

ประชุมชี้แจงหลักเกณฑ์และแนวทางการเบิกจ่าย
ค่าบริการสาธารณสุขกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
ปีงบประมาณ 2569

วันศุกร์ที่ 6 กุมภาพันธ์ 2569
เวลา 9.00 - 12.00 น.

กำหนดการประชุม



กำหนดการประชุมชี้แจงหลักเกณฑ์และแนวทางการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
ปีงบประมาณ 2569

วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2569 เวลา 09.00-12.00 น.

ประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ Zoom และ Facebook Live: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
Meeting ID: 955 4666 7066 Passcode: 142357

หัวข้อการประชุม

- 09.00 – 09.15 น. กล่าวเปิดการประชุมและผลการดำเนินงานที่ผ่านมา/ที่มาของการปรับประกาศ
โดย แพทย์หญิงลลิตยา กองคำ
รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 09.15 – 09.45 น. ชี้แจงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2568 (ที่เปลี่ยนแปลง)
โดย ผู้แทนฝ่ายสนับสนุนการเข้าถึงบริการกลุ่มโรคสำคัญ 1
- 09.45 – 10.20 น. ชี้แจงแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2569
โดย ผู้แทนฝ่ายตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชยค่าบริการ
- 10.20 – 10.50 น. ชี้แจงแนวกระบวนการพิจารณาการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre-Authorization for kidney : PAK)
เพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2569
โดย คุณสุวรรณี ศรีปราชญ์
ผู้อำนวยการกลุ่ม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี
- 10.50 – 11.20 น. ชี้แจงการใช้งานโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (CKD) ปีงบประมาณ 2569
โดย ผู้แทนฝ่ายพัฒนาแพลตฟอร์มและนวัตกรรมดิจิทัล
- 11.20 – 11.50 น. อภิปรายและซักถาม
- 11.50– 12.00 น. ปิดการประชุม

สิ่งที่เปลี่ยนแปลง

ตามประกาศเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2568
(ลงนาม 30 ธันวาคม 2568)
มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569

ที่มา :

- ❑ ตามประกาศเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2568

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
ด้วยการบำบัดทดแทนไต
พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้รับบริการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไตที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๕๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๗ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต ประกอบด้วย รายการบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) การล้างไตผ่านทางช่องท้อง ประกอบด้วย การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

(๒) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้

(๓) การปลูกถ่ายไต ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๓ แนบท้ายประกาศนี้

(๔) การดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๘ ให้เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

➔ มีผลกับข้อมูลการให้บริการตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2569 เป็นต้นไป

ไฟล์ประกาศ ปี 2568 ฉบับ 2 (ลงนาม 30 ธ.ค.68)➔



ประกาศไตวายเรื้อรัง
69 (ราชกิจจานุ)

ประกอบด้วย 4 บริการ ดังนี้

1. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD/APD)
2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)
3. บริการปลูกถ่ายไต (KT)
4. บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC)

หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย (1/2)

บริการ	เดิม ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568)	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
CPAD/APD	1. เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพบริการล้างไตผ่านช่องท้อง หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง 2. หน่วยบริการต้องจัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ 3. หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้ป่วยแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ	1. เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไปที่มีศักยภาพบริการล้างไตผ่านช่องท้อง (PD) หรือเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ต้องผ่านการการตรวจประเมินความพร้อมและเห็นชอบจากสำนักงานก่อนให้บริการผู้ป่วย 2. หน่วยบริการต้องจัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่และควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย PD First ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 4 พ.ย.67 อย่างครบถ้วน
HD	1. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย สำหรับกรณีกทำ Arteriovenous Fistula (AVF) หรือ Arteriovenous Graft (AVG) ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อทั่วไป หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีศักยภาพให้บริการสำหรับทำการเตรียมเส้นเลือด (Vascular access) ยกเว้นสถานพยาบาลที่มีลักษณะไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยแจ้งศักยภาพบริการและระบุแพทย์ศัลยกรรมหรือแพทย์ศัลยกรรมหลอดเลือด ในโปรแกรมระบบพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (CPP) 3. หน่วยบริการต้องจัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ 4. หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้ป่วยแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ	1. หน่วยบริการต้องจัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่และควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย PD First ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 4 พ.ย.67 อย่างครบถ้วน 2. ศักยภาพของหน่วยบริการให้เป็นไปตามจำนวนเครื่องไตเทียมที่ได้รับการรับรองจากศูนย์รับรองมาตรฐานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ศ.ร.ต) หรือ คณะอนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) เว้นแต่กรณีที่มีความจำเป็นที่ไม่อาจได้รับการรับรองดังกล่าว จะพิจารณาศักยภาพในการให้บริการของหน่วยบริการเป็นรายกรณี ทั้งนี้ วันและเวลาทำการของหน่วยบริการทั้งหมดให้เป็นไปตามใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) และข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญา (CPP)

หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย (2/2)

บริการ	เดิม ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568)	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
KT	- หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการปลูกถ่ายไตโดยผ่านการรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย - หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้ป่วยแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ	คงเดิม
PC	- หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - หน่วยบริการต้องจัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุข และให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ - หน่วยบริการต้องจัดให้ผู้ป่วยแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการดูแลรักษา และสนับสนุนแบบประคับประคอง

กลุ่มเป้าหมายบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CPAD/APD)

เดิม

ลงนาม 5 เมษายน 2568

(มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568)

ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง

ลงนาม 30 ธันวาคม 2568

(มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)

- ผู้ป่วยรายใหม่ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ
- ผู้ป่วยรายใหม่ต้องผ่านกระบวนการพิจารณาอนุมัติก่อนการให้บริการ (PAK) เลือกวิธีบำบัดทดแทนไตจากคณะกรรมการไตรระดับเขต ตามเกณฑ์ข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยมีเกณฑ์ ดังนี้
 - ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่า 6 mL/min/1.73sq.m และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว หรือ
 - ผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ที่มีระดับ eGFR > 6 mL/min/1.73sq.m ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยตรงจากโรคไตเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้
 - ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง
 - ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูรีเมีย
 - เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย
 - คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูรีเมีย
- กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี (≥ 75) ต้องได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ต่อไปนี้
 - Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่ประหลาดใจ”
 - Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน
 - Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า 40
 - มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัม น้อยกว่า 2.5 กรัมต่อเดซิลิตร) ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้

