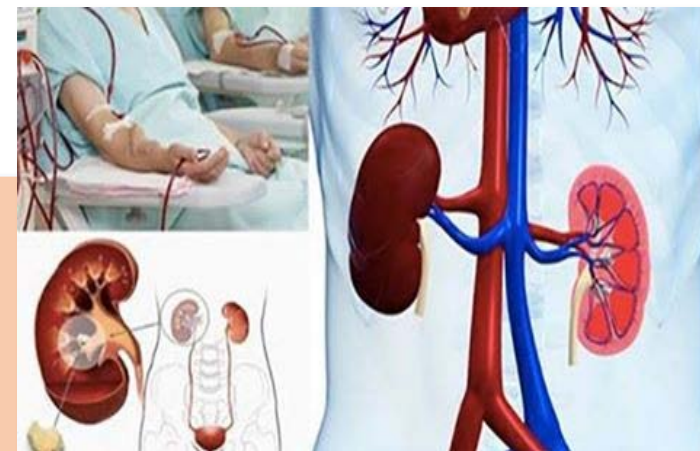
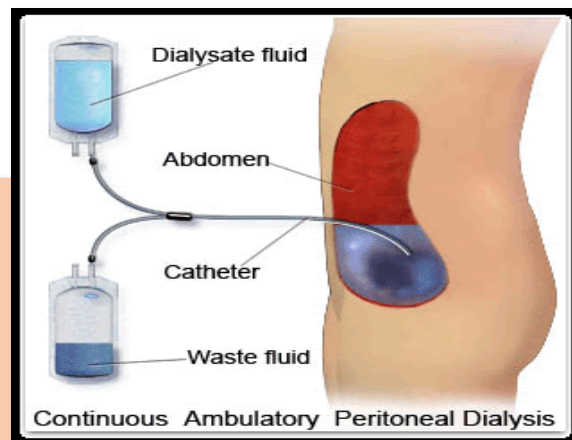




งบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพให้เข้าถึงบริการทดแทนไต ปีงบประมาณ 2566



พรพิศ หนองขุนสาร

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับบริการบำบัดทดแทนไตที่มีคุณภาพ และมาตรฐานตามความจำเป็นด้านสุขภาพ
2. ป้องกันการเกิดภาวะล้มละลายของผู้ป่วยและครอบครัวจากค่าใช้จ่ายในการรับบริการบำบัดทดแทนไต
3. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีกลไกการบริหารจัดการที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จัดระบบบริการและดูแลผู้ป่วยโรคไตเสื่อมให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล



การบำบัดทดแทนไต Renal Replacement Therapy (RRT) เป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง
เกินความสามารถของครัวเรือนที่จะรับภาระได้ เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ
ให้บริการผู้ป่วยได้อย่างเป็นธรรม เกิดการใช้งบประมาณของประเทศที่มีจำกัดอย่างคุ้มค่า



PD first
Policy

ขยายความ
คุ้มครอง HD

ขยายการให้ยา
EPO สำหรับ
ผู้ป่วยรายใหม่
ที่ไม่มีสิทธิ

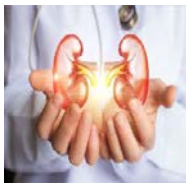
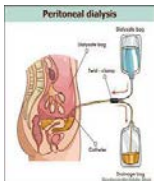
- ยกเลิกการร่วม
จ่ายในผ.ร่ายเก่า
- นโยบายการ
บูรณาการทดแทน
ไต 3 กองทุน

นำร่องและ
เพิ่มบริการ
APD

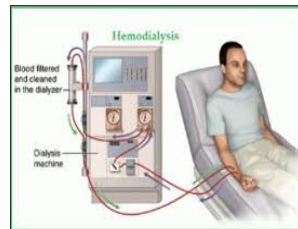
ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ
เลือกวิธีการบำบัด
ทดแทนไตร่วมกับแพทย์

1 ม.ค. 2551

คุ้มครอง
CAPD, KT



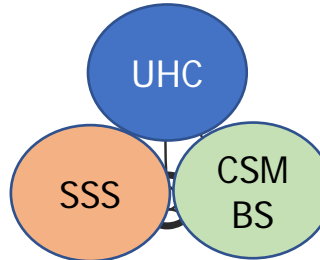
1 ต.ค. 2551



1 ต.ค. 2553



1 ต.ค. 2555



ปี 2564



1 ก.พ. 2565



1 ตุลาคม 2562 บริการ HD เปลี่ยนบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม DMIS HD-UC ของ สปสช.

