



**คู่มือ
บริหารกองทุนหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ
ปี 2561**

หน้าเครดิต

คำนำ

การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health care Coverage: UHC) เป็นเป้าหมายหนึ่งของการพัฒนาที่ยั่งยืนเพื่อบรรลุเป้าหมายใน พ.ศ. 2573 ที่กำหนดโดยสหประชาชาติ โดยประเทศไทยได้รับการยอมรับว่ามีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนไทยมาตั้งแต่ในปี 2545 และถือว่าเป็นการลงทุนที่ช่วยสนับสนุนการพัฒนาประเทศที่ยั่งยืน

กระบวนการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Health care Scheme: UCS) ซึ่งครอบคลุมประชาชนกว่า 48 ล้านคน เป็นส่วนหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เป็นกลไกสำคัญในการผลักดันให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึง และประชาชนไม่ล้มละลายหรือยากจนลงจากภาระค่ารักษาพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ในปีงบประมาณ 2561 การกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนใหญ่มีแนวทางเหมือนปีที่ผ่านมา มีการปรับปรุงเฉพาะบางประเด็นให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล และการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ และการจัดทำเป็นคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ปรับปรุงแบบการนำเสนอเนื้อหาเป็นเอกสารจำนวน 2 เล่ม ประกอบด้วย

- 1) คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2561
- 2) รวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และเอกสารสำคัญประกอบการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารทั้ง 2 เล่มนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับทุกภาคส่วน ในการร่วมกันผลักดันให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีความยั่งยืน ประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข และก่อให้เกิดความเป็นธรรมที่ประชาชนพึงได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ตุลาคม 2560

สารบัญ

บทที่ 1	การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม	00
บทที่ 2	การบริหารระบบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	00
บทที่ 3	การบริหารระบบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการบริหารระบบบริการผู้ป่วยวัณโรค	00
บทที่ 4	การบริหารระบบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	00
บทที่ 5	การบริหารระบบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	00
บทที่ 6	การบริหารค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	00
บทที่ 7	การบริหารค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ ที่มีแพทย์ประจำครอบครัว	00
บทที่ 8	บทบาทหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหน่วยบริการ ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	00

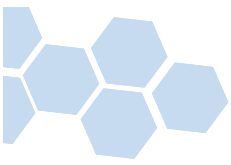
บทที่ 1

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภาพรวม

1. แนวคิดการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ 2561 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับงบประมาณเพิ่มเติม 1 รายการ คือ ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ดังนั้นสรุปรายการงบประมาณที่ได้รับในปี 2561 จำนวน 7 รายการ ประกอบด้วย 1) บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว 2) บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 3) บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 4) บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง 5) ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดงพื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ 6) ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 7) ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว โดยการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 7 มาตรา 8 มาตรา 18(4) มาตรา 38 มาตรา 41 มาตรา 45 มาตรา 46 มาตรา 47 และคำสั่งหัวหน้ารักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 (คำสั่ง คสช. ที่ 37/2559) ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2559 และสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 แผนยุทธศาสตร์คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2561-2564 และแผนแม่บทบูรณาการการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ พ.ศ. 2561-2564 ภายใต้แนวคิดหลัก ดังนี้

- 1.1 การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข
- 1.2 การเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข
- 1.3 การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการบริการสาธารณสุข
- 1.4 การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดย
 - 1.4.1 ให้มีการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (Global budget ระดับเขต) ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม



1.4.2 แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุน เป็นการจ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุขและการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งนี้การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังจากให้บริการ และจ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ โดยมอบให้ สปสช.กำหนด การกำกับ การตรวจสอบและประเมินผล เงินที่ได้รับจากกองทุน เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของหน่วยตรวจสอบ

1.4.3 เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดให้มีเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้หน่วยบริการที่เป็นแกนกลางหรือเป็นแม่ข่าย ดำเนินการจัดหาและสนับสนุน ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้แก่หน่วยบริการอื่นในเครือข่ายได้ ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ (แผนและวงเงินการจัดหา) โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

1.4.4 การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังจากให้บริการ ให้เป็นไปตามมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ

1.4.5 การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษ อาจให้หน่วยบริการเครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด โดยให้ทำสัญญาหรือข้อตกลงหรือโครงการดำเนินงาน และผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่จะส่งมอบกับ สปสช.

