catheter	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 12,000 บาท (รวมค่าสายและ ค่าใส่สาย) <b>1 ครั้ง /ปีงบประมาณ</b>	โปรแกรม E-Claim	ภายใน 30 วันภายหลังการประมวลผลการจ่ายชดเชย
2	AVF	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่า OR และค่าห้องปฏิบัติการ) <b>1 ครั้ง /ปีงบประมาณ</b>	โปรแกรม E-Claim	ภายใน 30 วันภายหลังการประมวลผลการจ่ายชดเชย
3	AVG	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่า OR และค่าห้องปฏิบัติการ ค่า graft ไม่เกิน 14,000 บาท <b>ไม่รวมค่า graft)</b> <b>1 ครั้ง /ปีงบประมาณ</b>	โปรแกรม E-Claim	ภายใน 30 วันภายหลังการประมวลผลการจ่ายชดเชย
4	Temporary double lumen catheter	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 5,000 บาท (รวมค่าสายและค่าใส่สาย) <b>1 ครั้ง /ปีงบประมาณ</b>	โปรแกรม E-Claim	ภายใน 30 วันภายหลังการประมวลผลการจ่ายชดเชย



# การปลูกถ่ายไต (Kidney transplant) (ก่อนผ่าตัด)



ประเภทการจ่าย		เงื่อนไข	อัตราจ่าย (บาท)
ผู้บริจาค	สมองตาย	ผ่าตัดนำอวัยวะออก	40,000 บาท ต่อไต 1 ข้าง
	มีชีวิต	เตรียมผู้บริจาค	40,000
		ผ่าตัดนำอวัยวะออก	32,800
ผู้รับบริจาค		ก่อนรับผ่าตัด	31,300
	กรณีผู้บริจาคมีชีวิต	- ค่าตรวจ PRA	
		- ตรวจ screening 1 ครั้งต่อปี	2,000
		- ตรวจ SAB class I เพื่อ confirm กรณี screening class I ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี	13,000
	- ตรวจ SAB class II เพื่อ confirm กรณี screening class II ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี	12,500	
	กรณีผู้บริจาคสมองตาย	- ค่าตรวจ PRA จ่ายตามจริง ไม่เกิน 7,200 บาทต่อรายต่อปี	8,700 (เดิม7,200)

# หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ – KT ( ระหว่างผ่าตัด )..



หลักเกณฑ์/เงื่อนไข	Protocol	ปี 2564
กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	Protocol-I	143,000
	Protocol-II	148,000
	Protocol-III * (ปรับรายละเอียด)	287,000
	Protocol -IV * (ปรับรายละเอียด)	292,000
กรณีมีภาวะแทรกซ้อนโดยตรงจากการผ่าตัดปลูกถ่ายไต	Protocol ACR-A (Acute cellular rejection)	23,000
	Protocol ACR-B (Refractory acute cellular rejection)	493,000
	Protocol AMR-A (Antibody mediated rejection)	340,000
	Protocol AMR-B (Refractory antibody mediated rejection)	426,000
	Protocol DGF-A (Delayed graft function)	56,000
	Protocol DGF-B (Delayed graft function with acute cellular rejection)	40,000
	Protocol DGF-C (Delayed graft function with antibody mediated rejection)	35,000