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พ.ศ. 2566

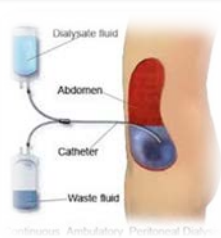
- ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป **เว้นแต่** การสนับสนุนชุดตัวกรองแบบ **Single Use Dialyzer 1 ชุดต่อครั้ง** ของผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อวัณโรคและหรือ ติดเชื้อโควิด 19 ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2566 เป็นต้นไป
- “ผู้ป่วย” หมายความว่า ผู้รับบริการซึ่งมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และได้รับการลงทะเบียนจากหน่วยบริการในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
- “กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต” หมายความว่า กระบวนการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเรื่องการบำบัดทดแทนไตจากหน่วยบริการ และผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต ร่วมกับแพทย์และพยาบาลจากหน่วยบริการ

กรอบการให้บริการบำบัดทดแทนไต

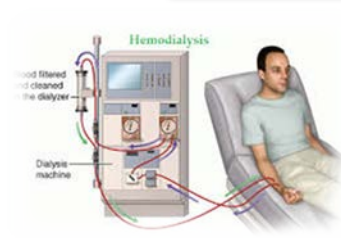
ผป.ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย + มีข้อบ่งชี้ (Criteria)
การเริ่มต้นทำ Dialysis ตามที่สมาคมโรคไตกำหนด

กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต

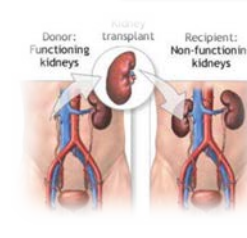
PD (CAPD/APD)
หน่วย PD **ลงทะเบียน**



HD
หน่วยรับส่งต่อทั่วไป
ลงทะเบียน



KT KTI
ลงทะเบียน



KT rejection


การจ่ายชดเชยบริการ PD ปีงบประมาณ 2566


เป็น หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

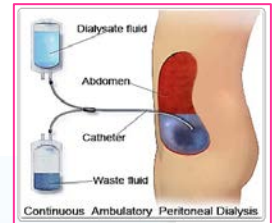
การขึ้นทะเบียน

หน่วยใหม่

1. บันทึกข้อมูล ใน <http://cpp.nhso.go.th> 1
→ กลุ่มข้อมูลศักยภาพ → ข้อมูลบุคลากร และ ข้อมูลการจัดบริการ
2. ส่ง e-mail : providercenter@nhso.go.th เพื่อขอ username / password เข้าโปรแกรม DMIS และ Seamless for DMIS แบบฟอร์ม >> 2
3. แจ้ง สปสช. เขต

 Microsoft Word
17 - 2003 Document

 Microsoft Excel
Worksheet



▶ กลุ่มข้อมูลทั่วไป

▼ กลุ่มข้อมูลศักยภาพ

ข้อมูลบุคลากร 1

ข้อมูลบุคลากรหมอบรรพว

ข้อมูลจำนวนเตียง

ข้อมูลการจัดบริการ 2

ข้อมูลศักยภาพเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤติ

Station HD

หน่วยเก่า

1. ทุกครั้งที่ข้อมูลบุคลากรและบริการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงข้อมูลใน <http://cpp.nhso.go.th>
2. ยืนยันข้อมูลใน <http://cpp.nhso.go.th> ปีละ 2 ครั้ง ช่วงเดือน เม.ย. และ ก.ย.