- ผู้ป่วยรายใหม่ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย PD First ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 4 พ.ย.67 อย่างครบถ้วน
- ผู้ป่วยรายใหม่ซึ่งไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ และไม่มีเหตุผลอันสมควรทางด้านสังคมหรือครอบครัวควรได้รับสิทธิในการเข้ารับบริการ CAPD อันดับแรก และกรณีในการเข้ารับบริการ APD ได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็ก หรือเป็นผู้ป่วยวัยทำงานที่จำเป็นต้องใช้ APD รวมถึงกรณีที่ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลมีความจำเป็นหรือความเหมาะสมในการใช้บริการ APD ตามดุลยพินิจของคณะกรรมการไตรระดับเขต
- กรณีผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี (≥ 75)
 - กรณีผู้ป่วยรายใหม่ ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี (≥ 75) ต้องได้รับการคัดกรองเพิ่มเติมตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC) โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วย หรือแพทย์ผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วยที่ตรวจพบข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ต่อไปนี้
 - Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่ประหลาดใจ”
 - Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน
 - Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า 40
 - มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัม น้อยกว่า 2.5 กรัมต่อเดซิลิตร) ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้
 - กรณีผู้ป่วยรายเก่า ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปีขึ้นไป (≥ 75) หน่วยบริการต้องจัดให้มีการประเมินซ้ำทุกปีเพื่อยืนยันการให้บริการบำบัดทดแทนไตได้ด้วยวิธีเดิมต่อไป หรือเปลี่ยนวิธีการรักษาเป็น PC และแจ้งให้สำนักงานทราบ

กลุ่มเป้าหมายบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)

เดิม ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568)	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
1. ผู้ป่วยรายใหม่ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ 2. ผู้ป่วยรายใหม่ต้องผ่านกระบวนการพิจารณาอนุมัติก่อนการให้บริการ (PAK) เลือกวิธีบำบัดทดแทนไตจากคณะกรรมการไต่ระดับเขต ตามเกณฑ์ข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบริหารบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ 2.1 ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่า 6 ml/min/1.73sq.m และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว หรือ 2.2 ผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ที่มีระดับ eGFR > 6 ml/min/1.73sq.m ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตเรื้อรัง ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ 2) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง 3) ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูริเมีย 4) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูริเมีย 5) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูริเมีย 2.3 กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี (≥ 75) ต้องได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ต่อไปนี้ 1) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่ประหลาดใจ” 2) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน 3) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า 40 4) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัม น้อยกว่า 2.5 กรัมต่อเดซิลิตร) ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้ 3. มีข้อห้ามทางการแพทย์ ที่เป็นข้อห้ามการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือ 4. มีเหตุสมควร ด้านสังคมหรือครอบครัว ที่เป็นข้อจำกัดในการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งไม่สามารถเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้อง	1. ผู้ป่วยรายใหม่ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย PD First ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 4 พ.ย.67 อย่างครบถ้วน 2. กรณีผู้ป่วยมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปีขึ้นไป (≥ 75) 2.1 <u>กรณีผู้ป่วยรายใหม่</u> ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี (≥ 75) ต้องได้รับการคัดกรองเพิ่มเติมตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC) โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือแพทย์ผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วยที่ตรวจพบข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไต <u>เท่าที่ควร</u> อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ต่อไปนี้ 1) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่ประหลาดใจ” 2) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน 3) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า 40 4) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัม น้อยกว่า 2.5 กรัมต่อเดซิลิตร) ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้ 2.2 <u>กรณีผู้ป่วยรายเก่า</u> ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปีขึ้นไป (≥ 75) หน่วยบริการต้องจัดให้มีการประเมินซ้ำทุกปีเพื่อยืนยันการให้บริการบำบัดทดแทนไตได้ด้วยวิธีเดิมต่อไป หรือเปลี่ยนวิธีการรักษาเป็น PD หรือ PC และแจ้งให้สำนักงานทราบ

กลุ่มเป้าหมายบริการปลูกถ่ายไต (KT)

บริการ	เดิม ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568)	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
KT	- ผู้ป่วยใหม่ ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือเจตนากรมในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ - ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift mode of RRT) ต้องขออนุมัติก่อนการให้บริการ (PAK) จากคณะกรรมการไตรระดับเขต	คงเดิม

กลุ่มเป้าหมายบริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC)

เดิม ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568)	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
1. ผู้ป่วยรายใหม่ควรได้เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจร่วมในการเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไตตามแนวทางคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต กระทรวงสาธารณสุขและให้บันทึกลงในหนังสือแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข 5 แนบท้ายประกาศ 2. ผู้ป่วยรายใหม่ต้องผ่านกระบวนการพิจารณาอนุมัติก่อนการให้บริการ (PAK) เลือกวิธีบำบัดทดแทนไตจากคณะกรรมการไตระดับเขต ตามเกณฑ์ข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ 2.1 ผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR น้อยกว่า 6 mL/min/1.73sq.m และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว หรือ 2.2 ผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ที่มีระดับ eGFR > 6 mL/min/1.73sq.m ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตเรื้อรัง ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ และอาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ 2) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง 3) ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูริเมีย 4) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูริเมีย 5) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการจากภาวะยูริเมีย 2.3 กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี (≥ 75) ต้องได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ต่อไปนี้ 1) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่ประหลาดใจ” 2) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน 3) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า 40 4) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัม น้อยกว่า 2.5 กรัมต่อเดซิลิตร) ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้ 3. ผู้ป่วยติดเชื้อ หรือมีภาวะร่างกายอ่อนแอมาก หรือมีโรคร่วมรุนแรง เช่น หัวใจ ตับ ปอด มะเร็งระยะลุกลาม มีภาวะขาดสารอาหารขั้นรุนแรง และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง เช่น โรคอัลไซเมอร์ รวมทั้งผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต	1. ผู้ป่วยรายใหม่ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย PD First ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 4 พ.ย.67 อย่างครบถ้วน 2. ผู้ป่วยติดเชื้อ หรือมีภาวะร่างกายอ่อนแอมาก หรือมีโรคร่วมรุนแรง เช่น หัวใจ ตับ ปอด มะเร็งระยะลุกลาม มีภาวะขาดสารอาหารขั้นรุนแรง และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง เช่น โรคอัลไซเมอร์ รวมทั้งผู้ป่วยที่สภาพแวดล้อมทางสังคมและครอบครัวไม่เหมาะสมที่จะรับการบำบัดทดแทนไต และผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต 3. กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี (≥ 75) ต้องได้รับการคัดกรองเพิ่มเติมตามเกณฑ์การให้คะแนน เพื่อการพิจารณาการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PC) โดยแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือแพทย์ผู้ดูแลโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของผู้ป่วยที่ตรวจพบข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไต เท่าที่ควร อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ต่อไปนี้ 1) Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่ประหลาดใจ” 2) Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน 3) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า 40 4) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัม น้อยกว่า 2.5 กรัมต่อเดซิลิตร) ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้

