

ที่ สปสช. ๖.๗๐ / ว.๗๐๒๙

๑๙ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง การเลือกรูปแบบการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. (ร่าง) แนวทางการรับค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องและฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๒ แผ่น
๒. สำเนาหนังสือสมาคมโรคไตที่สศท.๒๘๐/บริหาร/๒๕๖๕ ลว. ๑ ก.ย. ๒๕๖๕ จำนวน ๑ แผ่น
๓. แบบตอบรับการเลือกรูปแบบการรับค่าบริการล้างไตฯ จำนวน ๑ แผ่น

ด้วยปีงบประมาณ ๒๕๖๖ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีการพัฒนารูปแบบการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องโดยเพิ่มทางเลือกกรณีการรับค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD และ APD) และกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้มีความสอดคล้องกับความเห็นของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ ,๒)

เพื่อให้การบริการบำบัดทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สปสช. จึงขอความร่วมมือจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องและหรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในการเลือกรูปแบบการรับค่าบริการ ดังนี้

๑. กรณีบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ให้หน่วยบริการเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

ทางเลือกที่ ๑ ขรับค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดย สปสช.สนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง (PD-Solutions) และอุปกรณ์ ผ่านระบบ VMI

ทางเลือกที่ ๒ ขรับค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดย สปสช.สนับสนุนค่าน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง (PD-Solutions) และอุปกรณ์ สำหรับ CAPD เป็นเงินในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาท และ APD เป็นเงินในอัตรา ๑๘,๐๐๐ บาท ต่อผู้ป่วยต่อเดือน โดยหน่วยบริการจัดหาและจัดส่งน้ำยาล้างไตและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องถึงบ้านผู้ป่วย

๒. กรณีบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้หน่วยบริการแจ้งประมาณการจำนวนผู้ป่วย ๓ กลุ่มโรคที่ต้องใช้ตัวกรองแบบ single-use ตามความเห็นของสมาคมโรคไตฯ ประกอบด้วย โรคติดเชื้อเอชไอวี , วัณโรค และโควิด ๑๙ และแจ้งความประสงค์ที่จะขอรับการสนับสนุนตัวกรอง single-use ผ่านระบบ VMI หรือไม่ประสงค์ขอรับการสนับสนุน (หน่วยบริการจัดหาเอง) โดย สปสช.กำหนดอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

... ๒ / ๑.) ผู้ป่วยที่ไม่มี

- ๑.) ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคติดเชื้อเอชไอวี ,วัณโรค และโควิด ๑๙ จ่ายชดเชยอัตรา ๑,๕๐๐ บาท
 ๒.) ผู้ป่วยที่มีโรคติดเชื้อเอชไอวี ,วัณโรค และโควิด ๑๙ จ่ายชดเชย ดังนี้

๒.๑) กรณีขอรับการสนับสนุนตัวกรอง single-use ผ่านระบบ VMI สปสช.จะสนับสนุน ตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer ๑ ชิ้น Blood line ๑ ชิ้น และ AVF needle ๒ ชิ้น ต่อการฟอกเลือดหนึ่งครั้ง และจ่ายชดเชยอัตรา ๑,๓๐๐ บาท หรือ ผู้ป่วยที่มีโรคติดเชื้อเอชไอวี จ่ายชดเชยอัตรา ๓,๘๐๐ บาท

๒.๒) กรณีไม่ขอรับการสนับสนุนตัวกรอง single-use (หน่วยบริการจัดหาเอง) จ่ายชดเชยอัตรา ๑,๕๐๐ บาท หรือ ผู้ป่วยที่มีโรคติดเชื้อเอชไอวี จ่ายชดเชยอัตรา ๔,๐๐๐ บาท