การจ่ายชดเชย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ปี 2566 ที่มีการเปลี่ยนแปลง

บริการ	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลง
หมวด 4 บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	
1. การลงทะเบียนผู้ป่วย RRT	ผู้ป่วยใหม่ (Initial RRT) หรือ ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน mode (Shift mode of RRT) ต้องบันทึก COUNSELLING AND SHARE DECISION MAKING CONSENT FORM
2. การจ่ายชดเชยบริการ PD	<div>1. รพ.เลือก ให้นำยาผ่าน VMI <u>หรือ</u> รพ.รับเงิน จัดหาและจัดส่ง</div> <div>2. เพิ่มค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตทางช่องท้อง</div> <div>ปี 2567 ใช้ข้อมูลสำรวจเดิม</div>
3. การจ่ายชดเชยบริการ HD	<div>1. รพ.เลือกการรับ <u>หรือ</u> ไม่รับ single use dialyzer ในผู้ป่วย 3 กลุ่มเสี่ยง</div> <div>2. เพิ่มการเบิก Vascular access ใน ODS (TCC,AVF,AVG)</div> <div>3. เพิ่มรายการ Instrument ใน Vascular access (TCC, AVG)</div> <div>ปี 2567 ใช้ข้อมูลสำรวจเดิม</div>
4. การจ่ายชดเชยยา EPO	สปสช.จ่ายเป็นเงิน 180 บาท ต่อ 1 vial และ <u>ไม่กำหนดชื่อยา EPO</u>

บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566



Mr. ESRD

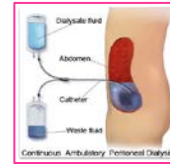
สิทธิ UC

“ผู้ป่วย” หมายความว่า ผู้รับบริการซึ่งมีสิทธิ UC ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และได้รับการลงทะเบียนจากหน่วยบริการในโปรแกรม DMIS CKD

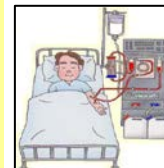
ข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตที่ต้องบำบัดทดแทนไต

- อัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate, GFR) ต่ำกว่า 6 มล./นาที/1.73 ตร.ม. หรือ
- ผู้ที่มี GFR ต่ำกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาและอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย

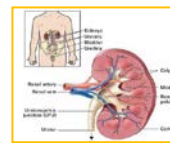
ทำ
Consent
Form
(ผู้ป่วยใหม่
หรือผู้ป่วย
Shift
mode)



PD



HD



KT

- ค่าบริการเหมาจ่ายอัตรา 2,500 บาท/ราย/เดือน
- ค่าวางสาย TK
- น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์.
- EPO จ่าย 180 บาท/vial (ตามระดับ Hct)
- ส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพ ฯ จ่าย 500 บาท/ราย/เดือน (หน่วยบริการ 85 แห่ง)

Authentication ทุกครั้ง

- ค่าฟอกเลือด
- ผู้ป่วยโควิด จ่ายเพิ่ม ชุด PPE / ค่าพาหนะ / ค่าเชื้อ
- ค่าทำ Vascular access
- EPO จ่าย 180 บาท/vial (ตามระดับ Hct)

EPO เริ่มให้ EPO เมื่อ
Hct < 30%

- Hct < 33% จ่าย 2 vial/สัปดาห์
- Hct ≥ 33% จ่าย 1 vial/สัปดาห์
- Hct ≥ 36% หยุดจ่ายยา EPO

- ค่าเตรียมผู้รับบริจาค
- ค่าเตรียมผู้บริจาค
- ค่าผ่าตัด ตาม Protocol
- ค่ายากดภูมิหลังผ่าตัด

การจ่ายชดเชยบริการ PD ปีงบประมาณ 2566

เดิม ปี2565		ใหม่ ปี2566
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต ลงทะเบียน DMIS CKD	เพิ่ม ผู้ป่วยใหม่ หรือผู้ป่วย Shift mode ให้ทำ Consent Form (เริ่ม 1 ต.ค. 2565)
ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
อัตราจ่าย	1. ค่าบริการ จ่าย 2,500 บาท/เดือน (ต้องบันทึก F/U ทุกเดือน) 2. ค่าวางสาย TK กรณี IP (บันทึก e-Claim) 3. น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ ผ่านระบบ VMI 4. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นยา ตามระดับ Hct รายใหม่ต้องใช้อย่างน้อย 1 ปี ใช้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ต่ำสุดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๘ สัปดาห์	เพิ่ม 1. น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้อง และอุปกรณ์ (เริ่ม 1 ต.ค. 2565) - ทางเลือกที่ 1 ขอรับผ่านระบบ VMI (เหมือนปี 65) - ทางเลือกที่ 2 ขอรับเป็นเงิน จ่าย CAPD 15,000 / APD 18,000 บาท/ราย/เดือน 2. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นเงิน 180 บาท ตามระดับ Hct (เริ่ม 1 ต.ค. 2565 กรณี รพ.รัฐจ่ายเป็นยาจนกว่าจะหมด) 3. ค่าบริการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายเพิ่มเติม 500 บาท/ผู้ป่วย/เดือน (คะแนนรวมมากที่สุด 85 ลำดับแรก)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการ UC ที่มีบริการ CAPD - APD	คงเดิม
โปรแกรม	DMIS CKD/ e-Claim	คงเดิม