1.บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis : PD)



สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

1. บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis : PD) (1/3)

หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย	เดิม ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568)	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
1. หลักการให้สิทธิ RRT รายใหม่	- Share Decision Making + ต้องผ่านการขออนุมัติ PAK จาก กกก.ไตระดับเขต - ผู้ป่วยมีสิทธิขอทบทวนผลการพิจารณาของคณะกรรมการไตระดับเขต ต่อ คณะกรรมการไตระดับประเทศได้	- ให้รับทราบ PD First ตามมติบอร์ด 4 พ.ย. 2567 + Share Decision Making - ต้องผ่าน PAK โดยคณะกรรมการไตระดับเขตพิจารณาให้สิทธิ RRT (<u>คณะกรรมการไตระดับเขตให้สิทธิผู้ป่วยรายใหม่เข้ารับ CAPD เป็นหลักเว้นแต่มีเหตุจำเป็นด้านอายุหรือทางสังคม จึงพิจารณาให้ APD ได้ตามดุลยพินิจ</u>) - กรณีไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณากรรมการไตระดับเขต ผู้ป่วยสามารถอุทธรณ์ต่อ คณะกรรมการไตระดับประเทศได้
2. การเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift Mode of RRT)	ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการไตระดับเขต	ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการไตระดับเขต ยกเว้นกรณี ดังนี้ - กรณีเร่งด่วนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต และแจ้งขออนุมัติจาก กกก.ไตระดับเขตโดยเร็ว - กรณีผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยปลูกถ่ายไต
3. การล้างไตด้วยเครื่อง APD	ไม่มีเงื่อนไขกำหนด	มีเงื่อนไขที่ควรพิจารณาการล้างไตด้วยเครื่อง APD ได้เฉพาะเด็ก, วัยทำงาน,ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีความจำเป็นหรือความเหมาะสมตามดุลพินิจของคณะกรรมการไตระดับเขต
4. การจัดสรรน้ำยาและอุปกรณ์	- กรณีหน่วยบริการขอรับการสนับสนุนน้ำยาล้างไต CAPD/APD และอุปกรณ์ผ่านระบบการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรม - กรณีหน่วยบริการขอรับค่าบริการครอบคลุมการรับค่าน้ำยาล้างไต CAPD/APD และค่ายา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ จ่ายแบบเหมาจ่าย ดังนี้ - CAPD จ่ายแบบเหมาจ่ายอัตรา 15,000 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน - APD จ่ายแบบเหมาจ่ายอัตรา 18,000 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน	- กรณีหน่วยบริการขอรับการสนับสนุนน้ำยาล้างไต CAPD/APD และอุปกรณ์ผ่านระบบการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรม - กรณีหน่วยบริการขอรับค่าบริการครอบคลุมการรับค่าน้ำยาล้างไต CAPD/APD และค่ายา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ จ่ายแบบเหมาจ่าย ดังนี้ - CAPD จ่ายแบบเหมาจ่ายอัตรา 15,000 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน - APD จ่ายแบบเหมาจ่ายอัตรา 18,000 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน

1. บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis : PD) (2/3)

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข /อัตราจ่าย	เดิม ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568)	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
5. ค่าบริการล้างไต ผ่านทางช่องท้อง (CAPD/APD)	จ่ายให้หน่วยบริการ PD จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน	- จ่ายให้หน่วยบริการ PD จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน - กรณีที่เป็นเครือข่ายบริการหน่วยบริการแม่ข่ายอาจแบ่งให้ลูกข่ายในอัตรา 1,000 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือนหรือตามที่เครือข่ายตกลงกัน
6. ค่ายา EPO	ยา Erythropoietin ขนาด 4,000 unit จ่ายเป็นเงิน 180 บาทต่อ vial - เริ่มให้ยา EPO เมื่อ Hb <10 g/dL - จ่ายตามระดับ Hb ต่ำสุด ทุก 12 สัปดาห์ ตามการเจาะเลือดที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา ดังนี้ ➤ Hb < 10 g/dL จ่ายจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ➤ Hb ≥ 10 ถึง < 12 g/dL จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ➤ Hb ≥ 12 g/dL หยุดจ่ายยา	ยา Erythropoietin ขนาด 4,000 unit จ่ายเป็นเงิน 180 บาทต่อ vial - เริ่มให้ยา EPO เมื่อ Hb <10 g/dL - จ่ายตามระดับ Hb ต่ำสุด ทุก 12 สัปดาห์ ตามการเจาะเลือดที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา ดังนี้ ➤ Hb < 10 g/dL จ่ายจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ➤ Hb ≥ 10 ถึง < 12 g/dL จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ➤ Hb ≥ 12 g/dL หยุดจ่ายยา
7. Temporary HD	ไม่มีระบุในประกาศ	- จ่ายค่าบริการเหมาจ่ายในอัตรา 1,500 บาท/ครั้ง (ต้องอยู่ภายในระยะเวลาไม่เกิน 90 วัน) - หากเกินต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการไตรระดับเขตเพื่อพิจารณา

1. บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis : PD) (3/3)

หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย	เดิม ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568)	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
8. เกณฑ์การจ่าย ค่าบริการส่งเสริม ประสิทธิภาพและ คุณภาพการล้างไตผ่าน ทางช่องท้อง	- ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้รับการลงทะเบียน KT - ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin ≥ 3.2 กรัมต่อเดซิลิตร - อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย PD ในระยะเวลา 12 เดือน - อัตราการติดเชื้อเยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis Related Dead rate) - อัตราการติดเชื้อเยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% Peritonitis rate)	- ร้อยละของผู้ป่วย PD ที่ได้รับการนัด F/U ที่หน่วยบริการ อย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง และได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายบริการ หรือ อสม. อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน - ร้อยละผู้ป่วย PD ที่มีระดับของ Serum Albumin ≥ 3.2 กรัมต่อเดซิลิตร - อัตราการมีชีวิตของผู้ป่วย PD รายใหม่ในระยะเวลา 3 เดือนแรกของการรักษา - อัตราการติดเชื้อเยื่อช่องท้องของหน่วยบริการนั้น (% peritonitis rate) - อัตราการ Shift mode จาก PD เป็น HD ในระยะ 6 เดือน ของการรักษา
9. ค่าบริการส่งเสริม ประสิทธิภาพและ คุณภาพการล้างไตผ่าน ทางช่องท้อง	หน่วยบริการที่มีคะแนนรวมเกณฑ์คุณภาพมากที่สุด 100 ลำดับแรกจะจ่ายเพิ่มเติมแบบเหมาจ่ายในอัตรา 500 บาทต่อคนต่อเดือน จ่าย 2 รอบ ดังนี้ - รอบที่ 1 นำผลงานในช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง 6 เดือนถัดมา - รอบที่ 2 นำผลงานในช่วง 6 เดือนสองของปีงบประมาณเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง 6 เดือนถัดมา	สำนักงานจะกันเงินในอัตรา 200 บาท/คน/เดือน เพื่อบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (global budget) โดยจ่ายโดยระบบคะแนน (point system) จ่าย 2 รอบ ดังนี้ - รอบที่ 1 นำผลงานในช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง 6 เดือนถัดมา - รอบที่ 2 นำผลงานในช่วง 6 เดือนสองของปีงบประมาณเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายสำหรับช่วง 6 เดือนถัดมา

2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD)



สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) (1/3)

หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย	เดิม ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568)	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
1. หลักการให้สิทธิ RRT รายใหม่	Share Decision Making + ต้องผ่าน PAK	1. ให้รับทราบ PD First ตามมติบอร์ด 4 พ.ย. 2567 + Share Decision Making 2. ต้องผ่าน PAK โดยคณะกรรมการไต่ระดับเขตพิจารณาให้สิทธิ RRT
2. การกำกับจ่ายตามศักยภาพ หน่วยบริการ	จ่ายให้หน่วยบริการ HD	จ่ายให้หน่วย HD ตามจำนวนเครื่องที่ ศรต./ตรต. รับรอง หรือศักยภาพที่ สปสช. พิจารณา โดยยึดตาม ส.พ.7 และ CPP
3. การเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift Mode of RRT)	ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการไต่ระดับเขต	ต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการไต่ระดับเขต ยกเว้น กรณีผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยปลูกถ่ายไต
4. ค่าบริการฟอกเลือด	1. ค่าฟอก HD จ่าย 1,500 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) 2. ค่าฟอก HD ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จ่าย 4,000 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 3. การฟอกเลือดต้องไม่น้อยกว่า 4 ชม. ยกเว้นกรณีการฟอกครั้งแรก หรือกรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ หรือกรณีพบว่ามีภาวะฉุกเฉิน	1. ค่าฟอก HD จ่าย 1,500 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (นับวันจันทร์เป็นวันแรก) 2. ค่าฟอก HD ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จ่าย 4,000 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 3. การฟอกเลือดต้องไม่น้อยกว่า 4 ชม. ยกเว้นกรณีการฟอกครั้งแรก หรือกรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ หรือกรณีพบว่ามีภาวะฉุกเฉิน
5. ค่ายา EPO	ยา Erythropoietin ขนาด 4,000 unit จ่ายเป็นเงิน 180 บาทต่อ vial - เริ่มให้ยา EPO เมื่อ Hb <10 g/dL - จ่ายตามระดับ Hb ต่ำสุด ทุก 12 สัปดาห์ ตามการเจาะเลือดที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา ดังนี้ ➢ Hb < 10 g/dL จ่ายจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ➢ Hb ≥ 10 ถึง < 12 g/dL จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ➢ Hb ≥ 12 g/dL หยุดจ่ายยา	ยา Erythropoietin ขนาด 4,000 unit จ่ายเป็นเงิน 180 บาทต่อ vial - เริ่มให้ยา EPO เมื่อ Hb <10 g/dL - จ่ายตามระดับ Hb ต่ำสุด ทุก 12 สัปดาห์ ตามการเจาะเลือดที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา ดังนี้ ➢ Hb < 10 g/dL จ่ายจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ➢ Hb ≥ 10 ถึง < 12 g/dL จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ➢ Hb ≥ 12 g/dL หยุดจ่ายยา

2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) (2/3)

หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย	เดิม ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568)	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
6. Dialyzer	ค่าบริการฟอกเลือดรวมค่าอุปกรณ์ ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าตรวจเลือดและการตรวจ ห้องปฏิบัติการแล้ว (Single use)	ค่าบริการฟอกเลือดรวม ค่าตัวกรองเลือด (Dialyzer) หากเป็นชนิดที่มีคุณสมบัติใช้ซ้ำ ได้ไม่เกินตามที่สมาคมโรคไตกำหนด อุปกรณ์ ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าตรวจเลือดและการ ตรวจห้องปฏิบัติการแล้ว
7.ค่าบริการสำหรับการเตรียมเส้น เลือด (Vascular access)	- Tunnel cuffed catheter (TCC) รวมค่าอุปกรณ์รหัส 4905 เหม่าจ่าย 11,000 บาท ต่อครั้ง - Arteriovenous Fistula (AVF) จ่ายจริงไม่เกิน 13,500 บาทต่อครั้ง - Arteriovenous Graft (AVG) จ่ายจริงไม่เกิน 13,500 บาทต่อครั้ง และ ค่าอุปกรณ์รหัส 4015 หรือ 4016 - Temporary double lumen catheter (TDC) จ่ายจริงไม่เกิน 5,000 บาทต่อครั้ง - กรณีที่มีการซ่อมเส้นเลือด AVF และ AVG สามารถเบิกค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมตามจ่ายจริงแต่ ไม่เกิน 8,000 บาท ภายในระยะเวลา 1 ปีงบประมาณ *กรณีที่ต้องการเตรียมเส้นเลือดถาวรไว้ล่วงหน้า หรือมีการทำเส้นเลือดถาวรใหม่ มากกว่า 3 ครั้ง ต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) จากคณะกรรมการไต โดยจ่ายตามข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ที่สมาคมโรคไตแห่ง ประเทศไทยและสมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทย กำหนดไว้ - กรณีที่มีการซ่อมเส้น AVF หรือ AVG สามารถเบิกจ่ายได้เพิ่มเติมตามจ่ายจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาทต่อครั้ง ภายในปีงบประมาณ *ในกรณีที่หน่วยบริการเข้าร่วมการให้บริการในรูปแบบ ODS (One Day Surgery) ให้หน่วยบริการเบิกจ่ายในอัตราตามประกาศณัติบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและกรณี บริการผ่าตัดแผลเล็ก	- Tunnel cuffed catheter (TCC) รวมค่าอุปกรณ์รหัส 4905 เหม่าจ่าย 11,000 บาทต่อครั้ง - Arteriovenous Fistula (AVF) จ่ายจริงไม่เกิน 13,500 บาทต่อครั้ง - Arteriovenous Graft (AVG) จ่ายจริงไม่เกิน 13,500 บาทต่อครั้ง และ ค่าอุปกรณ์ รหัส 4015 หรือ 4016 - Temporary double lumen catheter (TDC) จ่ายจริงไม่เกิน 5,000 บาทต่อครั้ง *กรณีที่ต้องการเตรียมเส้นเลือดถาวรไว้ล่วงหน้า หรือมีการทำเส้นเลือดถาวรใหม่ มากกว่า 3 ครั้ง ต้องผ่านการขออนุมัติก่อนการให้บริการ (Pre – Authorization for kidney : PAK) จากคณะกรรมการไต โดยจ่ายตามข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ที่สมาคมโรคไต แห่งประเทศไทยและสมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทย กำหนดไว้ - กรณีที่มีการซ่อมเส้น AVF หรือ AVG สามารถเบิกจ่ายได้เพิ่มเติมตามจ่ายจริงแต่ไม่ เกิน 8,000 บาทต่อครั้ง ภายในปีงบประมาณ *ในกรณีที่หน่วยบริการเข้าร่วมการให้บริการในรูปแบบ ODS (One Day Surgery) ให้หน่วยบริการเบิกจ่ายในอัตราตามประกาศณัติบริการผ่าตัดแบบวัน เดียวกลับและกรณีบริการผ่าตัดแผลเล็ก

