

ประชุมชี้แจง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่าย
กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2565 **สิ่งที่เปลี่ยนแปลง**

วันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2565 เวลา 13.00 – 16.30 น.



ฝ่ายบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2565 วันที่ 6 มกราคม พ.ศ.2565



เห็นชอบให้ชดเชยค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแก่ผู้ป่วยโรค ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ไม่สมัครใจรับบริการล้างไตทางช่องท้อง เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นและทางเลือกสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยคำนึงถึงความจำเป็นและคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับ และใช้หลักการให้ประโยชน์ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) ผู้ป่วยสามารถร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการล้างไตกับแพทย์โดยคำนึงถึงเศรษฐฐานะ พยาธิสภาพของโรค ปัจจัยทางสังคม ความเหมาะสม

โดยมีผลตั้งแต่วันรับบริการ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 เป็นต้นไป

สรุปหลักเกณฑ์ เงื่อนไขกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2565 ที่เปลี่ยนแปลง

| No. | รายการ | (เดิม) ปีงบประมาณ 2564 | (ใหม่) ปีงบประมาณ 2565 |
|--|--|--|---|
| 1. กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เริ่ม 1 ก.พ.65 | | | |
| 1 | ค่าบริการฟอกเลือด HD Self pay | ผู้ป่วยจ่ายค่าฟอกเลือด สปสข.สนับสนุนยา EPO | สปสข.จ่ายค่าเตรียมเส้นเลือด ค่าฟอกเลือด และ สนับสนุนยา EPO |
| 2 | ค่าบริการฟอกเลือด (HD) | 1,500 บาท/ครั้ง หรือ 1,700 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์) | 1,500 บาท/ครั้ง ยกเลิก 1,700 บาท/ครั้ง |
| 3 | ค่าบริการฟอกเลือด | | อาจจะพิจารณา ดำเนินการใน 2 รูปแบบ ดังนี้ <u>รูปแบบที่ 1</u> ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,500 บาทและฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณี HIV จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 4,000 บาท <u>รูปแบบที่ 2</u> ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 1,300 บาท และ สปสข. จะส่งตัวกรองแบบ Single Use Dialyzer (High flux หรือ Low flux) Blood line และเข็ม ผ่านระบบ VMI |
| 4 | ค่าบริการฟอกเลือด (HD) กรณีผู้ติดเชื้อโควิด 19 | | ค่าชุด PPE จ่ายตามจริงไม่เกินชุดละ 500 บาท ไม่เกิน 2 ชุด ต่อผู้ป่วย 1 ราย ค่าชุด PPE รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 1,400 บาทต่อครั้ง |
| 5 | การพิสูจน์การเข้ารับบริการ (ขอ Authentication code) | | ผู้ป่วย HD ต้องมีการพิสูจน์ตัวตนการเข้ารับบริการ (ขอ Authentication code) |

สรุปหลักเกณฑ์ เงื่อนไขกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2565 ที่เปลี่ยนแปลง (ต่อ)

| No. | รายการ | (เดิม) ปีงบประมาณ 2564 | (ใหม่) ปีงบประมาณ 2565 |
|---|---|---|--|
| 1. กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ต่อ) | | | |
| 6 | เกณฑ์การใช้ยา Erythropoietin | Hct \leq 30% จ่าย 2 vial/สัปดาห์ Hct $>$ 30% จ่าย 1 vial/สัปดาห์ | เริ่มให้ EPO เมื่อ Hct $<$ 30% Hct $<$ 33% จ่าย 2 vial/สัปดาห์ Hct \geq 33% จ่าย 1 vial/สัปดาห์ Hct \geq 36% หยุดจ่ายยา EPO |
| 7 | การสนับสนุนยา Erythropoietin | | ผู้ป่วย HD ลงทะเบียนรายใหม่ ตั้งแต่ 1 ก.พ.65 สปสข. สนับสนุนยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (EPO) ที่อยู่ในบัญชีนวัตกรรม |
| 8 | ค่าบริการสำหรับการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) | | |
| 8.1 | Tunnel cuffed catheter | เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 12,000 บาท (รวมค่าสายและ ค่าใส่สาย) 1 ครั้ง/ ปีงบประมาณ | ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ตามความจำเป็น ไม่ต้องอุทธรณ์ |
| 8.2 | AVF | เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่าห้องผ่าตัด และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ) 1 ครั้ง / ปีงบประมาณ | ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ตามความจำเป็น ไม่ต้องอุทธรณ์ |
| 8.3 | AVG | เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่าผ่าตัด ค่าห้องผ่าตัด และค่าตรวจห้องปฏิบัติการ) และค่า graft ไม่เกิน 14,000 บาท 1 ครั้ง/ปีงบประมาณ | ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ตามความจำเป็น ไม่ต้องอุทธรณ์ |
| 8.4 | Temporary double lumen catheter | เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 5,000 บาท (รวมค่าสายและค่าใส่สาย) 1 ครั้ง / ปีงบประมาณ | ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ตามความจำเป็น ไม่ต้องอุทธรณ์ |

สรุปหลักเกณฑ์ เงื่อนไขกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2565 ที่เปลี่ยนแปลง (ต่อ)

| No. | รายการ | (เดิม) ปีงบประมาณ 2564 | (ใหม่) ปีงบประมาณ 2565 |
|--|--|---|--|
| 2. กรณีการล้างไตผ่านทางช่องท้อง <u>เริ่ม 1 ก.พ.65</u> | | | |
| 1 | น้ำยาล้างไต CAPD | ไม่เกิน 4 ถุง/วัน หากเกินต้องอุทธรณ์ | ไม่จำกัดจำนวน ตามความจำเป็น ไม่ต้องอุทธรณ์ |
| 2 | น้ำยาล้างไต APD | ไม่เกิน 2 ถุง/วัน หากเกินต้องอุทธรณ์ | ไม่จำกัดจำนวน ตามความจำเป็น ไม่ต้องอุทธรณ์ |
| 3 | สายล้างไตทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter) | 1 เส้น/ปีงบประมาณ | ตามที่ใช้จริง ตามความจำเป็น |
| 4 | เกณฑ์การใช้ยา Erythropoietin | Hct \leq 30% จ่าย 2 vial/สัปดาห์ Hct $>$ 30% จ่าย 1 vial/สัปดาห์ | เริ่มให้ EPO เมื่อ Hct $<$ 30% Hct $<$ 33% จ่าย 2 vial/สัปดาห์ Hct \geq 33% จ่าย 1 vial/สัปดาห์ Hct \geq 36% หยุดจ่ายยา EPO |
| 5 | การสนับสนุนยา Erythropoietin | | ผู้ป่วย CAPD – APD ลงทะเบียนรายใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 ก.พ.65 สปสช. สนับสนุนยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (EPO) ที่อยู่ในบัญชีนวัตกรรม เท่านั้น |