1.4.6 ให้มีมาตรการกำกับและเร่งรัดการใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกระดับ รวมทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

1.4.7 สำหรับรายการบริการที่มีการจ่ายแบบระบบปลายเปิด ได้แก่ รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (เฉพาะประเภทบริการกรณีเฉพาะ และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) และรายการค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ให้ สปสช.ติดตามกำกับ และควบคุมประสิทธิภาพการดำเนินงาน และหากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ 2561 ไม่เพียงพอ ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้ว ให้ สปสช.รวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอขอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

1.4.8 ในระหว่างปีงบประมาณ หากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใดไม่เพียงพอ เนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือกรณีจำเป็นอื่น ให้ สปสช. ใช้เงินกองทุนจากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อน และในช่วงปลายปีงบประมาณ หากจ่าย หรือประมาณการจ่ายตาม

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2561 ในหมวด 2 ถึงหมวด 8 เสร็จสิ้นตามเป้าหมายของปีงบประมาณ 2561 แล้ว ให้ สปสช.จ่ายเงินที่อาจเหลือในภาพรวมทุกรายการและประเภทบริการ คืนเข้ารายการและประเภทบริการอื่นที่ยืมจ่ายในระหว่างปีงบประมาณก่อนและหากไม่เพียงพอให้ของบประมาณทดแทนในปีถัดไป หากมีเงินเหลือจึงจ่ายตามผลงานการใช้บริการหรือตามจำนวนประชากรให้หน่วยบริการ

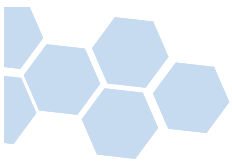
2. กรอบงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1 บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เป็นงบประมาณสำหรับการบริการตามประเภทและขอบเขตบริการ (สิทธิประโยชน์) ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคลและครอบครัว การบริการกรณีเฉพาะ การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ การบริการการแพทย์แผนไทย ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ) เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข และบริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตั้งแต่เริ่มการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับคนไทยทั่วประเทศ โดยในปีงบประมาณ 2561 ได้รับการจัดสรรเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ในอัตราเหมาจ่าย 3,197.32 บาทต่อผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้มีสิทธิ) สำหรับผู้มีสิทธิ จำนวน 48,797,000 คน

การบริหารจัดการเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2561 แบ่งเป็นประเภทบริการ 9 บริการ โดยจัดสรรเป็นค่าใช้จ่าย หรือเงินต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,167.41
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,113.93
3. บริการกรณีเฉพาะ	337.08
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	415.55
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	16.13
6. บริการการแพทย์แผนไทย	11.61



ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)	128.69
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	4.92
9. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	2.00
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	3,197.32

หมายเหตุ : - ประเภทบริการที่ 4 จำนวนเงินจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน

2.2 บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประชาชนกลุ่มเฉพาะตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ครอบคลุมบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้องบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ในปีงบประมาณ 2561 จัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง	224,400	2,952.2496
2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	72,500	200.000
3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์		66.0000
รวม	296,900	3,218.2496

ทั้งนี้ ให้ สปสช.สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ

2.3 บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นงบประมาณเพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมค่าใช้จ่าย ค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องในการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในปีงบประมาณ 2561 จัดสรรเป็น ประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)	26,570	4,243.6145
2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)	19,110	3,417.8287
3. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่รับยา EPO (HD SelfPay)	5,320	73.4720
4. บริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต		
- ผ่าตัด (KT)	172	58.2667
- รับยากดภูมิ (KTI)	1,804	372.4251
รวม	52,976	8,165.6070

ทั้งนี้ ให้ สปสช.สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ

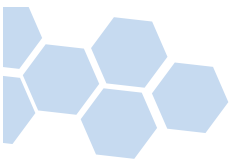
2.4 บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการเข้าถึงบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามมาตรฐาน และ ครอบคลุมบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งในปีงบประมาณ 2561 จัดสรรเป็นประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. การบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)	2,907,200	1,019.2033
2. การบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	10,250	61.5000
รวม	2,917,450	1,080.7033

2.5 ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กั้นดาร พื้นที่เสี่ยงภัยและพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่เป็นหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ในปีงบประมาณ 2561 ได้รับงบประมาณจำนวน 1,490.2880 ล้านบาท



2.6 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน สถานพยาบาล/หน่วยบริการ อย่างเป็นระบบ ในปีงบประมาณ 2561 ใช้งบประมาณจำนวน 1,159.2000 ล้านบาท

2.7 ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

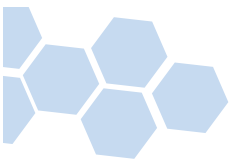
เป็นค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ข้อ ข. (5) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” ในปีงบประมาณ 2561 ใช้งบประมาณจำนวน 240 ล้านบาท โดยจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นทั้งบริการในหน่วยบริการและบริการในชุมชน ในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร

3. เปรียบเทียบหลักเกณฑ์และแนวทางบริหารจัดการกองทุนปีงบประมาณ 2560 และปีงบประมาณ 2561 เฉพาะประเด็นที่เปลี่ยนแปลง

หลักเกณฑ์และแนวทางบริหารจัดการกองทุนปีงบประมาณ 2561 มีการเปลี่ยนแปลง ในประเด็นที่สำคัญ โดยสรุป ดังนี้

รายการบริการ	รายละเอียดการเปลี่ยนแปลงของแต่ละรายการ
1. บริการผู้ป่วยนอก	<p>1.1 สำหรับหน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ใช้งบประมาณผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ วันที่ 1 เมษายน 2560 เป็นตัวแทนในการจัดสรร</p> <p>1.2 รวมบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งได้งบประมาณในปี 2561 จำนวน 2.28 บาทต่อผู้มีสิทธิ</p>
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	<p>2.1 การกำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขตสำหรับบริการผู้ป่วยใน ต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) ภายใน 30 กันยายน 2560 (ไม่ให้มีการกำหนดระหว่างปีงบประมาณ) และหากเป็นรายการบริการที่กำหนดใหม่เพิ่มเติม รวมถึงรายการบริการที่มีการปรับเงื่อนไขการจ่ายจากปีงบประมาณ 2560 ให้เริ่มการจ่ายค่าใช้จ่ายตั้งแต่ 1 เมษายน 2561 ทั้งนี้หากทุกรายการบริการที่กำหนดไว้แล้วจะดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562 จะต้องมีการประเมินว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่มีการกำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขต</p>

รายการบริการ	รายละเอียดการเปลี่ยนแปลงของแต่ละรายการ
3. บริการกรณีเฉพาะ (CR)	<p>3.1 ย้ายงบประมาณรายการบริการกรณีเฉพาะ (CR) เข้า OP-ทั่วไป/IP-ทั่วไป จำนวน 3 รายการ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) บริการล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน 2) บริการผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส (การให้ยารักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา และการให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา) 3) การรักษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยวิธีเลเซอร์ ตามยอดวงเงินงบประมาณที่ได้รับ
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	<p>4.1 สำหรับฝ่ายบริการสังกัด สป.สธ. ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ วันที่ 1 เมษายน 2560 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด (PPA) ใช้ประชากรไทย ณ 1 เมษายน 2560 เพื่อจัดแบ่งวงเงินระดับเขต</p> <p>4.2 ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด (PPA) การดำเนินงานจัดบริการให้คำนึงถึงการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District health board: DHB) และหากมีเงินเหลือให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน ให้กับหน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.</p>
5. บริการการแพทย์แผนไทย	<p>5.1 ปรับเงื่อนไขการจ่าย ให้จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • ไม่เกินร้อยละ 10 ให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพและการบริการที่เป็นต้นแบบการบริการแพทย์แผนไทยที่ครอบคลุมทุกมิติ • ไม่เกินร้อยละ 40 ตามศักยภาพการบริการแพทย์แผนไทย ยกเว้นหน่วยบริการที่เป็นต้นแบบ • ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ตามจำนวนผลงานบริการแพทย์แผนไทย ยกเว้นหน่วยบริการที่เป็นต้นแบบ
6. การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	<p>6.1 บูรณาการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ที่อยู่ในรายการต่างๆ [OP-ทั่วไป 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ PPB 9 บาทต่อคนไทย รายการค่าบริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ 2 บาทต่อผู้มีสิทธิ]</p>



รายการบริการ	รายละเอียดการเปลี่ยนแปลงของแต่ละรายการ
<p>7. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม)</p>	<p>7.1 ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม) กรณีผู้ป่วยนอก และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</p> <ul style="list-style-type: none"> • กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้ข้อมูลจำนวนประชากร ณ 1 เมษายน 2560 ในการจัดสรรเงิน • กรณีหน่วยบริการสังกัดนอก สป.สธ. ใช้ข้อมูลจำนวนประชากร ณ 1 พฤศจิกายน 2560 ในการจัดสรรเงิน <p>7.2 สำหรับกรณีบริการผู้ป่วยในใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยในที่ส่งมา ระหว่าง ตุลาคม 2559- มีนาคม 2560 ในการจัดสรรเงิน</p>
	<p>7.3 สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ปรับสัดส่วนการจัดสรรเพื่อการบริการในแต่ละระดับ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • ไม่น้อยกว่า 70% จ่ายตรงให้หน่วยบริการ • ไม่เกิน 20% สำหรับการบริหารระดับจังหวัด • ไม่เกิน 10% สำหรับการบริหารระดับเขต
<p>8. บริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์</p>	<p>8.1 เพิ่มการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี</p>
<p>9. บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</p>	<p>9.1 เพิ่มสัดส่วนการจ่ายตามคุณภาพผลงานบริการ 2nd Prevention จากร้อยละ 40 เป็น 60 โดยกำหนดให้มีตัวชี้วัดเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยวิธีเลเซอร์ (Laser project for diabetic retinopathy)</p>
<p>10. บริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว</p>	<p>เพิ่มรายการบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ซึ่งมีเป้าหมายทำให้เกิดการเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้นทั้งบริการในหน่วยบริการและบริการในชุมชน ภายใต้รูปแบบที่สนับสนุนการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว</p>