ทั้งนี้ ขอได้โปรดแจ้งหนังสือพร้อมกรอกแบบตอบรับ (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓) ส่งให้ สปสช. ภายในวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๕ และขอความร่วมมือบันทึกข้อมูลรูปแบบการขอรับค่าบริการใน <https://forms.gle/PkgDtu7RV8Ls1gKb8> ต่อไปด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ขอสงวนไว้เป็นเอกสาร
 หมายเลขเอกสาร: ๒๕๖๕-๐๗-๒๓-๐๑
 หมายเลขเอกสาร: ๒๕๖๕-๐๗-๒๓-๐๑
 หมายเลขเอกสาร: ๒๕๖๕-๐๗-๒๓-๐๑

(ลายเซ็น)

(นายเจตน์ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
☒ เพื่อโปรดพิจารณา
☒ เห็นความชอบ.....งานประกัน
☐ อื่นๆ

(ลายเซ็น)
 ๗๓.๑.๕

(ลายเซ็น)

(ลายเซ็น)
 (นายเจตน์ ธรรมธัชอารี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ
 ๐ ๔ ต.ค. ๒๕๖๕

ฝ่ายบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ

ผู้ประสานงาน นางกัญญา รัตนะ/นางบุญสิงห์ มีมะโน

โทรศัพท์ ๐๘๔ ๓๘๗ ๘๐๕๐/๐๘๔ ๙๖๙ ๖๔๙๒

อีเมล kanchana.r @nhso.go.th

FM-401 04-042

ฉบับที่ 01

วันที่ 2 เมษายน 2563

(ร่าง) แนวทางการขอรับค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

รูปแบบบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มี
ทางเลือก ดังนี้

ทางเลือกที่ ๑ หน่วยบริการขอรับค่าบริการและขอรับน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง (PD-Solutions)
และอุปกรณ์ผ่านระบบ VMI

๑.๑ ค่าบริการล้างไตผ่านช่องท้องต่อเนื่อง (CAPD)

- ๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD solutions) จำนวน ๔ ถุงต่อวัน
- ๒) จุกปิดกันเชื้อ
- ๓) สายล้างไตทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter)
- ๔) อุปกรณ์เสริมอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไต เช่น Organizer เป็นต้น

๑.๒ ค่าบริการการล้างไตผ่านช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD)

- ๑) น้ำยาล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD solutions) จำนวน ๒ ถุงต่อวัน
- ๒) จุกปิดกันเชื้อ
- ๓) ตลับสาย (APD cassette)
- ๔) อุปกรณ์เสริมอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ
- ๕) สายล้างไตทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter)
- ๖) สำนักงานจัดหาเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (APD) ให้กับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ทางเลือกที่ ๒ หน่วยบริการขอรับค่าบริการครอบคลุมค่าน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง (PD-Solutions) และอุปกรณ์ โดยหน่วยบริการจะจัดหาและจัดส่งน้ำยาล้างไตและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องถึงบ้านผู้ป่วย

๒.๑. ค่าบริการล้างไตผ่านช่องท้องต่อเนื่อง (CAPD) จ่ายในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน
ครอบคลุมค่ายา เวชภัณฑ์ และบริการ ดังนี้

- ๑) น้ำยาล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง (CAPD solution) ขนาด ๒ ลิตรหรือ ๒.๕ ลิตรต่อถุง
- ๒) จุกปิดกันเชื้อ
- ๓) สายล้างไตทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter)
- ๔) อุปกรณ์เสริมอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไต เช่น Organizer เป็นต้น
- ๕) บริการจัดส่งน้ำยาล้างไตและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องถึงบ้านผู้ป่วย

๒.๒. ค่าบริการการล้างไตผ่านช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) จ่ายในอัตรา ๑๘,๐๐๐ บาทต่อ
ผู้ป่วยต่อเดือน ครอบคลุมค่ายา เวชภัณฑ์ และบริการ ดังนี้

- ๑) น้ำยาล้างไตทางช่องท้องที่ใช้กับเครื่องอัตโนมัติ ขนาด ๕ ลิตรต่อถุง
- ๒) จุกปิดกันเชื้อ
- ๓) ตลับสาย (APD cassette)
- ๔) เครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis Machine)
- ๕) สายล้างไตทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter)
- ๖) อุปกรณ์เสริมอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ
- ๗) บริการจัดส่งน้ำยาล้างไต อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง และเครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติถึง

บ้านผู้ป่วย

**(ร่าง) แนวทางการขอรับค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖**

ตามหนังสือสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ที่สทท.๒๘๐/บริหาร/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ ได้ยืนยันความเห็นเกี่ยวกับการใช้ตัวกรองเลือดเพียงครั้งเดียว (single-use) ตามมาตรฐานการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบเรื้อรังของสมาคมโรคไตฯ ให้ใช้สำหรับผู้ป่วย HIV และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่มีความเสี่ยงสูงต่อบุคลากร เช่น วัณโรคระยะติดต่อ เป็นต้น และการฟอกเลือดในผู้ป่วยติดเชื้อ SAR-CoV2 ซึ่งเป็นการฟอกเลือดระยะสั้นไม่เกิน ๒ สัปดาห์

ขอความร่วมมือหน่วยบริการแจ้งประมาณการจำนวนผู้ป่วย ๓ กลุ่มโรคที่ต้องใช้ตัวกรองแบบ single-use ตามความเห็นของสมาคมโรคไตฯ ประกอบด้วย โรคติดเชื้อเอชไอวี, วัณโรคระยะติดต่อ และโควิด ๑๙ และแจ้งความประสงค์ที่จะขอรับการสนับสนุนตัวกรอง single-use ผ่านระบบ VMI หรือไม่ประสงค์ขอรับการสนับสนุน (หน่วยบริการจัดหาเอง) โดย สปสช.กำหนดอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

๑.กรณีขอรับการสนับสนุนตัวกรอง single-use สปสช.จะสนับสนุนตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer ๑ ชั้น Blood line ๑ ชั้น และ AVF needle ๒ ชั้น ต่อการฟอกเลือดหนึ่งครั้งจำนวนไม่เกิน ๓ ชุดต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) โดย สปสช. สนับสนุนผ่านระบบการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรม (VMI) และจ่ายชดเชยสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีโรคติดเชื้อเอชไอวี, วัณโรค และโควิด ๑๙ ในอัตรา ๑,๓๐๐ บาท หรือ ผู้ป่วยที่มีโรคติดเชื้อเอชไอวี จ่ายชดเชยอัตรา ๓,๘๐๐ บาท

๒.กรณีไม่ขอรับการสนับสนุนตัวกรอง single-use (หน่วยบริการจัดหาเอง) จ่ายชดเชยสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีโรคติดเชื้อเอชไอวี, วัณโรค และโควิด ๑๙ ในอัตรา ๑,๕๐๐ บาท หรือ ผู้ป่วยที่มีโรคติดเชื้อเอชไอวี จ่ายชดเชยอัตรา ๔,๐๐๐ บาท

หมายเหตุ กรณีหน่วยบริการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่าจำนวน ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ให้หน่วยบริการขอทบทวนต่อสำนักงานได้เป็นรายกรณี



สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 4 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ 47 บางกะปิ หัวขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 0-2716-6091 0-2716-7450, 0-2718-1898, 0-2716-6661-4 คอ 4002 FAX 0-2718-1900

THE NEPHROLOGY SOCIETY OF THAILAND

Royal Golden Jubilee Building, 2 Soi Soonvijai, New Petchburi Road, Bangkok 10310, Thailand.
Tel. 662 716-6091, 662 716-7450, 662 718-1898, 662 716-6661-4 Ext. 4002 FAX : 662 718-1900
WWW : nephrothai.org E-mail : kidney@loxinfo.co.th

ที่ สตท. 280/บริหาร/2565

วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2565

เรื่อง ยืนยันเงื่อนไขข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการใช้ตัวกรองแบบ Single use ในการล้างไตฟอกเลือดด้วย
เครื่องไตเทียม