สรุปหลักเกณฑ์ เงื่อนไขกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2565 ที่เปลี่ยนแปลง (ต่อ)

| No. | รายการ | (เดิม) ปีงบประมาณ 2564 | (ใหม่) ปีงบประมาณ 2565 |
|--|---|---|--|
| 2. กรณีการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (ต่อ) | | | |
| 5 | ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง | 2,500 บาท/เดือน รวมค่าวางสาย Tenckhoff catheter | 2,500 บาท/เดือน และจ่ายเพิ่มค่าวางสายล้างไตทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter) เป็นบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) โดยจ่ายตามระบบ DRGs |
| 6 | ยกเลิกการจ่ายค่าบริการชั่วคราว ของ Temporary HD | ค่าฟอกเลือด 1,500 บาท/ครั้ง และค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง 2,500 บาท/เดือน | จ่ายเฉพาะค่าฟอกเลือด 1,500 บาท/ครั้งเท่านั้น (ยกเลิกการจ่ายค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องรายเดือน) สปสช.จะไม่ส่งน้ำยาล้างไตให้แก่ผู้ป่วยในเดือนที่มีการทำ Temporary HD |

พบปัญหาการเบิกจ่าย

โทร. ๐๒-๕๕๔-๐๕๐๕

ฝ่ายบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ตลอดรวมเครือข่าย...หลากหลายเพื่อหนึ่งเดียว :
รวมพลังสร้างสวรรค์หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน



หลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการจ่ายชดเชยบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2565

ฝ่ายบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่าย

รายละเอียด

| | | |
|-----------|--|--|
| หลักเกณฑ์ | 1. ผู้รับบริการ | - ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตตามข้อบ่งชี้ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และได้รับคำปรึกษาจากหน่วยบริการ (CKD clinic) และได้ร่วมตัดสินใจในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต และได้รับการลงทะเบียนจากหน่วยบริการ ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (DMIS CKD) |
| | 2. หน่วยบริการ | - CAPD, APD : เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถจัดบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง - HD : เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม - KT: หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไตโดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย |
| วิธีการ | บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม DMIS CKD / e-claim / รายงาน Seamless for DMIS | |
| เงื่อนไข | หน่วยบริการหรือผู้รับบริการ ใช้เลขประจำตัวประชาชน เพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ , HD ต้องมีการพิสูจน์ตัวตนการเข้ารับบริการ (ขอ Authentication code) | |

| ที่ | รายการ | ประเภทหน่วย | การขึ้นทะเบียน |
|-----|------------|--|--|
| 1 | CAPD , APD | หน่วยบริการในระบบ UC ที่มีบริการ ล้างไต | หนังสือนำส่ง ขอ username / psw เข้าโปรแกรม DMIS และ Seamless for DMIS แบบฟอร์ม >> ส่ง e-mail : providercenter@nhso.go.th |

แบบฟอร์มการขอ USERNAME/ PASSWORD



Microsoft Word
7 - 2003 Documen

ที่.....



ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอ Username/Password สำหรับไปรแกรมลงทะเบียนผู้ปวยโรค (DOMS)

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ฉบับ

สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ/พนักงาน จำนวน ฉบับ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดให้มีระบบลงทะเบียนผู้ปวยโรค โดยหน่วยงานที่เข้าร่วมให้บริการ จะมีผู้รับผิดชอบมีสิทธิในการเข้าโปรแกรมลงทะเบียนผู้ปวยโรค (DOMS) และระบบบูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยโรคเฉพาะ (Seamless for DOMS) โดยจะได้รับ Username/Password จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั้น

ในกรณีนี้.....(ชื่อหน่วยงาน) ของแ้งเราขอผู้รับผิดชอบระบบดังกล่าว ประจำหน่วยบริการ เพื่อขอรับ Username/Password ดังนี้ (หลักฐานประกอบคำขอส่งที่ส่งมาด้วย)

1. ชื่อผู้รับผิดชอบ.....
- ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน :
- เลขประจำตัว 13 หลัก :
- โทรศัพท์ ที่ทำงาน :
- โทรศัพท์เคลื่อนที่ :
- E-mail Address (ส่วนตัว) :

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ผู้บังคับบัญชา/ชื่อหน่วยงานที่ขอ)

.....(ชื่อหน่วยงาน)

.....(หมายเลข โทรศัพท์)

.....(หมายเลข โทรสาร)

การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

| ที่ | รายการ | ประเภทหน่วย | การขึ้นทะเบียน |
|-----|--------|--------------------------------|--|
| 2 | HD | หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านฯ | หนังสือนำส่ง ใบสมัคร แบบประเมินตนเอง ดูรายละเอียด ฝ่ายบริหารงานทะเบียน https://www.nhso.go.th/downloads/179 |



Adobe Acrobat
Document

ที่ สปสช ๖.๗๐/ว.๕๗๔๒ ลงวันที่ ๙ กันยายน
๒๕๖๔

การสมัครเป็นหน่วยบริการ HD เริ่ม 3 สค.64

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน
บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

พ.ศ. ๒๕๖๔



ผู้

1. ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ UC
2. แบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ HD