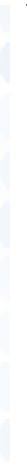
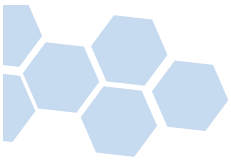
4. การดำเนินงานในปี 2561

ในการดำเนินการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในปี 2561 นั้น จะคำนึงถึงการใช้จ่าย วัคซีน เวชภัณฑ์ อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค ที่เป็นรายการเพื่อสนับสนุนการใช้ผลิตภัณฑ์ และการบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขในบัญชีนวัตกรรมไทย ตามแนวทางที่กระทรวงการคลังกำหนด

5. การกำหนดทิศทางการพัฒนาและปรับปรุงในปีงบประมาณ 2562

เพื่อให้แนวทางการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีประสิทธิภาพ จึงมีการกำหนดทิศทางการพิจารณาและปรับปรุง โดยแต่ละประเด็นจะมีการวางแผน การวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการ และผู้บริการ รวมทั้งมีการหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ ทิศทางการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารกองทุน มีดังนี้

1. การปรับปรุง DRGs สำหรับจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป
2. การปรับปรุงการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One day surgery) ต่อเนื่องจากปี 2561
3. การปรับบริการกรณีเฉพาะบางรายการเข้าระบบปกติผู้ป่วยนอกทั่วไป/ ผู้ป่วยในทั่วไป รวมทั้งการจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมฯ อาจไปรวมในค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยในทั่วไป โดยเฉพาะข้อเข้าเทียมและส่วนที่เกี่ยวข้องหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (PCI)
4. การปรับปรุงแบบการจัดหาบริการและแนวทางจ่ายงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้มีสิทธิอื่นๆ มากขึ้น
5. พัฒนารูปแบบการให้บริการในหน่วยบริการและหรือในชุมชนรูปแบบใหม่ เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในระยะหลังเฉียบพลัน (Sub-acute care)
6. ปรับสัดส่วนการจัดสรรตามคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (DM/HT) เพิ่มขึ้น โดยจะประมวลผลข้อมูลจากฐานข้อมูลบริการต่างๆ จากระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคล (OP/PP individual records)
7. ศึกษาความเป็นไปได้ของบูรณาการงบประมาณเพื่อสนับสนุนคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board: DHB) และบริการ PCC (ตามมติ ครม. เรื่องการปฏิรูประบบสาธารณสุข)
8. ศึกษาวิธีการที่เหมาะสมในการผ่าตัดต้อกระจกที่มุ่งเป้าการแก้ปัญหาตาบอดและสายตาสีบนางรุนแรงจากต้อกระจก (Blinding cataract & Severe cataract)



บทที่ 2

การบริหารระบบบริการ ทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2561

1. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไป

ก. วัตถุประสงค์

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

เงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ได้รับจำนวน 1,167.41 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.797 ล้านคน โดยในปีงบประมาณ 2561 รวมบริการล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Peritoneal dialysis and Hemodialysis for acute renal failure) บริการผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส การให้ยารักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal meningitis) การให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา (Cytomegalovirus retinitis) การรักษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยวิธีเลเซอร์ (Laser project for diabetic retinopathy) และบริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยแบ่งการบริหารจัดการเป็นประเภทบริการย่อย 3 รายการ ได้แก่

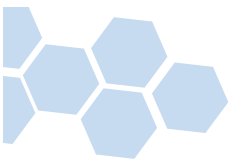
- 1) บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน 1,156.13 บาทต่อผู้มีสิทธิ
- 2) บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ
- 3) บริการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 2.28 บาทต่อผู้มีสิทธิ

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณตามหลักเกณฑ์เป็นอัตราระดับจังหวัด และมีแนวทางการจ่ายให้กับหน่วยบริการดังนี้

1.1. เกณฑ์การจ่ายสำหรับหน่วยบริการแต่ละสังกัด

1.1.1. หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2560 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ



2561 หรือกรณีที่จะมีการโอนย้ายประชากร ให้รับข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิตามที่ สปสช.เขตแจ้ง โดยให้อยู่ในกรอบของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2560

1.1.2. หน่วยบริการสังกัดอื่น (รัฐนอกสังกัดฯ/เอกชน) จัดสรรตาม Point การลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือนของปีงบประมาณ 2561

1.1.3. สำหรับหน่วยบริการในเขตพื้นที่ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร อาจปรับอัตราจ่ายได้ในระดับหน่วยบริการประจำ (CUP) ตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งกำหนดการจ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการได้ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปโดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. และให้ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

1.2. สำหรับงวดการโอนเงินของหน่วยบริการแต่ละสังกัด สามารถดูรายละเอียดในหัวข้อการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหัวข้อการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน

1.3. สำหรับบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉินในจังหวัด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างหน่วยบริการที่ให้บริการกับหน่วยบริการประจำ หรือหากจังหวัดใดมีความประสงค์ที่จะกันเงินไว้แบบบัญชีเสมือนระดับจังหวัด (Virtual account) สำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) เพื่อลดภาระในการตามจ่ายของหน่วยบริการและเป็นการกระจายความเสี่ยง (Risk Sharing) เพื่อไม่ให้หน่วยบริการได้รับผลกระทบในการตามจ่าย ให้จังหวัดหารือร่วมกับ สปสช.เขตจัดทำข้อเสนอกันเงิน Virtual account โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

2. บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ให้จ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการทั้งในสังกัดภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ดังนี้

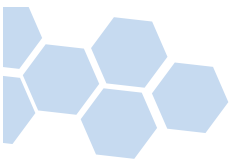
2.1. บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2560

2.2. สำหรับหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามหัวข้อการบริหารจัดการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

3. บริการตรวจคัดกรอง และตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ ให้จ่ายในลักษณะโครงการให้หน่วยบริการ ดังนี้

3.1. บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนที่อายุ 50-70 ปี ยกเว้นผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีสิทธิที่ไม่ได้อยู่ในเป้าหมาย ให้ปรับเกลี้ยค่าใช้จ่ายให้กับ Global budget ระดับเขตของเขต 1 - เขต 13 ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนที่อายุ 50-70 ปีของแต่ละเขต

3.2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. โดยรูปแบบระบบบริการหรือเงื่อนไขบริการ ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด



2. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั่วไป

ก. วัตถุประสงค์

เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เข้ารับบริการกรณีบริการผู้ป่วยในทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น

ว. วงเงินงบที่ได้รับ

เงินค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ได้รับจำนวน 1,113.93 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.797 ล้านคน โดยในปีงบประมาณ 2561 รวมบริการล้างไต/ฟอกเลือดล้างไตกรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Peritoneal dialysis and Hemodialysis for acute renal failure) และบริการผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส การให้ยารักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal meningitis) และการให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา (Cytomegalovirus retinitis)

กำหนดให้มีการบริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต (รวมทั้งผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทย์ทหารเรือและกรมแพทย์ทหารอากาศ) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตพื้นที่ของ สปสช.เขต

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต การบริหารการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไป บริหารเป็น Global budget ระดับเขต รายเดือน โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน

2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก Global budget ระดับเขต จ่ายด้วยระบบ DRGs version 5 และตามเงื่อนไขบริการและไม่เกินอัตราที่กำหนด ดังนี้

2.1. การใช้บริการนอกเขต จ่ายที่อัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW สำหรับหน่วยบริการทุกระดับโดยไม่ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการของรัฐ และสำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ที่มีที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ใกล้เคียงกับจังหวัดของพื้นที่ สปสช.เขตอื่น ให้สามารถกำหนดอัตราตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการได้ แต่อัตราจ่ายต้องไม่เกิน 9,600 บาทต่อ adjRW

2.2. การใช้บริการกรณีสำรองเตียงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช.เขตแต่ละเขต โดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน 15,000 บาทต่อ adjRW

2.3. การใช้บริการกรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้กรณีที่มีเหตุสมควร ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ซึ่งเกินศักยภาพหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่ทำการรักษาและจำเป็นต้องส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น ที่หน่วยบริการประจำหรือ สปสช.และ

ผู้มีสิทธิเห็นชอบร่วมกันในการเข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น โดยหน่วยบริการประจำหรือ สปสช.ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามอัตราที่ตกลงกับ สถานบริการอื่น หรือตามจำนวนที่จ่ายจริง และให้หน่วยบริการประจำได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายเสมือนหน่วยบริการประจำให้การรักษาเอง จาก Global budget ระดับเขต