## ปรับรายละเอียด

### Protocol-III

### Protocol-IV

แผนการรักษาตามชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	ราคาเหมาจ่ายต่อราย
<b>Protocol-III</b> <ul style="list-style-type: none"><li>สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม High Risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย</li><li>ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab + Cyclosporine + Mycophenolate</li><li>ไม่รวม Complication ต่าง ๆ</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</li><li>ค่าตรวจเอกซเรย์</li><li>ค่าผ่าตัด</li><li>ค่าห้องและค่าอาหาร</li><li>ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง</li><li>ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ</li><li>ค่ายา Basiliximab X 2 dose</li><li>ค่ายา Cyclosporine และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล</li><li>ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine Level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล</li></ul>	287,000
<b>Protocol-IV</b> <ul style="list-style-type: none"><li>สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม High Risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย</li><li>ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน Basiliximab + Cyclosporine + Mycophenolate</li><li>ไม่รวม Complication ต่าง ๆ</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</li><li>ค่าตรวจเอกซเรย์</li><li>ค่าผ่าตัด</li><li>ค่าห้องและค่าอาหาร</li><li>ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง</li><li>ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ</li><li>ค่ายา Basiliximab X 2 dose</li><li>ค่ายา Tacrolimus และ Mycophenolate ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล</li><li>ค่าตรวจวัดระดับยา Cyclosporine Level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล</li></ul>	292,000

#### เสนอเพิ่มเติมเป็น

ค่ายา basiliximab x 2 dose **หรือ**  
anti-thymocyte globulin 3-7 dose  
+  
การป้องกันการติดเชื้อ CMV 1 เดือน  
และการติดตามการติดเชื้อ CMV 5 ครั้ง

#### เสนอเพิ่มเติมเป็น

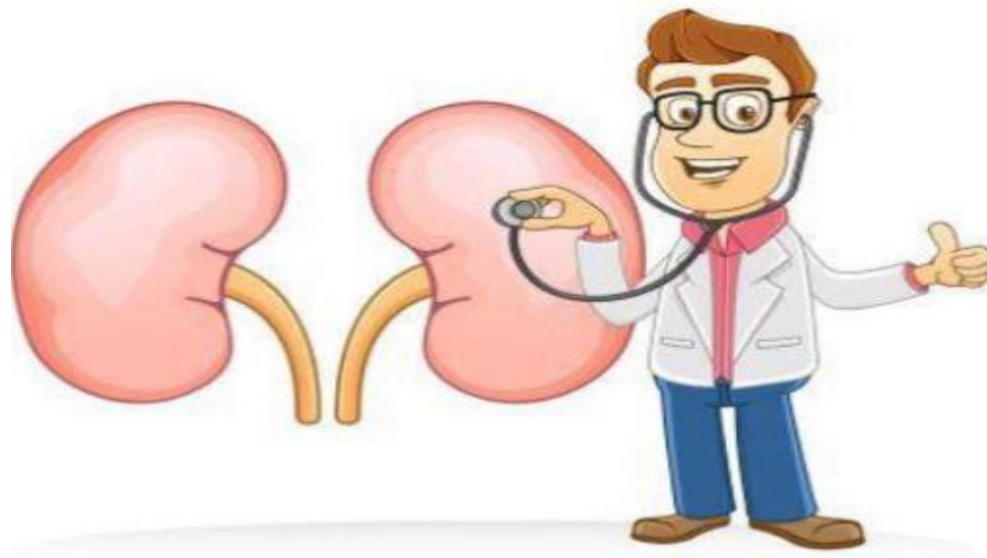
ค่ายา basiliximab x 2 dose **หรือ**  
anti-thymocyte globulin 3-7 dose  
+  
การป้องกันการติดเชื้อ CMV 1 เดือน  
และการติดตามการติดเชื้อ CMV 5 ครั้ง



## หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ – KTI (กรณีการให้ยากดภูมิ ภายหลังจากผ่าตัด)

หลักเกณฑ์/เงื่อนไข	การรับยา	ปี 2564
กรณี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	หลังผ่าตัด 1 - 6 เดือน (จ่ายชดเชย : เดือน)	30,000
	หลังผ่าตัด 7 - 12 เดือน (จ่ายชดเชย : เดือน)	25,000
	หลังผ่าตัด 13 - 24 เดือน (จ่ายชดเชย : เดือน)	20,000
	หลังผ่าตัด 25 เดือนขึ้นไป (จ่ายชดเชย : เดือน)	15,000





# คำถาม และ ข้อเสนอแนะ

PM : นางพุลทรัพย์ โตเจริญวานิช

☎ : 098 279 7662

สปสช.เขต 1 เชียงใหม่