รายละเอียดเพิ่มเติม ->

<https://www.nhso.go.th/downloads/165>



เอกสาร

เอกชน

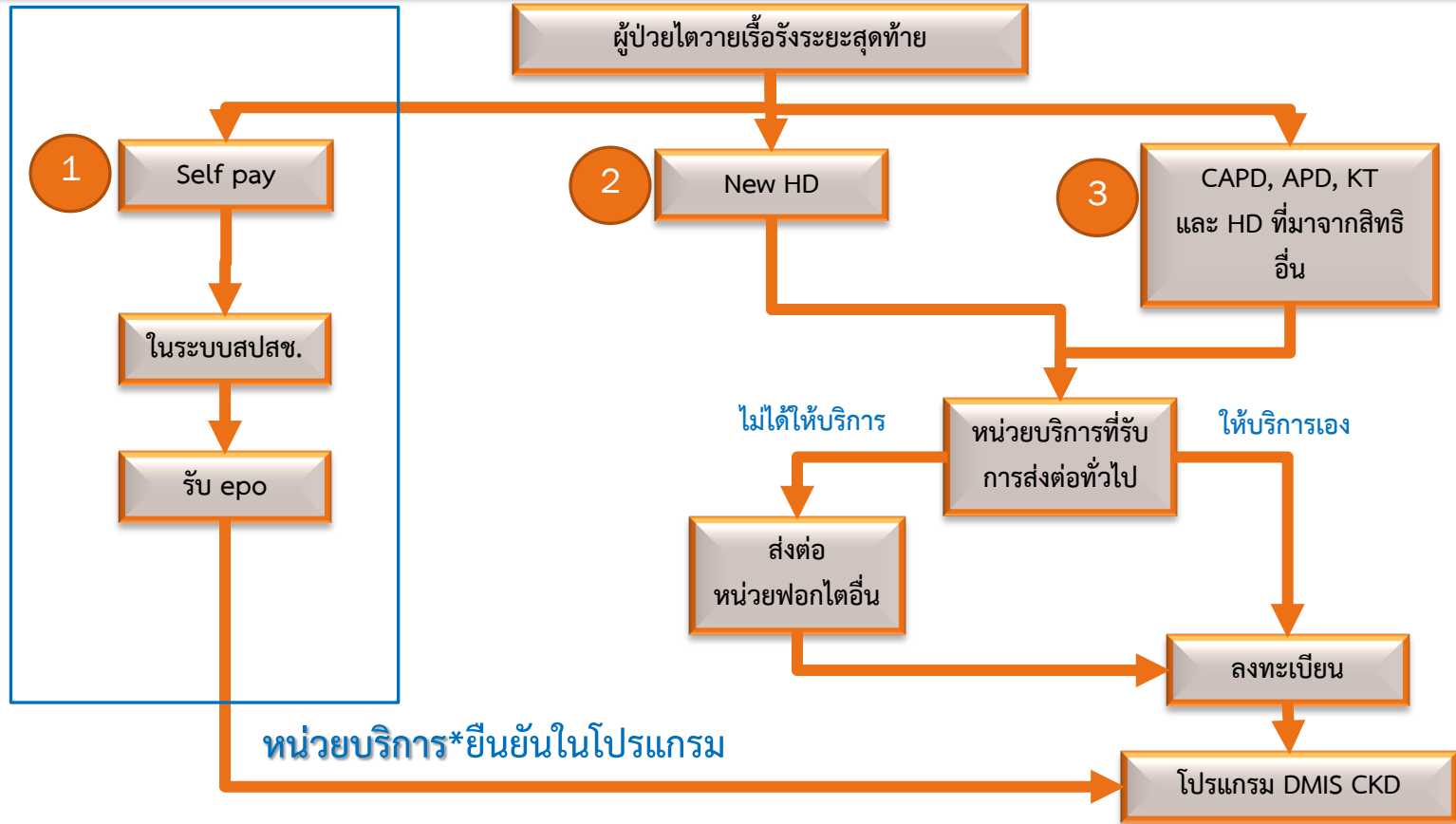


1. ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ UC
2. แบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ HD
3. สพ.7 มีบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
4. สพ.19

การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

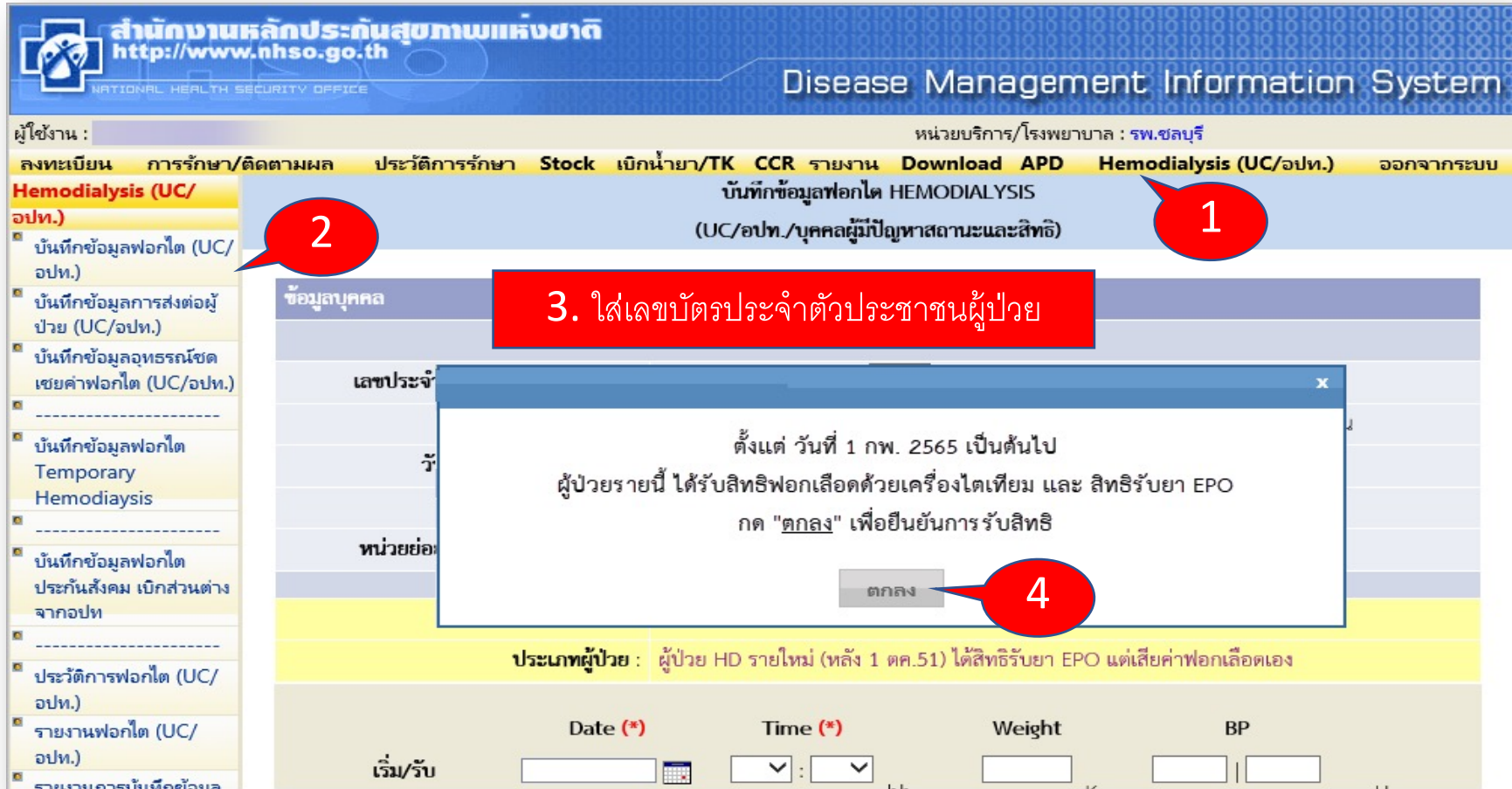
| ที่ | รายการ | ประเภทหน่วย | การขึ้นทะเบียน |
|-----|----------|--------------------------------|--|
| 2 | HD | หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านฯ | หนังสือนำส่ง ใบสมัคร แบบประเมินตนเอง ดูรายละเอียด ฝ่ายบริหารงานทะเบียน https://www.nhso.go.th/downloads/179 |
| 3 | KT , KTI | หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป | หนังสือนำส่ง เป็นสมาชิกศูนย์บริการอวัยวะ สภากาชาดไทย |

การลงทะเบียนผู้ป่วย CRF ในโปรแกรม DMIS-CKD



หน่วยบริการ* คือ หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. วิธีการยืนยันในโปรแกรม ผู้ป่วย HD selfpay



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
http://www.nhso.go.th
NATIONAL HEALTH SECURITY OFFICE

Disease Management Information System

ผู้ใช้งาน : _____ หน่วยบริการ/โรงพยาบาล : รพ.ชลบุรี

ลงทะเบียน การรักษา/ติดตามผล ประวัติการรักษา Stock เบิกน้ำยา/TK CCR รายงาน Download APD Hemodialysis (UC/อปท.) ออกจากระบบ

Hemodialysis (UC/อปท.)

