



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการปลูกถ่ายตับ
ในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เข้าถึง บริการปลูกถ่ายตับ ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดี

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบ ข้อ ๙ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๔ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็ง ระยะกลางและระยะท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๔ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้ จะต้องให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเงื่อนไขดังนี้

๔.๑ เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ได้แก่

๔.๑.๑ เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งผู้ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ

๔.๑.๒ เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย อายุมากกว่า ๑๕ ปี ถึง ๖๐ ปี ณ วันที่ลงทะเบียน รอบถูกถ่ายตับ และมีอายุไม่เกิน ๖๕ ปี ในวันผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

๔.๒ ข้อบ่งชี้และคุณสมบัติของผู้รับการปลูกถ่ายตับ ดังต่อไปนี้

๔.๒.๑ ตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย ที่มี Child-Pugh score ตั้งแต่ ๗ ขึ้นไป หรือมีอาการหรืออาการแสดงถึงภาวะแทรกซ้อนของตับแข็ง และต้องหยุดสร้างต่อ กันไม่น้อยกว่า ๖ เดือน

๔.๒.๒ ไม่มีการติดเชื้อที่ควบคุมไม่ได้ ยกเว้นการติดเชื้อในตับและทางเดินน้ำดี

- ๔.๒.๓ ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
- ๔.๒.๔ ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
- ๔.๒.๕ ไม่มีความผิดปกติทางจิต ที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาด้วยการปลูกถ่ายตับในระยะยาว เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นต้น
- ๔.๒.๖ ไม่เป็นโรคมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งที่รักษาหายขาดนานกว่า ๓ ปี ขึ้นไป (ยกเว้นมะเร็งตับ)
- ๔.๒.๗ ไม่มีโรคร่วม (ยกเว้นโรคตับ) ที่มีความรุนแรงหรือเป็นระยะท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้น

ข้อ ๕ หน่วยบริการที่จะให้บริการและได้รับค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ ได้แก่ หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านการประเมินและรับรองจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

ข้อ ๖ แนวทางการสนับสนุนค่าใช้จ่าย

๖.๑ สำนักงานจ่ายค่าใช้จ่ายในการให้บริการผ่าตัดปลูกถ่ายตับแก่หน่วยบริการ ครอบคลุมตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมก่อนการผ่าตัด การผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด โดยการจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามแผนการรักษา (Protocol) ที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยกำหนด ในลักษณะเหมาจ่าย Protocol ภายหลังจากที่หน่วยบริการมีการให้บริการแก่ผู้ป่วยแล้ว

๖.๒ การสนับสนุนค่ายากดภูมิคุ้มกัน

๖.๒.๑ เกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ต้องเป็นไปตามแนวทางที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยกำหนด ทั้งนี้อัตราจ่ายครอบคลุมการตรวจเพื่อติดตามผลหลังการผ่าตัด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจระดับยาคดภูมิคุ้มกัน โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังผ่าตัด ดังนี้

๖.๒.๒ งวดการจ่ายค่ายากดภูมิคุ้มกัน จะจ่ายค่าบริการเป็นรายเดือนต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิรักษาพยาบาลเป็นสิทธิอื่นที่ไม่ใช่สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๖.๒.๓ กรณีให้บริการผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน (Complication) อื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ ภาวะติดเชื้อ CMV, Aspergillosis หรือ Fungus และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากการ rejection หน่วยบริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามระบบ DRGs

ข้อ ๗ อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๘ การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย และการประมวลผลอกรายงานจ่ายชดเชย

๘.๑ หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมที่สำนักงานกำหนด และส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายฯ มาอย่างสำนักงานภายใน ๓๐ วันหลังให้บริการ ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยน Protocol หรือเสียชีวิตระหว่างผ่าตัด หรืออื่น ๆ สำนักงานอาจขอสำเนาเวชระเบียนฉบับสมบูรณ์มาเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยได้

๘.๒ ในกรณีให้บริการซึ่งมีโรคแทรกซ้อน (Complication) อื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากการ rejection ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs

๔.๓ สำนักงานจะจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่ร่วมโครงการ ตามผลงานการให้บริการจริง เป็นรายเดือน โดยการกำหนดรอบข้อมูลและการอกรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ กำหนดวันในการส่งข้อมูล ภายในวันที่ได้กำหนด ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด และกำหนดวันสิ้นสุดการแจ้งหนี้ (ส่งเบิก) ภายใน ๓๖๐ วัน นับจากวันที่ให้บริการ สำหรับข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนดวันสิ้นสุดการแจ้งหนี้ จะถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่ายฯ

๔.๔ สำนักงานทำการตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลการจ่ายชดเชยตามวันที่มีการบันทึก และส่งข้อมูล (Sent date) เป็นรายเดือน และจะรายงานผลการรับส่งข้อมูล (REP) ให้หน่วยบริการตรวจสอบ ผ่านระบบ Seamless for DMIS