ปี 2567 ใช้ข้อมูลสำรวจเดิม

หนังสือแสดงการเรียนรู้เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและหรือญาติ

COUSSELLING AND SHARE DECISION MAKING CONSENT FORM

หน่วยบริการ รพ.....

ข้าพเจ้า (ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย) นาย/นาง/นางสาว.....

.....เบอร์โทรติดต่อ

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับ การบำบัดทดแทนไต ตามกระบวนการ CKD clinic counselling และได้ร่วมขั้นตอน Sharing Decision Making 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. เริ่มกระบวนการให้ข้อมูลการบำบัดทดแทนไต
2. อธิบายแนะนำช่วยเหลือให้ข้อมูลเปรียบเทียบแต่ละวิธี
3. เปรียบเทียบ ข้อดี ข้อจำกัด วิธีบำบัดทดแทนไตแต่ละ Mode เทียบกับบริบทผู้ป่วยแต่ละราย
4. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย และญาติ ในการเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุด
5. ประเมินผลลัพธ์ในการตัดสินใจ และเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

วันที่เริ่ม กระบวนการ Share Decision Making

วันที่ ตัดสินใจเลือก วิธีการรักษา.....

วิธีบำบัดทดแทนไตที่เลือก

- 1. การผ่าตัดปลูกถ่ายไต
- 2. การล้างไตผ่านทางช่องท้องต่อเนื่อง (CAPD)
- 3. การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)
- 4. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- 5. ไม่เหมาะสมทั้ง 4 ข้อ บำบัดทดแทนไตบางส่วน หรือรักษาตามอาการ

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล ดังกล่าว และมีความเข้าใจกระบวนการรักษา การบำบัดทดแทนไต โดยการลงนามนี้

ลายมือชื่อผู้ป่วย _____ วัน-เดือน-ปี _____
(_____)

ลายมือชื่ออายุรแพทย์ _____ วัน-เดือน-ปี _____

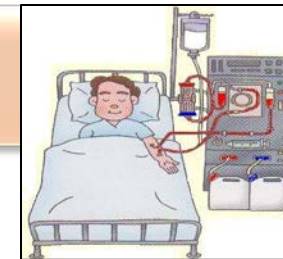
โรคไตผู้ให้ข้อมูล (_____)

ลายมือชื่อพยาบาล _____ วัน-เดือน-ปี _____

โรคไตผู้ให้ข้อมูล (_____)

หมายเหตุ : กระบวนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Sharing Decision Making) หน่วยบริการสามารถใช้วิธีใดก็ได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้ครบ 5 ขั้นตอน เช่น Application / กระบวนการกลุ่ม หรืออื่นๆที่หน่วยบริการกำหนด

การจ่ายชดเชยบริการ HD ปีงบประมาณ 2566



Adobe Acrobat
Document

รัฐสังกัดสธ. : ได้รับอนุมัติจัดตั้งหน่วย HD ผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการ Service Plan โรคไต

เอกชน : ได้รับอนุญาตการจัดตั้งและประกอบกิจการจากกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ



ขั้นตอนเป็นกรณีหน่วยใหม่

1. ช่องทางการสมัคร >> ระบบสมัครขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

<https://osshra.nhso.go.th/>

2. เมื่อขึ้นทะเบียนเรียบร้อยแล้ว บันทึกข้อมูล ใน <http://cpp.nhso.go.th>

➔ กลุ่มข้อมูลศักยภาพ ➔ (1) ข้อมูลบุคลากร (2) ข้อมูลการจัดบริการ และ (3) station HD

2. ส่ง e-mail : ithelpdesk@nhso.go.th เพื่อขอ username / password เข้าโปรแกรม DMIS และ Seamless for DMIS