2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) (3/3)

หลักเกณฑ์เงื่อนไข /อัตราจ่าย	เดิม ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568)	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
8. เกณฑ์ผลงาน คุณภาพในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (เพื่อเป็นข้อมูลส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเท่านั้นไม่นำมาเป็นข้อมูลเพื่อการจ่ายชดเชยค่าบริการ)	เกณฑ์ผลงานคุณภาพในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1) ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่ได้รับการลงทะเบียน KT 2) ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่มีระดับของ Serum Albumin ≥ 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร 3) ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่มีระดับ Hemoglobin เฉลี่ยมากกว่า > 12 กรัมต่อเดซิลิตร 4) ร้อยละของความเพียงพอในการฟอกเลือด (Kt/V) 5) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ผ่าน AVF/AVG/Perm cath	เกณฑ์ผลงานคุณภาพในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1) ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่ได้รับการตรวจประเมินผลและปรับแผนการรักษาโดยแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน 2) ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่มีระดับของ Serum Albumin ≥ 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร 3) ร้อยละของผู้ป่วย HD ที่มีระดับ Hemoglobin เฉลี่ยมากกว่า > 12 กรัมต่อเดซิลิตร 4) ร้อยละของความเพียงพอในการฟอกเลือด (Kt/V) 5) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ผ่านทาง AVF/AVG/Perm cath

3. บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant : KT)



สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

3. บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant : KT) (1/6)

1. ค่าบริการในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด
- ค่าเตรียมผู้บริจาคมีชีวิต และผู้บริจาคสมองตาย
 - ค่าเตรียมผู้รับบริจาค จากผู้บริจาคมีชีวิตและสมองตาย

รายการ		ประเภทการจ่าย	เดิม	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง
			ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568) อัตราเหมาจ่าย ต่อครั้ง (บาท)	ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569) อัตราเหมาจ่าย ต่อครั้ง (บาท)
ผู้บริจาค	สมองตาย	ค่าเตรียมและผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อครั้งต่อไต 1 ข้าง	40,000 ต่อไต 1 ข้าง	40,000 ต่อไต 1 ข้าง
	มีชีวิต	ค่าเตรียมผู้บริจาค *ไม่เกิน 2 ครั้งต่อผู้รับบริจาค 1 ราย	40,000	45,000
		ผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาค ด้วยวิธี Open LD nephrectomy ต่อครั้ง	ไม่ได้แยกวิธีเหมาจ่าย 32,800	32,800
		ผ่าตัดนำไตออกจากผู้บริจาค ด้วยวิธี Laparoscopic LD nephrectomy ต่อครั้ง		40,000
ผู้รับบริจาค	จากผู้บริจาคมีชีวิต	ค่าเตรียมก่อนรับผ่าตัด ต่อครั้ง	31,300	40,000
		ค่าตรวจ PRA ดังนี้		
		- ตรวจ screening 1 ครั้งต่อปี	2,000	2,000
		- ตรวจ SAB class I เพื่อ confirm กรณี screening class I ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี	13,000	13,000
		- ตรวจ SAB class II เพื่อ confirm กรณี screening class II ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี	12,500	12,500
	จากผู้บริจาคสมองตาย	ค่าเตรียมก่อนรับผ่าตัด ต่อครั้ง	31,300	40,000
	ตาย	ค่าตรวจ PRA จ่ายตามจริง ไม่เกิน 8,700 บาท ต่อรายต่อปีงบประมาณ	8,700	8,700

3. บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant : KT) (2/6)

2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด

2.1 กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน แบ่งเป็น 6 ประเภท

ประเภทการจ่าย	Protocol	เดิม	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง
		ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568) อัตราเหมาจ่าย ต่อครั้ง (บาท)	ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569) อัตราเหมาจ่าย ต่อครั้ง (บาท)
กรณีไม่มี ภาวะแทรกซ้อน	Protocol-I ในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ใช้ยากดภูมิ Cyclosporine และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อ ครั้ง	143,000	143,000
	Protocol-II ในผู้ป่วยกลุ่ม Low risk ใช้ยากดภูมิ Tacrolimus และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อครั้ง	148,000	148,000
	Protocol-III ในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ใช้ยากดภูมิ Basiliximap และ Cyclosporine และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อครั้ง	287,000	287,000
	Protocol -IV ในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ใช้ยากดภูมิ Basiliximap และ Tacrolimus และ Mycophenolate จ่าย แบบเหมาจ่ายต่อครั้ง	292,000	292,000
	Protocol -V ในการปลูกถ่ายไตข้ามหมู่เลือด (ABO incompatibility KT) โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายตามที่กำหนดใน Protocol -IV และการทำ Plasmapheresis จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อครั้ง	ไม่มี	372,000
	Protocol -VI การใช้ยากดภูมิคุ้มกัน anti-thymocyte globulin 3-7 dose และ Tacrolimus หรือ Cyclosporine และ Mycophenolate จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อครั้ง	ไม่มี	412,000

3. บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant : KT)

(3/6)

2.2 กรณีมีการรักษาภาวะติดเชื้อ Cytomegalovirus (CMV) ดังนี้

ประเภทการจ่าย	รายการ	เดิม ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568)	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
		อัตราเหมาจ่าย ต่อครั้ง (บาท)	อัตราเหมาจ่าย ต่อครั้ง (บาท)
กรณีมีการรักษาภาวะติดเชื้อ Cytomegalovirus (CMV)	CMV Prophylaxis	ไม่มีระบุในประกาศ	180,000
	CMV Viremia	ไม่มีระบุในประกาศ	40,000
	CMV disease	ไม่มีระบุในประกาศ	180,000

3. บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant : KT) (4/6)

3. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัด ตาม Protocol กรณีมีภาวะแทรกซ้อน แบ่งเป็น 7 ประเภท

ประเภทการจ่าย	Protocol	เดิม ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568)	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
		อัตราเหมาจ่าย ต่อครั้ง (บาท)	อัตราเหมาจ่าย ต่อครั้ง (บาท)
กรณีมี ภาวะแทรกซ้อน โดยตรงจากการ ผ่าตัดปลูกถ่ายไต	Protocol ACR-A (Acute cellular rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่ภาวะ Acute cellular rejection	23,000	23,000 (คงเดิม)
	Protocol ACR-B (Refractory acute cellular rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่ภาวะ Refractory acute cellular rejection	493,000	493,000 (คงเดิม)
	Protocol AMR-A (Antibody mediated rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่ภาวะ Antibody mediated rejection	340,000	340,000 (คงเดิม)
	Protocol AMR-B (Refractory antibody mediated rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol อื่นๆ ในกรณีที่ภาวะ Refractory antibody mediated rejection	426,000	426,000 (คงเดิม)
	Protocol DGF-A (Delayed graft function) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI ในกรณีที่มีภาวะ Delay graft function	56,000	56,000 (คงเดิม)
	Protocol DGF-B (Delayed graft function with acute cellular rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol ACR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay graft function ร่วมกับ Acute cellular rejection	40,000	40,000 (คงเดิม)
	Protocol DGF-C (Delayed graft function with antibody mediated rejection) ใช้ร่วมกับ Protocol I-VI และ Protocol AMR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ Delay graft function ร่วมกับ antibody mediated rejection	35,000	35,000 (คงเดิม)

3. บริการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant : KT)

(5/6)

รายการ	เดิม ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568)	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
4. กรณีที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด นอกเหนือจากภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไต 7 ประเภท	ไม่มีระบุในประกาศ	กรณีที่มีความเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน ระหว่างผ่าตัด นอกเหนือจากภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไต 7 ประเภท ให้หน่วยบริการเบิกค่าใช้จ่ายส่วนต่างเพิ่มเติมตามระบบ DRG เป็นไปตามประกาศฯ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป
5. กรณีที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาตามรายการบัญชียา จ.2 ระหว่างผ่าตัดและภายหลังผ่าตัด	ไม่มีระบุในประกาศ	กรณีที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาตามรายการบัญชียา จ.2 ระหว่างผ่าตัดและภายหลังให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีที่ต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด
6. กรณีรักษาการตีบของเส้นเลือดไต	กรณีการรักษาการตีบของเส้นเลือดไต เบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบ DRG เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยในทั่วไป และเบิกค่าอุปกรณ์ (Balloon + Stent) รายการอุปกรณ์ รหัส 4801 - 4804 ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค	กรณีการรักษาการตีบของเส้นเลือดไต เบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบ DRG ให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยในทั่วไป และเบิกค่าอุปกรณ์ Balloon หรือ Stent รายการการอุปกรณ์รหัส 4801-4804 เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

7. ค่ายากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ประเภทการจ่าย	เงื่อนไขการรับยา	เดิม	ใหม่_ถึงเปลี่ยนแปลง
		ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568) อัตราการชดเชยต่อเดือน (บาท)	ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569) อัตราการชดเชยต่อเดือน (บาท)
ยากดภูมิ	หลังผ่าตัด 1 - 6 เดือน	30,000	30,000
	หลังผ่าตัด 7 - 12 เดือน	25,000	25,000
	หลังผ่าตัด 13 - 24 เดือน	20,000	18,000
	หลังผ่าตัด 25 เดือนขึ้นไป	15,000	13,000

- หมายเหตุ :
1. การเบิกยากดภูมิต้องมีการยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการ ณ “วันที่ได้รับยากดภูมิ (*)
 2. สามารถบันทึกเบิกจ่ายยากดภูมิได้มากกว่า 1 เดือน (หากมีการจ่ายยาให้ผู้ป่วยมากกว่า 1 เดือน)

4. บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Palliative care : PC)



สิ่งที่เปลี่ยนแปลง
หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

4. บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Palliative care : PC) (1/3)

รายการ	เดิม ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568)	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
1. หลักการให้สิทธิ RRT รายใหม่	1. Share Decision Making + หนังสือแสดงเจตนาในการรักษา 2. ต้องผ่านการขออนุมัติ PAK จาก กกก.ไตระดับเขต	1. ให้รับทราบ PD First ตามมติบอร์ด 4 พ.ย. 2567 เป็นข้อมูลบังคับก่อนตัดสินใจ 2. ต้องผ่านการขออนุมัติ PAK จาก กกก.ไตระดับเขต
2. PC ในระบบ RRT	ระบุเป็นหนึ่งในการบำบัดทดแทนไต	กำหนดชัดว่าเป็น “Kidney Supportive and Palliative Care : PC” แยกจาก PD/HD
3. การเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไต (Shift Mode of RRT)	ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการไตระดับเขต	ขออนุมัติจากคณะกรรมการไตระดับเขต
4. ค่ายา EPO	ยา Erythropoietin ขนาด 4,000 unit จ่ายเป็นเงิน 180 บาทต่อ vial - เริ่มให้ยา EPO เมื่อ Hb <10 g/dL - จ่ายตามระดับ Hb ต่ำสุด ทุก 12 สัปดาห์ ตามการเจาะเลือดที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้ยา ดังนี้ ➤ Hb < 10 g/dL จ่ายจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ➤ Hb ≥ 10 ถึง < 12 g/dL จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ➤ Hb ≥ 12 g/dL หยุดจ่ายยา	ไม่มีระบุในประกาศ

4. บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Palliative care : PC) (2/3)