บันทึกข้อมูลฟอกไต (UC/อปท.) **1**

บันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย (UC/อปท.)

บันทึกข้อมูลฤทธิ์ของเซย์ค่าฟอกไต (UC/อปท.)

บันทึกข้อมูลฟอกไต Temporary Hemodiaysis

บันทึกข้อมูลฟอกไต ประกันสังคม เบิกส่วนต่างจากอปท.

ประวัติการฟอกไต (UC/อปท.)

รายงานฟอกไต (UC/อปท.)

รายงานการรับเลือด

บันทึกข้อมูลบุคคล

3. ใส่เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย

เลขประจำตัวประชาชน

วันที่

หน่วยย่อย

ตั้งแต่ วันที่ 1 กพ. 2565 เป็นต้นไป
ผู้ป่วยรายนี้ ได้รับสิทธิฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และ สิทธิรับยา EPO
กด "ตกลง" เพื่อยืนยันการรับสิทธิ


4 ตกลง

ประเภทผู้ป่วย : ผู้ป่วย HD รายใหม่ (หลัง 1 ตค.51) ได้สิทธิรับยา EPO แต่เสียค่าฟอกเลือดเอง

Date (*) Time (*) Weight BP

เริ่ม/รับ

2. วิธีการลงทะเบียนผู้ป่วย HD รายใหม่



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
http://www.nhso.go.th
NATIONAL HEALTH SECURITY OFFICE

Disease Management Information System

ผู้ใช้งาน : _____ หน่วยบริการ/โรงพยาบาล : **รพ.ชลบุรี**

[ลงทะเบียน](#)
[การรักษา/ติดตามผล](#)
[ประวัติการรักษา](#)
[Stock](#)
[เบิกจ่าย/TK](#)
[CCR](#)
[รายงาน](#)
[Download APD](#)
Hemodialysis (UC/อปท.)
[ออกจากระบบ](#)

Hemodialysis (UC/อปท.)

- บันทึกข้อมูลฟอกไต (UC/อปท.)
- บันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย (UC/อปท.)
- บันทึกข้อมูลอุทธรณ์ขีดเขยค่าฟอกไต (UC/อปท.)
-
- บันทึกข้อมูลฟอกไต Temporary Hemodiaysis
-
- บันทึกข้อมูลฟอกไต ประกันสังคม เบิกส่วนต่างจากอปท
-
- ลงทะเบียนผู้ป่วย Hemodialysis สิทธิ UC (หน่วยบริการ)
- ประวัติการฟอกไต (UC/อปท.)

บันทึกข้อมูลลงทะเบียน Hemodialysis
Chronic Kidney Diseases

1

ข้อมูลบุคคล

รหัสประจำตัวประชาชน (*) :

ชื่อ-นามสกุล : เพศ : ชาย อายุ : 46 ปี 3 เดือน 10 วัน

ที่อยู่ (*) :

จังหวัด(*) : อำเภอ / เขต(*) :

ตำบล / แขวง(*) : รหัสไปรษณีย์ :

โทรศัพท์ :

วันที่ใช้สิทธิ HD (*) :

สิทธิประกันสุขภาพ : สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยบริการปฐมภูมิ : รพ.ผู้สูงอายุบางเขน

หน่วยบริการ HD :

ประเภทผู้ป่วย (*) : ผู้ป่วย HD รายใหม่ (หลัง 1 ก.พ. 2565) 1500 บาท

ประเภทการชดเชยฯ : 1,500.00 บาท

2

3

3. วิธีการลงทะเบียนผู้ป่วย CAPD รายใหม่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
http://www.nhso.go.th

NATIONAL HEALTH SECURITY OFFICE

Disease Management Information System

ผู้ใช้งาน : 1

หน่วยบริการ/โรงพยาบาล : รพ.ชลบุรี

ลงทะเบียน การรักษา/ติดตามผล ประวัติการรักษา Stock เบิกนำยา/TK CCR รายงาน Download APD Hemodialysis (UC/อปท.) ออกจากระบบ

ลงทะเบียน

- ลงทะเบียนผู้ป่วย CAPD 2
- บันทึกข้อมูลแพทย์
- ข้อมูล PD Nurse

ข้อมูลบุคคล

โรงพยาบาล/หน่วยบริการที่ลงทะเบียน : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(ส่วนกลาง)

วันที่ลงทะเบียน(*) : --วัน-- / --เดือน-- / --ปี พ.ศ.-- (ป้อนข้อมูลวันที่ลงทะเบียนให้ครบถ้วน)

รหัสประจำตัวประชาชน :

สิทธิหลักในการรับบริการ (วันที่ลงทะเบียน) : กดปุ่มเพื่อตรวจสอบสิทธิ ณ วันที่ลงทะเบียน ตรวจสอบสิทธิ

ชื่อ - นามสกุล :

วัน/เดือน/ปีเกิด :

อายุ (วันที่ลงทะเบียน) :

เพศ :

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน :

ที่อยู่ติดต่อได้ :

จังหวัด : กรุงเทพมหานคร อำเภอ / เขต : ตองเมือง

ตำบล / แขวง : ตองเมือง รหัสไปรษณีย์ :

หมายเลขโทรศัพท์ :

Email Address :

HN (*) :

AN :

3

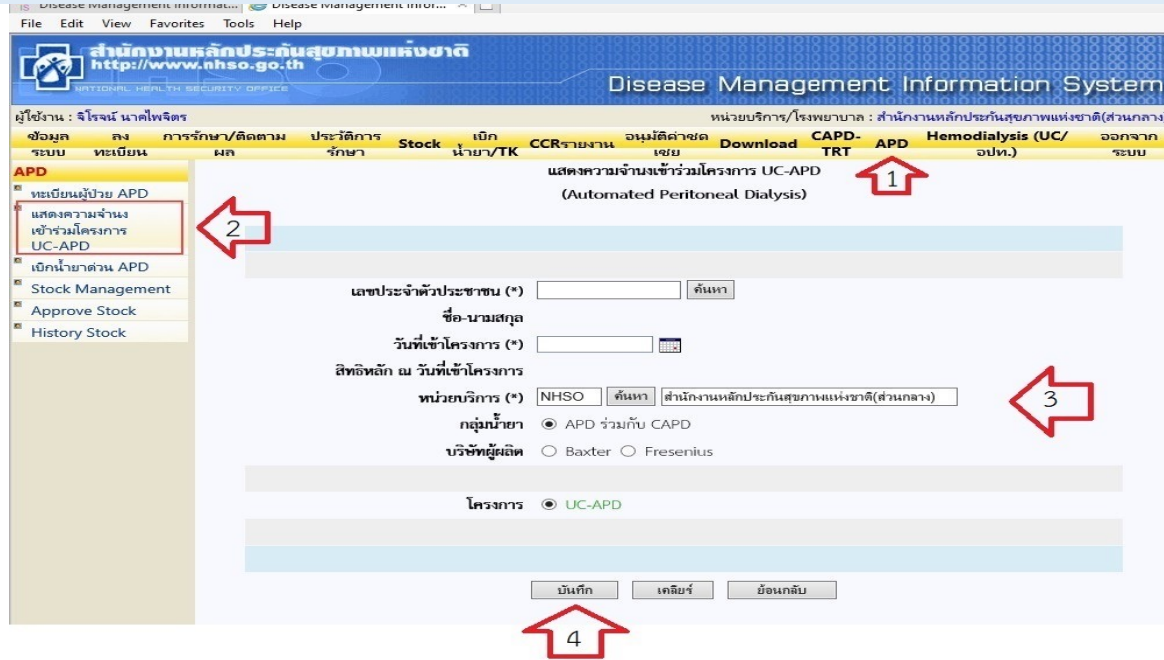
บุคคลที่สามารถติดต่อได้

ชื่อ-นามสกุล :