แบบฟอร์ม >>

3. แจ้ง สปสช. เขต



Microsoft Word
17 - 2003 Document



Microsoft Excel
Worksheet

กลุ่มข้อมูลทั่วไป	
กลุ่มข้อมูลศักยภาพ	
ข้อมูลบุคลากร	1
ข้อมูลบุคลากรหมอบรรพว	
ข้อมูลจำนวนเตียง	
ข้อมูลการจัดบริการ	2
ข้อมูลศักยภาพเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤติ	
Station HD	3

หน่วยเก่า

1. ทุกครั้งที่ข้อมูลบุคลากรและบริการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงข้อมูลใน ➔ <http://cpp.nhso.go.th>

2. ยืนยันข้อมูลใน ➔ <http://cpp.nhso.go.th> ปีละ 2 ครั้ง ช่วงเดือน เม.ย. และ ก.ย.

3. กรณีเพิ่ม station / เพิ่มเตียง แจ้ง สปสช. เขต 5 ราชบุรี

การจ่ายชดเชยบริการ HD ปีงบประมาณ 2566

เดิม_ปี2565		ใหม่_ปี2566
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต ลงทะเบียน DMIS CKD	เพิ่ม ผู้ป่วยใหม่ หรือ ผู้ป่วย Shift mode ทำ Consent Form (วันที่เริ่ม 1 ต.ค. 2565)
ผู้มีสิทธิ	UC	คงเดิม
อัตราจ่าย	1. ค่าฟอกเลือด 1,500 , HIV 4,000 บาท/ครั้ง 2. ผู้ป่วยโควิด จ่ายเพิ่ม ชุด PPE / ค่าพาหนะ / ฆ่าเชื้อ 3. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นยา ตามระดับ Hct 4. ค่าทำ Vascular access 5,000 – 22,000 บาท (บันทึก e-Claim)	เพิ่ม 1. ค่าฟอกเลือด (วันที่เริ่ม รอประกาศ) - ทางเลือกที่ 1 จ่าย 1,500, HIV 4,000 บาท/ครั้ง - ทางเลือกที่ 2 จ่าย 1,300, HIV 3,800 บาท/ครั้ง + ตัวกรอง สาย เข็ม [HIV, TB, Covid 19] 2. ยา Erythropoietin จ่ายเป็นเงิน 180 บาท ตามระดับ Hct (วันที่เริ่ม 1 ต.ค. 2565 กรณีรพ.รัฐจ่ายเป็นยาจนกว่ายาจะหมด)

ผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อวัณโรคและหรือติดเชื้อโควิด 19
 ต้องใช้ ตัวกรอง Single Use Dialyzer ทุกครั้งการฟอกเลือด ตามที่สมาคมโรคไตแนะนำ

การจ่ายชดเชยบริการ HD ปีงบประมาณ 2566

เดิม ปี2565		ใหม่ ปี2566
อัตราจ่าย (ต่อ)		3. ค่าทำ Vascular access - TCC จ่าย 5,600 บาท + รหัส 4905 จ่าย 5,000 บาท - AVF จ่าย 13,500 บาท - AVG จ่าย 13,500 บาท + รหัส 4016 จ่าย 600 บาท/ชม. - DLC จ่าย 5,000 บาท (TCC AVF AVG กรณีหน่วยบริการขึ้นทะเบียน ODS เบิกจ่ายระบบ ODS ในเขต จ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/RW ข้ามเขต จ่าย 9,600 บาท/RW บันทึกข้อมูล e-Claim (Ambulatory care) - TCC = 0.6711 RW - AVF = 1.6183 RW - AVG = 1.6183 RW)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน HD และบันทึกข้อมูลใน CPP	กรณีฟอกเลือด → หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน HD Vascular access → หน่วยบริการ UC ที่มีศักยภาพทำ Vascular access / หน่วยบริการ ODS (หน่วยบริการที่ไม่มีการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้เบิกจ่าย DLC ได้เฉพาะเคสที่มีปัญหาในขณะทำการฟอกเลือด เช่น สายอุดตัน ต้อง revise สาย เป็นต้น โดยบันทึกเบิกผ่าน e-Claim)
โปรแกรม	CKD_DMIS / e-Claim	คงเดิม