เรียน เลขาธิการสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ

อ้างถึงหนังสือ ที่ สปสช.๖.๓๐/๒๕๔๘๘ ลงวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๕ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ยืนยันเงื่อนไขข้อ
บ่งชี้ทางการแพทย์ในการใช้ตัวกรองแบบ Single use ในการล้างไตฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ทำหนังสือถึง สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
เรื่อง “ขอความอนุเคราะห์ยืนยันเงื่อนไขข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการใช้ตัวกรองแบบ Single use ในการล้างไต
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม” นั้น ทั้งนี้ สมาคมโรคไตฯ ของยืนยันความเห็นเกี่ยวกับการใช้ตัวกรองเลือดเพียง
ครั้งเดียว (single-use) ตามมาตรฐานการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยการฟอกเลือด
ด้วยเครื่องไตเทียมแบบเรื้อรังของสมาคมโรคไตฯ ซึ่งได้แนะนำให้ใช้ตัวกรองแบบ single-use สำหรับผู้ป่วย HIV
และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่มีความเสี่ยงต่อบุคลากร เช่น วัณโรคระยะติดต่อ เป็นต้น และการฟอกเลือดในผู้ป่วย
ติดเชื้อ SAR-CoV2 ซึ่งเป็นการฟอกเลือดระยะสั้น ไม่เกิน ๖ สัปดาห์ ส่วนการฟอกเลือดในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ
ไวรัสตับอักเสบบี (HBV) และซี (HCV) สามารถใช้ตัวกรองแบบใช้ซ้ำได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ


(นายแพทย์วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข)

นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

วาระปี 2565 – 2567

ผู้ประสานงาน: คุณสุตาพร ฤทธิโรจน์

เบอร์โทรศัพท์: 086-926-4154

แบบตอบรับการเลือกรูปแบบการขอรับค่าบริการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

ข้าพเจ้า..... ผู้อำนวยการ.....
 ร่วมกับนายแพทย์/แพทย์หญิง..... อายุรแพทย์โรคไต/กุมารแพทย์โรคไต
 ได้พิจารณาทางเลือกการขอรับค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และหรือค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ดังนี้

๑. ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (โปรดใส่เครื่องหมายถูกลงช่องสี่เหลี่ยมที่ตรงกับที่ท่านเลือก)

- ☐ ไม่มีบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง
- ☐ มีบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง
- ☐ ทางเลือกที่ ๑ ขอรับค่าบริการและขอรับน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง (PD-Solutions) และอุปกรณ์ผ่านระบบ VMI
- ☐ ทางเลือกที่ ๒ ขอรับค่าบริการและโรงพยาบาลจะต้องจัดหาและจัดส่งน้ำยาล้างไตและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องถึงบ้านผู้ป่วย

๒. ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (โปรดใส่เครื่องหมายถูกลงช่องสี่เหลี่ยมที่ตรงกับที่ท่านเลือก)

- ☐ ไม่มีบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- ☐ มีบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- ☐ ต้องการรับการสนับสนุนจัดหาตัวกรองแบบ single-use ผ่านระบบ VMI โดยประมาณการจำนวนผู้ป่วย ๓ กลุ่มโรคที่ต้องใช้ตัวกรองแบบ single-use ตามความเห็นของสมาคมโรคไตฯ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จำนวน.....คน
- ผู้ป่วยวัณโรค จำนวน.....คน
- ผู้ป่วยโควิด ๑๙ จำนวนคน
- ☐ ไม่ต้องการรับการสนับสนุนจัดหาตัวกรองแบบ single use (หน่วยบริการจัดหาเอง)
- ☐ ไม่มีผู้ป่วย ๓ กลุ่มโรค รับค่าบริการ ๑,๕๐๐ บาท

ข้าพเจ้าประสงค์ขอรับค่าบริการดังกล่าว เป็นระยะเวลา ๑ ปีงบประมาณ และหากประสงค์จะเปลี่ยนการขอรับค่าบริการ จะแจ้งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบและดำเนินการในปีงบประมาณถัดไป

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ

ตำแหน่ง อายุรแพทย์โรคไต

หมายเหตุ จัดทำเป็นรูปแบบ pdf และแนบไฟล์ส่งที่ <https://forms.gle/PkgDtu7RV8Ls1gKb8>

ภายใน วันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้ประสานงานของหน่วยบริการ.....โทร.....