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย :

โทรศัพท์ :

4. วิธีการลงทะเบียนผู้ป่วย APD รายใหม่



ผู้ใช้งาน : จิโรจน์ นาคไพจิตร

หน่วยบริการ/โรงพยาบาล : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(ส่วนกลาง)

แสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการ UC-APD (Automated Peritoneal Dialysis)

เลขประจำตัวประชาชน (*) ค้นหา

ชื่อ-นามสกุล

วันที่เข้าโครงการ (*)

สิทธิหลัก ณ วันที่เข้าโครงการ

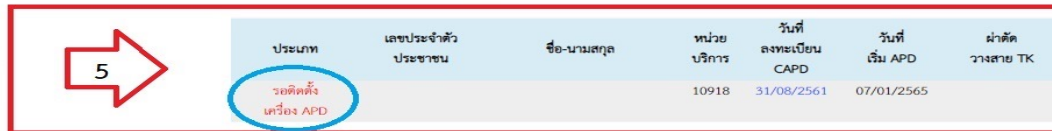
หน่วยบริการ (*) NHSO ค้นหา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(ส่วนกลาง)

กลุ่มน้ำยา APD ร่วมกับ CAPD

บริษัทผู้ผลิต Baxter Fresenius

โครงการ UC-APD

บันทึก เติลย์ ย้อนกลับ



| ประเภท | เลขประจำตัวประชาชน | ชื่อ-นามสกุล | หน่วยบริการ | วันที่ลงทะเบียน CAPD | วันที่เริ่ม APD | ผ่าตัดวางสาย TK |
|----------------------|--------------------|--------------|-------------|----------------------|-----------------|-----------------|
| รอติดตั้งเครื่อง APD | 10918 | | | 31/08/2561 | 07/01/2565 | |

6. หลังจากบันทึกแสดงความจำนงแล้ว สปสข.จะส่งข้อมูล จัดหาเครื่อง APD ต่อไป

7. เมื่อได้รับข้อมูลเครื่องแล้ว จะเปลี่ยนจาก รอติดตั้งเครื่อง APD เป็น UC-APD

ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง 2,500 บาทต่อเดือน

1. การตรวจประเมินสภาพร่างกาย การให้คำปรึกษา ฯ
2. ค่าตรวจเลือด ตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด ได้แก่ CBC ,BUN Creatinine , Electrolyte , KT/V, PET
3. กรณีการให้บริการผู้ป่วยนอกหรือค่ายาพื้นฐาน และยารักษาโรคอื่นที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องโดยตรง

ค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1,500 , 4,000 บาทต่อครั้ง

1. ค่าอุปกรณ์ เช่นค่า ตัวกรอง
2. ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ
3. ค่าตรวจเลือด ตามแนวทางที่สมาคมโรคไตกำหนด ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, Electrolytes, Calcium, Phosphate, Albumin, KT/V, URR, HBsAg, HBsAb, Anti HCV, EKG และ Chest X-ray และค่าตรวจประสิทธิภาพของเส้นฟอกเลือด

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ การปลูกถ่ายไต (KIDNEY TRANSPLANT) (ก่อนผ่าตัด)

| ประเภทการจ่าย | | เงื่อนไข | อัตราจ่าย (บาท) |
|----------------------|--|--|---------------------|
| ผู้บริจาค | สมองตาย | ผ่าตัดนำอวัยวะออก | 40,000 ต่อไต 1 ข้าง |
| | มีชีวิต | เตรียมผู้บริจาค จ่ายไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้รับบริจาค 1 ราย | 40,000 |
| | | ผ่าตัดนำอวัยวะออก | 32,800 |
| ผู้รับบริจาค | | ก่อนรับผ่าตัด | 31,300 |
| | กรณีผู้บริจาคมีชีวิต | - ค่าตรวจ PRA | 2,000 |
| | | - ตรวจ screening 1 vial ต่อปีงบประมาณ | 13,000 |
| | | - ตรวจ SAB class I เพื่อ confirm กรณี screening class I ผลเป็นบวก 1 vial ต่อปีงบประมาณ | 12,500 |
| กรณีผู้บริจาคสมองตาย | - ตรวจ SAB class II เพื่อ confirm กรณี screening class II ผลเป็นบวก 1 vial ต่อปีงบประมาณ | 8,700 | |
| | - ค่าตรวจ PRA จ่ายตามจริง ไม่เกิน 8,700 บาทต่อรายต่อปีงบประมาณ | | |

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ การปลูกถ่ายไต (Kidney transplant) (ระหว่างผ่าตัด)

| Protocol | อัตราจ่าย (บาท) |
|--------------|-----------------|
| Protocol-I | 143,000 |
| Protocol-II | 148,000 |
| Protocol-III | 287,000 |
| Protocol -IV | 292,000 |

| Protocol | อัตราจ่าย (บาท) |
|--|-----------------|
| 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 |

กรณีไม่มี
ภาวะแทรกซ้อน

กรณีมีภาวะแทรกซ้อน
โดยตรงจากการผ่าตัด
ปลูกถ่ายไต

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ – KTI

(กรณีการให้ยากดภูมิ ภายหลังการผ่าตัด)

กรณีไม่มี
ภาวะแทรกซ้อน

| เงื่อนไขการรับยา | อัตราการชดเชยต่อเดือน (บาท) |
|---------------------------|-----------------------------|
| หลังผ่าตัด 1 - 6 เดือน | 30,000 |
| หลังผ่าตัด 7 - 12 เดือน | 25,000 |
| หลังผ่าตัด 13 - 24 เดือน | 20,000 |
| หลังผ่าตัด 25 เดือนขึ้นไป | 15,000 |

การแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในปีงบประมาณ 2566

❑ การบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

- ปรับค่าบริการสำหรับการเตรียมเส้นเลือด
- หน่วยบริการ ที่ให้บริการ HD ควรมีบริการ PD ร่วมด้วย

❑ การบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

- ค่าบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและศักยภาพ

THANK YOU



ตลอดรวมเครือข่าย...หากทลายเพื่อหนึ่งเดียว :
รวมพลังสร้างสรรค์หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน



เอกสารประกอบ

ฝ่ายบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย HD Self pay

(ผู้ป่วย HD รายใหม่ (หลัง 1 ตค.51) ได้สิทธิรักษา EPO แต่เสียค่าฟอกเลือดเอง)

หลัง 1 กุมภาพันธ์ 2565

1. เข้าใช้งานโปรแกรม DMIS เพื่อบันทึกข้อมูลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามขั้นตอนเดิม
2. เลือก เมนู Hemodialysis (UC/อปท.) -> บันทึกข้อมูลฟอกไต (UC/อปท.)
3. ป้อน เลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก) -> กดปุ่ม “ค้นหา”
4. โปรแกรมจะแสดง หน้าต่างเพื่อแจ้งสิทธิของผู้ป่วย
5. กดปุ่ม “ตกลง” เพื่อรับทราบสิทธิของผู้ป่วย
6. ป้อน วันที่เริ่ม/รับ และ วันที่สิ้นสุด/จำหน่าย (ตั้งแต่ 1 ก.พ. 2565 เป็นต้นไป)
7. โปรแกรมจะแสดง ประเภทผู้ป่วยเป็น “ผู้ป่วย HD รายใหม่ (หลัง 1 ก.พ. 2565) 1500 บาท”
8. โปรแกรมจะแสดง ค่าบริการ HD(*) เป็น 1500.00 บาท
9. ป้อน ข้อมูลการให้บริการ ตามการบริการปกติ
10. ตรวจสอบความถูกต้อง
11. กดปุ่ม “บันทึก” เพื่อบันทึกข้อมูล



ผู้ใช้งาน :

หน่วยบริการ/โรงพยาบาล : รพ.ชลบุรี

ลงทะเบียน การรักษา/ติดตามผล ประวัติการรักษา Stock เบิกจ่าย/TK CCR รายงาน Download APD **Hemodialysis (UC/อปท.)** ออกจากระบบ

**Hemodialysis (UC/
อปท.)**

บันทึกข้อมูลฟอกไต (UC/
อปท.)

บันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้
ป่วย (UC/อปท.)

บันทึกข้อมูลจรรยาบรรณ
เขยค่าฟอกไต (UC/อปท.)

บันทึกข้อมูลฟอกไต
Temporary
Hemodiaysis

บันทึกข้อมูลฟอกไต
ประกันสังคม เบิกส่วนต่าง
จากอปท

ประวัติการฟอกไต (UC/
อปท.)

รายงานฟอกไต (UC/
อปท.)

รายงานการให้บริการ

1. เข้าใช้งานโปรแกรม DMIS เพื่อบันทึกข้อมูลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามขั้นตอนเดิม
2. เลือก เมนู Hemodialysis (UC/อปท.) -> บันทึกข้อมูลฟอกไต (UC/อปท.)
3. ป้อน เลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก) -> กดปุ่ม “ค้นหา”
4. โปรแกรมจะแสดง หน้าต่างเพื่อแจ้งสิทธิของผู้ป่วย
5. กดปุ่ม “ตกลง” เพื่อรับทราบสิทธิของผู้ป่วย
6. ป้อน วันที่เริ่ม/รับ และ วันที่สิ้นสุด/จำหน่าย (ตั้งแต่ 1 ก.พ. 2565 เป็นต้นไป)
7. โปรแกรมจะแสดง ประเภทผู้ป่วยเป็น “ผู้ป่วย HD รายใหม่ (หลัง 1 ก.พ. 2565) 1500 บาท”
8. โปรแกรมจะแสดง ค่าบริการ HD(*) เป็น 1500.00 บาท
9. ป้อน ข้อมูลการให้บริการ ตามการบริการปกติ
10. ตรวจสอบความถูกต้อง
11. กดปุ่ม “บันทึก” เพื่อบันทึกข้อมูล



ผู้ใช้งาน :

หน่วยบริการ/โรงพยาบาล : รพ.ชลบุรี

ลงทะเบียน การรักษา/ติดตามผล ประวัติการรักษา Stock เบิกจ่าย/TK CCR รายงาน Download APD Hemodialysis (UC/อปท.) ออกจากระบบ

Hemodialysis (UC/อปท.)

- บันทึกข้อมูลฟอกไต (UC/อปท.)
- บันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย (UC/อปท.)
- บันทึกข้อมูลจรรยาบรรณวิชาชีพของแพทย์ (UC/อปท.)
- -----
- บันทึกข้อมูลฟอกไต Temporary Hemodiaysis
- -----
- บันทึกข้อมูลฟอกไต ประกันสังคม เบิกส่วนต่างจากอปท.
- -----
- ประวัติการฟอกไต (UC/อปท.)
- รายงานฟอกไต (UC/อปท.)
- รายงานการขึ้นเคสด้วย...

บันทึกข้อมูลฟอกไต HEMODIALYSIS
(UC/อปท./บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ)

ข้อมูลบุคคล

เลขประจำตัวประชาชน : []

วันที่ : []

หน่วยย่อย : []

ตั้งแต่ วันที่ 1 กพ. 2565 เป็นต้นไป
ผู้ป่วยรายนี้ ได้รับสิทธิฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และ สิทธิรับยา EPO
กด "ตกลง" เพื่อยืนยันการรับสิทธิ

ตกลง

ประเภทผู้ป่วย : ผู้ป่วย HD รายใหม่ (หลัง 1 ตค.51) ได้สิทธิรับยา EPO แต่เสียค่าฟอกเลือดเอง

| | Date (*) | Time (*) | Weight | BP |
|-----------|----------------------|---|----------------------|---|
| เริ่ม/รับ | <input type="text"/> | <input type="text"/> : <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

1. เข้าใช้งานโปรแกรม DMIS เพื่อบันทึกข้อมูลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามขั้นตอนเดิม
2. เลือก เมนู Hemodialysis (UC/อปท.) -> บันทึกข้อมูลฟอกไต (UC/อปท.)
3. ป้อน เลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก) -> กดปุ่ม “ค้นหา”
4. โปรแกรมจะแสดง หน้าต่างเพื่อแจ้งสิทธิของผู้ป่วย
5. กดปุ่ม “ตกลง” เพื่อรับทราบสิทธิของผู้ป่วย
6. ป้อน วันที่เริ่ม/รับ และ วันที่สิ้นสุด/จำหน่าย (ตั้งแต่ 1 ก.พ. 2565 เป็นต้นไป)
7. โปรแกรมจะแสดง ประเภทผู้ป่วยเป็น “ผู้ป่วย HD รายใหม่ (หลัง 1 ก.พ. 2565) 1500 บาท”
8. โปรแกรมจะแสดง ค่าบริการ HD(*) เป็น 1500.00 บาท
9. ป้อน ข้อมูลการให้บริการ ตามการบริการปกติ
10. ตรวจสอบความถูกต้อง
11. กดปุ่ม “บันทึก” เพื่อบันทึกข้อมูล