รายการ	เดิม ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568)	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
7. บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายประกอบด้วย	1. การบรรเทาอาการของโรคไตวาย เช่น ลดอาการปวดด้วยยาแก้ปวดที่ปลอดภัยต่อไต เช่น ยาพาราเซตามอล (Paracetamol) และหลีกเลี่ยงการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ควบคุมอาการคันด้วยยาต้านฮิสตามีน (Antihistamine) หรือปรับสมดุลแคลเซียม-ฟอสฟอรัส จัดการภาวะบวม น้ำโดยจำกัดเกลือและน้ำ หรือใช้ยาขับปัสสาวะ และบรรเทาอาการคลื่นไส้และเบื่ออาหาร ด้วยยาและคำแนะนำด้านโภชนาการ 2 . การดูแลคุณภาพชีวิต เช่น สนับสนุนกิจกรรมที่สร้างความสุขและลดความเครียด และช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติที่สุด 3. การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ให้คำปรึกษาด้านจิตใจเพื่อลดความเครียดและความกลัว สนับสนุนความเชื่อด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย 4. การดูแลแบบองค์รวม โดยทีมสหวิชาชีพที่มีการประสานงานระหว่างแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ให้การดูแลทั้งที่บ้าน ที่ชุมชน และที่โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยหรือครอบครัวจะได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) รวมถึงการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย (Advance directive) 5. การดูแลระยะท้ายของชีวิต (End-of-Life Care) มีเป้าหมายลดความทุกข์ทรมานในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น ควบคุมอาการปวดและหอบเหนื่อยของผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนครอบครัวให้เตรียมตัวและทำใจต่อการจากไปของผู้ป่วย	คงเดิม

4. บริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Palliative care : PC) (3/3)

รายการ	เดิม ลงนาม 5 เมษายน 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 เมษายน 2568)	ใหม่_สิ่งเปลี่ยนแปลง ลงนาม 30 ธันวาคม 2568 (มีผลบังคับใช้ 1 มกราคม 2569)
8. ค่าบริการ	ไม่มีระบุในประกาศ	1. จ่ายแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติมในอัตรา 1,000 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน 2. ในกรณีเป็นเครือข่ายหน่วยบริการแม่ข่ายอาจแบ่งค่าบริการให้ลูกข่ายในอัตรา 500 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน หรือตามที่เครือข่ายตกลงกัน โดยค่าบริการเหมาจ่ายดังกล่าวครอบคลุมค่าบริการ ดังนี้ 2.1 กรณีผู้ป่วยใหม่ รวมการตรวจประเมินสภาพร่างกาย การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา การวางแผน การดูแลล่วงหน้า และการติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษาโดยหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ 2.2 กรณีผู้ป่วยเก่า การตรวจติดตามผลการรักษาและการปรับแผนการรักษาที่หน่วยบริการอย่างน้อย ทุก 3 เดือน รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษาโดยหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ 2.3 ค่าตรวจเลือด หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการติดตามอาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย * การจ่ายแบบเหมาจ่ายต้องไม่ซ้ำซ้อนกับผู้ป่วยที่รับบริการ PC และหน่วยบริการที่ได้รับค่าบริการแบบเหมาจ่ายตามประกาศที่รับบริการดูแลรักษาและสนับสนุนแบบประคับประคอง และหน่วยบริการที่ได้รับค่าบริการแบบเหมาจ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการเฉพาะโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

แนวทางการดำเนินการ กรณีติด CK305

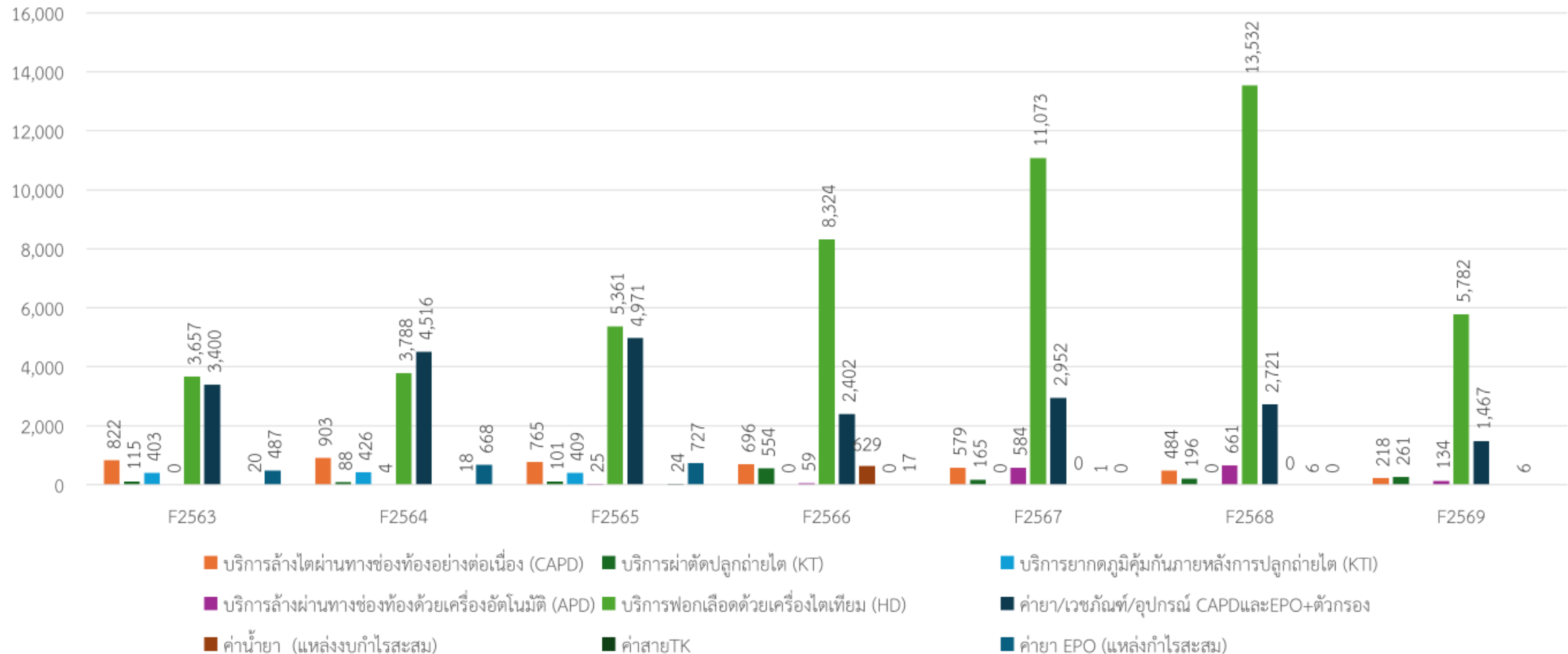
❖ อุทธรณ์ในโปรแกรม CKD DMIS เอกสารที่ต้องแนบอุทธรณ์ ดังนี้