การจ่ายค่าใช้จ่าย บริการ KT -ก่อนผ่าตัด

หลักเกณฑ์		เงื่อนไข	ราคาจ่าย (บาท)
ผู้บริจาค	มีชีวิต	เตรียมตัวก่อนผ่าตัด (ไม่เกิน 2 ครั้ง/ผู้บริจาค 1 ราย)	40,000
		ผ่าตัดนำอวัยวะออก	32,800
	สมองตาย	ค่าเตรียมและผ่าตัด	40,000:ไต 1 ข้าง
ผู้รับบริจาค	กรณีผู้บริจาคมีชีวิต	เตรียมก่อนรับการผ่าตัด	31,300
		ค่าตรวจ PRA	
		- ตรวจ screening เหม่าจ่ายต่อปีงบประมาณ	2,000
		- ตรวจ SAB class I เพื่อ confirm กรณี screening class I ผลเป็นบวก ต่อปีงบประมาณ	13,000
		- ตรวจ SAB class II เพื่อ confirm กรณี screening class II ผลเป็นบวก ต่อปีงบประมาณ	12,500
	กรณีผู้บริจาคสมองตาย	เตรียมก่อนรับการผ่าตัด ต่อครั้ง	31,300
		ค่าตรวจ PRA จ่ายตามจริงไม่เกิน	8,700

การจ่ายค่าใช้จ่าย บริการ KT - ระหว่างผ่าตัด

หลักเกณฑ์/เงื่อนไข	Protocol	ราคาจ่าย (บาท)
กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	Protocol-I	143,000
	Protocol-II	148,000
	Protocol-III	287,000
	Protocol -IV	292,000
กรณีมีภาวะแทรกซ้อน โดยตรงจากการ ผ่าตัดปลูกถ่ายไต	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



การจ่ายค่าใช้จ่าย บริการ KTI - หลังการผ่าตัด

หลักเกณฑ์/เงื่อนไข	การรับยา (จ่ายชดเชย : เดือน)	ปี 2563
กรณีไม่มี ภาวะแทรกซ้อน	หลังผ่าตัด 1 - 6 เดือน	30,000
	หลังผ่าตัด 7 - 12 เดือน	25,000
	หลังผ่าตัด 13 - 24 เดือน	20,000
	หลังผ่าตัด 25 เดือนขึ้นไป	15,000

1. กรณีที่มีภาวะสลัดไต และมีการลงทะเบียนล้างไตผ่านทางช่องท้องหรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้ว หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายไม่เกิน ๖ เดือน
2. กรณีเสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัด ในช่วงเวลาประมาณ ๒๑ วัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ในช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามอัตราที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่าย ระหว่างและหลังผ่าตัด จะได้รับค่าใช้จ่าย ตามจริงไม่เกินราคาที่กำหนด



โปรแกรมทั้งหมด ที่เกี่ยวข้อง ต้องใช้ (เรียงลำดับตามการใช้งาน)

ลำดับ	บริการ	โปรแกรม	URL
1	ยืนยันตัวตน	Authen	
2	บันทึกการบริการ PD/HD/KT เบิกวัสดุเวชภัณฑ์	DMIS (Disease Management Information System) : การบริหารจัดการรายโรค	http://ucapps4.nhso.go.th/disease2/FrmDmisLogin
3	ดูรายงานการรักษาผู้ป่วยของหน่วยบริการ (statement)	Seamless For DMIS : ระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ	http://seamlessfordmis.nhso.go.th
4	รายงานการจ่ายเงินกองทุน	NHSO Budget	https://smt.nhso.go.th/smtf/#/login
5	บันทึกบริการ 1. ค่าวางสาย TK กรณี IP 2. ค่า vascular access	E-Claim	http://eclaim.nhso.go.th
6	ขึ้นทะเบียน	ระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ CPP	http://cpp.nhso.go.th
7	Dashboard	ระบบสารสนเทศการสร้างหลักประกันสุขภาพ (สำหรับหน่วยบริการ)	https://medata.nhso.go.th/appcenter/service

ติดต่อเรา



Call Center : 1330 กด 5 กด 3

Provider Center : 02 554 0505

เว็บไซต์(<http://eclaim.nhso.go.th>)



สปสช. เขต 9 นครราชสีมา

พรพิศ หนองขุนสาร Tel : 081-1703915

Email : pornpis.n@nhso.go.th