บันทึกข้อมูลฟอกไต HEMODIALYSIS
(UC/อปท./บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ)

ข้อมูลบุคคล

เลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก):

ค้นหา

ชื่อ - นามสกุล :

วัน/เดือน/ปีเกิด : 09/07/2509 อายุ : 55 ปี 6 เดือน 19 วัน

วันที่คณะกรรมการอนุมัติ :

29/07/2564

HN:

หน่วยย่อย (*) (วันที่ตรวจ.รับรอง) :

01 : 

ประเภทหน่วยย่อย :

หน่วยบริการ HD ประเภท 2.1 + มีและให้บริการ ICU

ประเภทผู้ป่วย :

ผู้ป่วย HD รายใหม่ (หลัง 1 ก.พ. 2565) 1500 บาท

| | Date (*) | Time (*) | Weight | BP |
|---------------------|---|---|----------------------|--|
| เริ่ม/รับ | <input type="text" value="01/02/2565"/>  | <input type="text" value="v"/> : <input type="text" value="v"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| สิ้นสุด/จำหน่าย | <input type="text" value="01/02/2565"/>  | <input type="text" value="v"/> : <input type="text" value="v"/> | hh:mm Kg. | <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg |
| รวมเวลาที่ให้บริการ | ระบุวันที่/เวลารับ และ วันที่/เวลาจำหน่าย | | | |
| | 0 ชั่วโมง 0 นาที | | | |

1. เข้าใช้งานโปรแกรม DMIS เพื่อบันทึกข้อมูลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามขั้นตอนเดิม
2. เลือก เมนู Hemodialysis (UC/อปท.) -> บันทึกข้อมูลฟอกไต (UC/อปท.)
3. ป้อน เลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก) -> กดปุ่ม “ค้นหา”
4. โปรแกรมจะแสดง หน้าต่างเพื่อแจ้งสิทธิของผู้ป่วย
5. กดปุ่ม “ตกลง” เพื่อรับทราบสิทธิของผู้ป่วย
6. ป้อน วันที่เริ่ม/รับ และ วันที่สิ้นสุด/จำหน่าย (ตั้งแต่ 1 ก.พ. 2565 เป็นต้นไป)
7. โปรแกรมจะแสดง ประเภทผู้ป่วยเป็น “ผู้ป่วย HD รายใหม่ (หลัง 1 ก.พ. 2565) 1500 บาท”
8. โปรแกรมจะแสดง ค่าบริการ HD(*) เป็น 1500.00 บาท
9. ป้อน ข้อมูลการให้บริการ ตามการบริการปกติ
10. ตรวจสอบความถูกต้อง
11. กดปุ่ม “บันทึก” เพื่อบันทึกข้อมูล

Date (*) **Time (*)** **Weight** **BP**
 เริ่ม/รับ : |
 สิ้นสุด/จำหน่าย : hh:mm Kg. | mmHg

ระบุวันที่/เวลาเริ่ม และ วันที่/เวลาจำหน่าย

รวมเวลาที่ให้บริการ 0 ชั่วโมง 0 นาที

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| membrane type | dialyzer type | vascular access | Spec Cond | Bld Flow Rate |
| <input type="radio"/> unsubstul <input type="radio"/> sub cellul. <input type="radio"/> synthetic | <input type="radio"/> low flux <input type="radio"/> high flux <input type="radio"/> dbl hi flux | <input type="radio"/> shunt <input type="radio"/> graft <input type="radio"/> pem cath <input type="radio"/> temp cath | <input checked="" type="radio"/> complete <input type="radio"/> unstable <input type="radio"/> hemofiltration <input type="radio"/> initial | <input type="text"/> ml/min |
| Patient | new dialyzer | HD mode | Hct (*) | Ultrafiltration |
| <input type="radio"/> OPD <input type="radio"/> IPD | <input type="radio"/> Yes (ตัวกรองใหม่) <input type="radio"/> No (ตัวกรองเดิม) | <input checked="" type="radio"/> Chronic | <input type="text"/> % | <input type="text"/> Kg. |
| | | | | ค่าบริการ HD (*) |
| | | | | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 1500.00 บาท </div> |

ชื่อยา : ปริมาณการใช้ : IU.



การบันทึกข้อมูลลงทะเบียนผู้ป่วย HD
โดยหน่วยบริการ
หลัง 1 กุมภาพันธ์ 2565

1. เข้าใช้งานโปรแกรม DMIS เพื่อบันทึกข้อมูลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามขั้นตอนเดิม
2. เลือก เมนู Hemodialysis (UC/อปท.) -> ลงทะเบียนผู้ป่วย Hemodialysis สิทธิ UC (หน่วยบริการ)
3. ป้อน เลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก) -> กดปุ่ม “ค้นหา”
4. ป้อน วันที่ใช้สิทธิ HD (ระบุวันที่ได้ ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 เป็นต้นไป และ ไม่เกินวันปัจจุบัน)
5. โปรแกรมจะแสดง สิทธิประกันสุขภาพ และ หน่วยบริการปฐมภูมิ ตามวันที่ ใช้สิทธิ HD
6. โปรแกรมจะแสดง หน่วยบริการ HD ตามหน่วยบริการของผู้ใช้งานที่ Login เข้ามา
7. โปรแกรมจะแสดง ประเภทผู้ป่วยเป็น “ผู้ป่วย HD รายใหม่ (หลัง 1 ก.พ. 2565) 1500 บาท”
8. โปรแกรมจะแสดง ประเภทการชดเชย เป็น 1500.00 บาท
9. ป้อน ข้อมูลเหตุการณ์ Shift Mode
10. ตรวจสอบความถูกต้อง
11. กดปุ่ม “บันทึก” เพื่อบันทึกข้อมูล



ผู้ใช้งาน :

หน่วยบริการ/โรงพยาบาล : รพ.ชลบุรี

ลงทะเบียน การรักษา/ติดตามผล ประวัติการรักษา Stock เบิกจ่าย/TK CCR รายงาน Download APD **Hemodialysis (UC/อปท.)** ออกจากระบบ

Hemodialysis (UC/อปท.)

บันทึกข้อมูลฟอกไต (UC/อปท.)

บันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย (UC/อปท.)

บันทึกข้อมูลอุทธรณ์ชุดเซย์ค่าฟอกไต (UC/อปท.)