1. หนังสือชี้แจงเหตุผลความจำเป็นที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งส่งผลทำให้ไม่สามารถปิดสิทธิในวันที่ให้บริการได้ และลงนามโดยผู้มีอำนาจตามกฎหมาย หรือมีหนังสือมอบหมายปฏิบัติงานแทน
2. อุทธรณ์ในโปรแกรม DMIS แนบเอกสารที่กำหนด พร้อมชี้แจงเหตุผลความจำเป็นราย visit
3. อุทธรณ์ข้อมูลการให้บริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 – 29 มกราคม 2569
4. ระยะเวลาดำเนินการอุทธรณ์ วันที่ 1 -28 กุมภาพันธ์ 2569

ข้อมูลบริการกรณีโรคไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2569

งบประมาณบริการไตวายเรื้อรังแยกรายประเภทปี 2563-2569

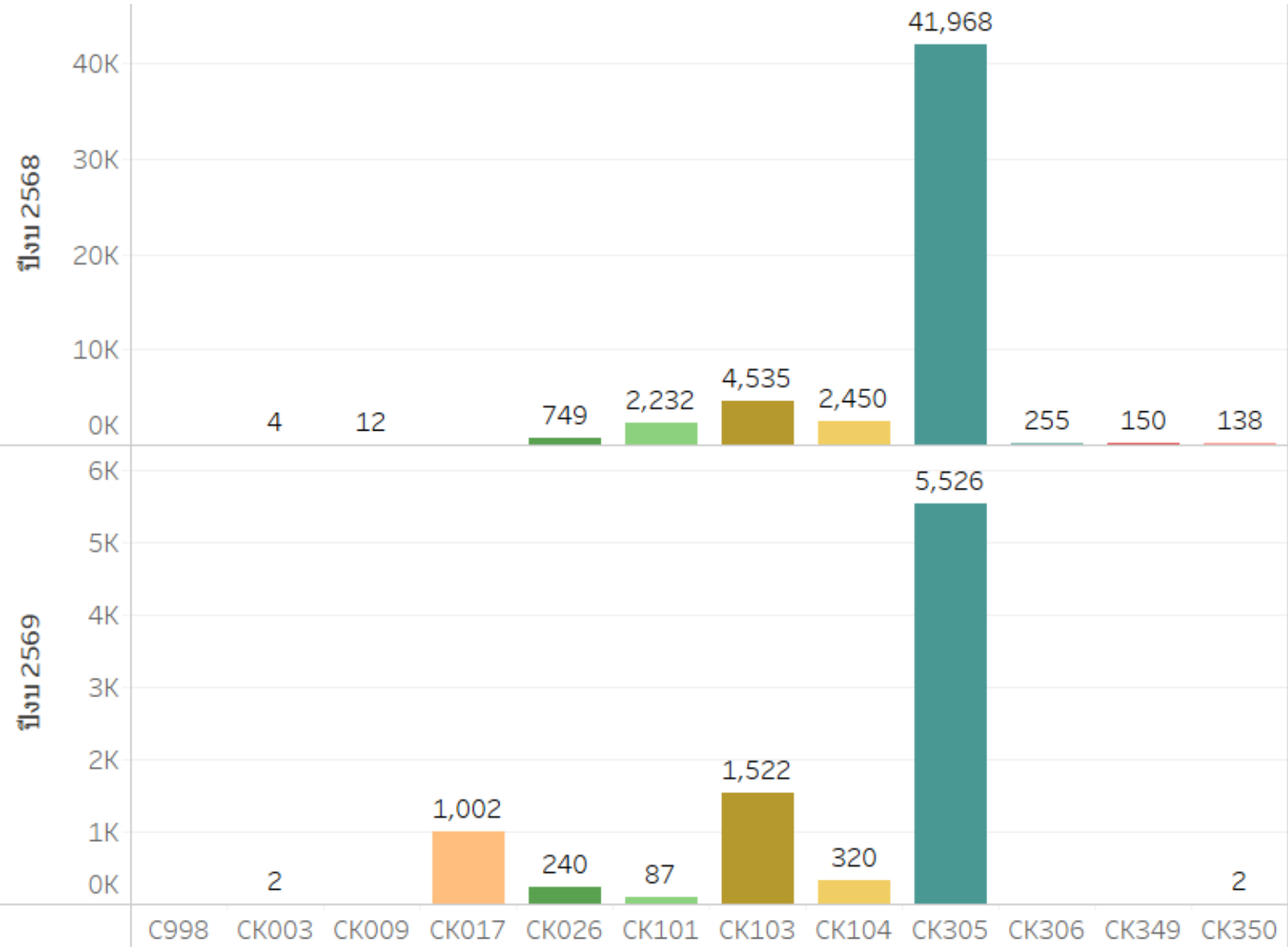
งบประมาณที่ใช้ไปในแต่ละประเภทของบริการ (ล้านบาท)



จำนวนรายการที่ติดรหัส Deny

ปีงบประมาณ 2568-2569

- CK026 รับบริการเกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (พอกเลือด)
- CK101 บันทึกข้อมูลใน CPP ไม่ครบถ้วน
- CK103 พอกเลือดนอกเวลาทำการ แต่ให้บริการในวันที่บันทึกใน CPP
- CK104 ให้บริการเกินศักยภาพ จำนวนเครื่อง จำนวนครั้งต่อวัน
- CK305 มีการปิดสิทธิ์ แต่ส่งข้อมูลมาก่อนการปิดสิทธิ์

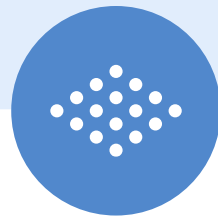


ข้อมูลตัดตามวันที่รับบริการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2569
ข้อมูลอัปเดต ณ วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2569

ช่องทางติดต่อสอบถาม

1. ติดต่อผ่าน Provider center : 1330
กด 5 กด 1 (กรณีสอบถามการจ่ายชดเชย) หรือ
กด 5 กด 3 กรณีโปรแกรม/web site
2. ติดต่อผ่าน สปสช.เขต 1- 13 ในพื้นที่





ขอขอบคุณค่ะ



“

การทำความดี เป็นสุขเสมอ

แสงทอง

”

๐ ๒

นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