ข้อ ๕ การอุทธรณ์ผลการเบิกจ่าย

การอุทธรณ์ค่าใช้จ่าย หน่วยบริการสามารถขออุทธรณ์ค่าใช้จ่ายได้ หากตรวจสอบแล้วพบว่า การจ่ายชดเชยไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่กำหนด หรือได้รับการจ่ายไม่ครบถ้วน โดยหน่วยบริการ สามารถอุทธรณ์ผ่านโปรแกรมที่สำนักงานกำหนด หรืออุทธรณ์เป็นหนังสือราชการ ภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ได้รับรายงานการโอนเงินทางระบบรายงานการโอนเงิน (NHSO Budget) และรายงานการจ่ายชดเชยในระบบ บูรณาการติดตามข้อมูลการจ่ายชดเชยໂเรคเฉพาะ (Seamless For DMIS)

ข้อ ๑๐ ให้เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้ และ ให้มีอำนาจจินจัยขึ้นขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายจตีจ ธรรมอัชарь)

เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการปลูกถ่าย¹
ตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๔
ลงวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔

อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการให้บริการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็ง¹
ระยะกลางและระยะท้าย

๗.๑ ค่าใช้จ่ายก่อนผ่าตัด

แผนกรรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาทต่อราย)
(ก) การประเมินผู้รับบริจากอวัยวะ (Recipient evaluation)	<ul style="list-style-type: none"> ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจเอกซเรย์ ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ไม่รวมการตรวจ cardiac catheterization 	๖๐,๐๐๐
(ข) การประเมินผู้รับบริจากที่มีชีวิต (Living donor evaluation)	<ul style="list-style-type: none"> ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจเอกซเรย์ ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยตรง จ่ายไม่เกิน ๒ ครั้งต่อผู้รับบริจาก ๑ ราย 	๔๐,๐๐๐
(ค) การผ่าตัดผู้รับบริจากสมองตาย (Deceased donor operation) (หน่วยบริการเบิกจ่ายให้แก่ สภากาชาดไทย)	<ul style="list-style-type: none"> ค่าดูแล Donor ค่าผ่าตัด ค่าน้ำยาถอนอวัยวะ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้รับบริจาก 	๔๐,๐๐๐

๗.๒ ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด

แผนกรรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ	ราคาเหมาจ่าย (บาทต่อราย)
สำหรับผู้รับบริจากที่มีชีวิต (Living donor operation) และผู้รับบริจาก อวัยวะ (Recipient operation)	ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด รวมถึง ค่าใช้จ่ายกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ เป็นการเหมาจ่ายต่อราย	๖๐๐,๐๐๐

Protocol สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด และหลังผ่าตัด	
> กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	
แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ
Protocol - OLT- I ● ใช้ยากลุ่ม cyclosporine + mycophenolate ไม่รวม complication ต่างๆ	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
Protocol - OLT - II ● ใช้ยากลุ่ม tacrolimus + mycophenolate ไม่รวม complication ต่าง ๆ	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
Protocol - OLT - III ● ใช้ยากลุ่ม Basiliximab + cyclosporine + mycophenolate ไม่รวม complication ต่างๆ	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา Basiliximab ● ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

Protocol สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด และหลังผ่าตัด	
➤ กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน	
แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ
Protocol - OLT - IV ● ใช้ยากลุ่ม Basiliximab + tacrolimus + mycophenolate ไม่รวม complication ต่างๆ	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าตรวจเอกซเรย์ ● ค่าผ่าตัด ● ค่าห้อง, ค่าอาหาร ● ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ● ค่าอุปกรณ์และการตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด ● ค่ายา Basiliximab ● ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus ระหว่างรับการรักษา ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
➤ กรณีมีภาวะแทรกซ้อน rejection	
แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ชุดบริการ
Protocol ACR ● ภาวะ acute cellular rejection	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจ ultrasound ● ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ● ค่ายา methylprednisolone ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
Protocol AMR ● Antibody mediated rejection	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าตรวจ ultrasound ● ค่าอุปกรณ์ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ● ค่ายา methylprednisolone ● ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
● หมายเหตุ : ค่าตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) สามารถเบิกจ่ายก่อน ระหว่างผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัด และรวมอยู่ในรายการเหมาจ่าย	

๗.๓ การสนับสนุนค่า Yakd Kumi Kumkhan

เกณฑ์การให้ Yakd Kumi Kumkhan ภายหลังการปลูกถ่ายตับต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้อัตราที่จ่ายนี้ครอบคลุมการตรวจรักษา ตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นและการตรวจระดับ Yakd Kumi Kumkhan หลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ โดยแบ่งตามระยะเวลาหลังปลูกถ่ายตับดังนี้

เงื่อนไขการรับยา	อัตราการจ่าย (บาท) ต่อเดือน
หลังผ่าตัด ๑ - ๖ เดือน	๓๐,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๗ - ๑๒ เดือน	๒๕,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๑๓ - ๒๔ เดือน	๒๐,๐๐๐
หลังผ่าตัด ๒๕ เดือนขึ้นไป	๑๕,๐๐๐

การจ่าย Yakd Kumi Kumkhan จะจ่ายชดเชยต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหรือหมดสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