บันทึกข้อมูลฟอกไต Temporary Hemodiaysis

บันทึกข้อมูลฟอกไต ประกันสังคม เบิกส่วนต่างจากอปท

ลงทะเบียนผู้ป่วย Hemodialysis สิทธิ UC (หน่วยบริการ)

ประวัติการฟอกไต (UC/อปท.)

| บันทึกข้อมูลลงทะเบียน Hemodialysis Chronic Kidney Diseases | |
|---|--|
| ข้อมูลบุคคล | |
| รหัสประจำตัวประชาชน (*) : | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| ชื่อ-นามสกุล : | <input type="text"/> เพศ : ชาย อายุ : 46 ปี 3 เดือน 10 วัน |
| ที่อยู่ (*) : | <input type="text"/> |
| จังหวัด(*) : | กรุงเทพมหานคร <input type="text"/> อำเภอ / เขต(*) : <input type="text"/> |
| ตำบล / แขวง(*) : | <input type="text"/> รหัสไปรษณีย์ : <input type="text"/> |
| โทรศัพท์ : | <input type="text"/> |
| วันที่ใช้สิทธิ HD (*) : | 01/02/2565 <input type="text"/> |
| สิทธิประกันสุขภาพ : | สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| หน่วยบริการปฐมภูมิ : | รพ.ผู้สูงอายุบางเขน |
| หน่วยบริการ HD : | 10662 <input type="text"/> |
| | รพ.ชลบุรี |
| ประเภทผู้ป่วย (*) : | ผู้ป่วย HD ชายใหม่ (หลัง 1 ก.พ. 2565) 1500 บาท <input type="text"/> |
| ประเภทการชดเชยฯ : | 1,500.00 บาท |

1. เข้าใช้งานโปรแกรม DMIS เพื่อบันทึกข้อมูลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามขั้นตอนเดิม
2. เลือก เมนู Hemodialysis (UC/อปท.) -> ลงทะเบียนผู้ป่วย Hemodialysis สิทธิ UC (หน่วยบริการ)
3. ป้อน เลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก) -> กดปุ่ม “ค้นหา”
4. ป้อน วันที่ใช้สิทธิ HD (ระบุวันที่ได้ ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 เป็นต้นไป และ ไม่เกินวันปัจจุบัน)
5. โปรแกรมจะแสดง สิทธิประกันสุขภาพ และ หน่วยบริการปฐมภูมิ ตามวันที่ ใช้สิทธิ HD
6. โปรแกรมจะแสดง หน่วยบริการ HD ตามหน่วยบริการของผู้ใช้งานที่ Login เข้ามา
7. โปรแกรมจะแสดง ประเภทผู้ป่วยเป็น “ผู้ป่วย HD รายใหม่ (หลัง 1 ก.พ. 2565) 1500 บาท”
8. โปรแกรมจะแสดง ประเภทการชดเชย เป็น 1500.00 บาท
9. ป้อน ข้อมูลเหตุการณ์ Shift Mode
10. ตรวจสอบความถูกต้อง
11. กดปุ่ม “บันทึก” เพื่อบันทึกข้อมูล

บันทึกข้อมูลลงทะเบียน Hemodialysis
Chronic Kidney Diseases

ข้อมูลบุคคล

รหัสประจำตัวประชาชน (*):

ชื่อ-นามสกุล: เพศ: ชาย อายุ: 46 ปี 3 เดือน 10 วัน

ที่อยู่ (*):

จังหวัด (*): อำเภอ / เขต (*):

ตำบล / แขวง (*): รหัสไปรษณีย์:

โทรศัพท์:

วันที่ใช้สิทธิ HD (*):

สิทธิประกันสุขภาพ: สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยบริการปฐมภูมิ: รพ.ผู้สูงอายุบางขุนเทียน

หน่วยบริการ HD:

รพ.ชลบุรี

ประเภทผู้ป่วย (*):

ประเภทการชดเชยฯ: 1,500.00 บาท

1. เข้าใช้งานโปรแกรม DMIS เพื่อบันทึกข้อมูลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามขั้นตอนเดิม
2. เลือก เมนู Hemodialysis (UC/อปท.) -> ลงทะเบียนผู้ป่วย Hemodialysis สิทธิ UC (หน่วยบริการ)
3. ป้อน เลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก) -> กดปุ่ม “ค้นหา”
4. ป้อน วันที่ใช้สิทธิ HD (ระบุวันที่ได้ ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 เป็นต้นไป และ ไม่เกินวันปัจจุบัน)
5. โปรแกรมจะแสดง สิทธิประกันสุขภาพ และ หน่วยบริการปฐมภูมิ ตามวันที่ ใช้สิทธิ HD
6. โปรแกรมจะแสดง หน่วยบริการ HD ตามหน่วยบริการของผู้ใช้งานที่ Login เข้ามา
7. โปรแกรมจะแสดง ประเภทผู้ป่วยเป็น “ผู้ป่วย HD รายใหม่ (หลัง 1 ก.พ. 2565) 1500 บาท”
8. โปรแกรมจะแสดง ประเภทการชดเชย เป็น 1500.00 บาท
9. ป้อน ข้อมูลเหตุการณ์ Shift Mode
10. ตรวจสอบความถูกต้อง
11. กดปุ่ม “บันทึก” เพื่อบันทึกข้อมูล

เหตุผลการ Shift Mode (*)

ข้อห้ามสมบูรณ์ได้แก่

- 1 มีรอยโรคบริเวณผิวหนังหน้าท้องที่ไม่สามารถวางสายได้
- 2 มีพังผืดภายในช่องท้อง (Peritoneal fibrosis หรือ Peritoneal sclerosis หรือ Bowel adhesion หรือ Laparoscopic examination หรือ ผ่าตัดวางสาย Tenckhoff แล้วประสบปัญหา)
- 3 มีสภาพจิตบกพร่องอย่างรุนแรง หรือ ผู้ป่วยที่มีสติปัญญาบกพร่อง (mental retardation)

ข้อห้ามสัมพัทธ์ได้แก่

- 1 มีสิ่งแปลกปลอมในช่องท้องมาก่อน เช่น ใส่เส้นเลือดเทียม เป็นต้น
- 2 มีใส่ลิ้นที่ยังไม่แก้ไข หรือมีช่องทางติดต่อกับอวัยวะภายนอก
- 3 อ้วนมาก (BMI มากกว่า 35 กก./ตรม.)
- 4 มี recurrent diverticulitis หรือการอักเสบของลำไส้บ่อย ๆ
- 5 มีการผ่าตัดนำกระเพาะหรือลำไส้ออกมาทางหน้าท้อง
- 6 ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำ CAPD ได้ และเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบ ภายใต้คำแนะนำของคณะกรรมการระดับจังหวัด

ข้อบ่งชี้อื่น ๆ ได้แก่

- 1 มีการอักเสบของช่องท้องที่รักษาแล้วไม่ดีขึ้น
- 2 มีการอักเสบของช่องท้องจากเชื้อรา
- 3 มีการอักเสบประจำของแผลหน้าท้องที่วางสาย
- 4 มีการอักเสบของสายต่อของท่อในช่องท้อง
- 5 มีการอักเสบติดเชื้อมากในช่องท้อง
- 6 ได้รับการผ่าตัดอวัยวะในช่องท้อง
- 7 น้ำยารั่วออกจากช่องท้องประจำ ไม่สามารถทำ CAPD
- 8 เยื่อช่องท้องเป็นพังผืด ไม่สามารถทำ CAPD
- 9 ภาวะซีมเรื้อรังอย่างรุนแรง ไม่สามารถทำ CAPD
- 10 ภาวะ Pleuro- Peritoneal fistula
- 11 มีปัญหาด้านสายตา
- 12 อื่นๆ ระบุ