2.4. การใช้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิวโมเนียเพื่อนำตัวออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว ทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ให้เป็นไปตามแนวทาง/เงื่อนไขบริการ/อัตราที่ สปสช.กำหนด

2.5. กรณีเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย จ่ายในอัตรา 9,000 บาท ต่อ adjRW

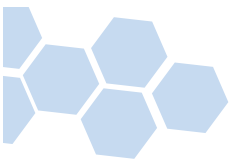
2.6. จ่ายกรณีที่กำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขต เพื่อสนับสนุน ส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการคุณภาพบริการ ตามที่ผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

2.7. การใช้บริการผู้ป่วยภายในเขต นอกเหนือจากข้อ 2.1 ถึง 2.6 จ่ายอัตราภายในเขต โดยอัตราจ่าย ขึ้นอยู่กับจำนวนเงิน Global budget ระดับเขตในแต่ละเดือนที่เหลือจากการจ่ายด้วยราคากลางที่กำหนด ในแต่ละเดือน ทารดด้วยจำนวนผลงานบริการรวมของ adjRW ภายในเขต

2.8. สำหรับหน่วยบริการภาครัฐจะมีการปรับลดค่าแรงตามที่กำหนด

3. สปสช. จะจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไปตามข้อมูลที่หน่วยบริการที่รักษาส่งข้อมูลในแต่ละเดือน โดยแบ่งการจ่ายเป็นรายเดือนจำนวน 12 งวด ดังนี้

เดือนที่ส่งข้อมูล	กำหนดวันตัดข้อมูลเพื่อประมวลผลจ่ายชดเชย	กำหนดวันโอนเงิน
ตุลาคม 2560	31 ตุลาคม 2560	30 พฤศจิกายน 2560
พฤศจิกายน 2560	30 พฤศจิกายน 2560	29 ธันวาคม 2560
ธันวาคม 2560	31 ธันวาคม 2560	31 มกราคม 2561
มกราคม 2561	31 มกราคม 2561	28 กุมภาพันธ์ 2561
กุมภาพันธ์ 2561	28 กุมภาพันธ์ 2561	30 มีนาคม 2561
มีนาคม 2561	31 มีนาคม 2561	30 เมษายน 2561
เมษายน 2561	30 เมษายน 2561	31 พฤษภาคม 2561
พฤษภาคม 2561	31 พฤษภาคม 2561	29 มิถุนายน 2561
มิถุนายน 2561	30 มิถุนายน 2561	31 กรกฎาคม 2561
กรกฎาคม 2561	31 กรกฎาคม 2561	31 สิงหาคม 2561
สิงหาคม 2561	31 สิงหาคม 2561	28 กันยายน 2561
กันยายน 2561	25 กันยายน 2561	31 ตุลาคม 2561



4. การกำกับติดตามและประเมินผลการจัดสรร

1. จะมีการติดตามตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการก่อนการจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการ (Pre-audit) ในบางบริการที่พบว่าในปีที่ผ่านมา มีการเรียกเก็บค่าบริการมีแนวโน้มไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือตามแนวทางเวชปฏิบัติ หรือคุณภาพการรักษา หรือเงื่อนไขบริการที่กำหนดในการจ่ายค่าใช้จ่าย โดย สปสช.เขต และผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

2. สปสช.เขต จัดให้มีกลไกที่หน่วยบริการทุกสังกัดมาร่วมกันกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ พัฒนาระบบการจัดบริการ และพัฒนาการให้มีต้นทุนบริการที่เหมาะสม โดยที่คำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

3. สปสช.ได้จัดทำชุดข้อมูลบริการผู้ป่วยใน เพื่อให้หน่วยบริการใช้ในการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ และพัฒนาระบบการจัดบริการภายในเขตร่วมกัน โดยหน่วยบริการสามารถ Download ชุดข้อมูลได้ที่เว็บไซต์ eclaim.nhso.go.th โดยใช้ Username และ Password ที่ใช้ Login เข้าสู่ระบบ E-claim หลังจากนั้นให้เลือกที่เมนู “ชุดข้อมูลเพื่อการกำกับในระดับเขตพื้นที่” และทำการ Download ข้อมูลต่อไป

3. การบริหารจัดการกรณีบริการกรณีเฉพาะ

ก. วัตถุประสงค์

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะภาพรวมระดับประเทศ ภายใต้หลักการ “เป็นบริการที่การจ่ายค่าใช้จ่ายในระบบปกติจะทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อผู้รับบริการ (ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ) และผู้ให้บริการ (ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง) รวมทั้งความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” โดยมีหลักเกณฑ์ 4 ข้อ ได้แก่

1. การรวมความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และหรือมีผู้ป่วยไม่มาก
2. ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central bargaining and/or central procurement)
3. ประกันการได้รับบริการบางรายการที่มีความจำเป็น เช่น บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่าย บริการที่เป็นนโยบายสำคัญ
4. การคำนึงถึงความแตกต่างของปัญหาในระดับพื้นที่

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8/2559 วันที่ 1 สิงหาคม 2559 กำหนดหลักเกณฑ์และวงเงินที่จะบริหารแบบ “บริการกรณีเฉพาะ” ไม่เกินร้อยละ 12 ของงบค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว โดยในปีงบประมาณ 2561 จัดสรรเป็นประเภทบริการกรณีเฉพาะ จำนวน 337.08 บาทต่อผู้มีสิทธิ รายละเอียดการบริหารจัดการเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561

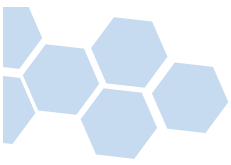
ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

ปีงบประมาณ 2561 บริการกรณีเฉพาะ จัดเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

1. กรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น
2. กรณีเพื่อเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ
3. กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ
4. กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด
5. กรณีโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

ทั้งนี้ มีกรอบแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

บทที่ 2



1. หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีป้องกันการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

1.1. การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด

1.1.1. เป็นการเข้ารับบริการด้วยอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ทั้งนี้การวินิจฉัยอาการแรกรับฉุกเฉิน ให้เป็นไปตามค่านิยามกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน

1.1.2. ในกรณีที่เป็นการเข้ารับบริการของคนพิการ ทหารผ่านศึก สามารถเข้ารับบริการตามความจำเป็นทางการแพทย์จากหน่วยบริการของรัฐ

1.1.3. วิธีการจ่ายเงิน จ่ายตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนดที่มีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปี

1.2. การใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินทุกกรณี ยกเว้นการเข้ารับบริการตามข้อบังคับฯ มาตรา 7 กรณีที่มีเหตุอันสมควร

1.3. การบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อภายในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่ สปสช.เขต 1-12 เฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHOSNET) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด ให้จ่ายแบบร่วมจ่ายกับ หน่วยบริการประจำ โดยหน่วยบริการประจำจ่ายตามจริงไม่เกินเพดานที่ สปสช.กำหนดต่อครั้งบริการ ส่วนเกินเพดานที่กำหนดจ่ายจากกองทุนกลาง และให้ สปสช.ทำหน้าที่ในการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

1.4. ค่าพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้อง ไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น เป็นการเบิกค่าใช้จ่ายค่าพาหนะในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย อันประกอบด้วย รถยนต์ เรือ และอากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์) ที่เคลื่อนย้ายหรือการส่งต่อผู้มีสิทธิจากหน่วยบริการเพื่อไปรับบริการยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่หน่วยบริการประจำในกรณีดูแลรักษาต่อเนื่องด้วย ทั้งนี้ไม่นับรวมการส่งต่อไปตรวจพิเศษระหว่างนอนพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน

1.5. กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (ยกเว้นเด็กแรกเกิด) เมื่อเข้ารับบริการครั้งแรก จนกว่าจะปรากฏสิทธิ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการบริการ โดยอัตราการจัดจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้จ่ายตามระบบ DRGs ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด และอัตราการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกให้จ่ายด้วยระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด โดย

1.5.1. กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ (ยกเว้นเด็กแรกเกิด) เป็นการเข้ารับบริการครั้งแรกจนกว่าจะปรากฏสิทธิของผู้ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ ตามมาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หน่วยบริการที่ให้บริการสามารถ

ขอรับค่าใช้จ่ายได้ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย ทั้งนี้หน่วยบริการต้องดำเนินการลงทะเบียนให้เป็นผู้มีสิทธิให้เสร็จสิ้น

1.5.2. กรณีศูนย์ประสานการส่งต่อ (สำรองเตียง) สำหรับสิทธิว่าง เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่สถานบริการสำรองเตียงที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยสิทธิว่าง ซึ่งหน่วยบริการในระบบไม่สามารถให้บริการได้ เช่น ผ่าตัดสมอง การใช้เครื่องช่วยหายใจ เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม เป็นต้น

1.6. บริการกรณีผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม ประกอบด้วยกรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือนมาใช้บริการทางการแพทย์ และกรณีส่งเงินสมทบไม่ครบ 5 เดือนมาใช้บริการคลอด

1.6.1. กรณีผู้ป่วยนอก จ่ายตามระบบ Point system ของราคาเรียกเก็บหรือราคาที่กำหนด ที่มีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปี

1.6.2. กรณีผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด

1.7. บริการกรณีผู้ป่วยในที่ได้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนลงทะเบียนสิทธิ เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เสียชีวิตก่อนลงทะเบียนสิทธิ จ่ายค่าชดเชยตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ด้วยอัตราจ่ายต่อ adjRW ตามเงื่อนไขบริการที่กำหนด

2. หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

2.1. โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track)

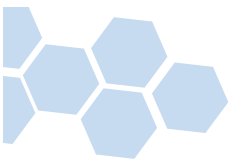
2.1.1. วัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพ และลดอัตราการเสียชีวิต และเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพ

2.1.2. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่าย

1) คุณสมบัติหน่วยบริการที่จะได้รับค่าชดเชย เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่แสดงความจำนงพร้อมประเมินศักยภาพหน่วยบริการ (Self Assessment) เพื่อเข้าร่วมเครือข่ายบริการให้ยาละลายลิ่มเลือดในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันอย่างเร่งด่วน หรือเครือข่ายบริการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด โดยส่งไปที่ สปสช.เขต และผ่านการพิจารณาจาก สปสช.ส่วนกลาง

2) การจ่ายสำหรับบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) เป็นการชดเชยค่าใช้จ่ายเพิ่มจากระบบ DRGs ปกติ ให้กับหน่วยบริการเป็นค่ายาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) โดย





ต้องทำเอ็กซเรย์สมอง ทั้งก่อนและหลังการฉีดยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) และ/หรือมีการทำกายภาพบำบัด และ/หรือให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สำหรับแพทย์ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2555 ในอัตราเหมาจ่ายรายละ 49,000 บาท (สี่หมื่นเก้าพันบาทถ้วน) โดยวิธีการเบิกจ่าย เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561

3) การจ่ายสำหรับบริการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST - elevated myocardial infarction fast track) โดยการชดเชยค่าใช้จ่ายเพิ่มจากระบบ DRGs ปกติ ให้กับหน่วยบริการเป็นค่ายาละลายลิ่มเลือดที่ให้การรักษิตตามแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ปี 2557 ดังนี้

3.1) ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase รวมค่าฉีดยา เหมาจ่ายรายละ 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

3.2) ค่ายาละลายลิ่มเลือด Recombinant-tissue Plasminogen Activator (rt-PA) รวมค่าฉีดยา เหมาจ่ายรายละ 49,000 บาท (สี่หมื่นเก้าพันบาทถ้วน)

2.2. การบริการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นการให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561 แบ่งเป็น 11 กลุ่มโรค 20 โปรโตคอล (จากเดิม 8 กลุ่มโรค 11 โปรโตคอล)

2.2.1. วัตถุประสงค์ ให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้าถึงบริการรักษาตามมาตรฐานและมีคุณภาพและส่งเสริมสนับสนุนการบริหารจัดการเครือข่ายบริการดูแลรักษาและระบบส่งต่อระดับเขต ให้มีประสิทธิภาพ

2.2.2. แนวทาง เจ็อนไซ และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1) หน่วยบริการที่สามารถขอรับค่าใช้จ่ายต้องเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตามที่ สปสช. กำหนด ได้แก่

1.1) บริการโรคมะเร็งโลหิตวิทยา ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านโรคมะเร็งโลหิตวิทยา

1.2) หน่วยบริการรังสีรักษา ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษา

1.3) หน่วยที่ให้บริการเคมีบำบัดต้องผ่านเกณฑ์ศักยภาพตามที่ สปสช. กำหนด

2) หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย จำแนกเป็นการจ่ายชดเชยกรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลที่กำหนด การจ่ายชดเชยกรณีไม่ได้รักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลที่กำหนด และจ่ายชดเชยกรณีรักษาโรคมะเร็งที่ยังไม่มีโปรโตคอล รายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561

2.3. การบริการรักษาผ่าตัดต่อกระดูก เป็นบริการผ่าตัดต่อกระดูกแก่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.3.1. วัตถุประสงค์

- 1) เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจกของผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) และชนิดสายตาลีอนรางวัลระดับรุนแรง (Severe low vision) ในผู้ป่วยโรคต้อกระจกสูงอายุ (Senile cataract)
- 2) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต้อกระจกที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ที่สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติการผ่าตัดต้อกระจกของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย
- 3) ส่งเสริมและสนับสนุนการตรวจคัดกรองสายตาผู้ป่วย เพื่อจัดลำดับความสำคัญตามความจำเป็นและเหมาะสม
- 4) ส่งเสริมการจัดระบบบริหารจัดการผ่าตัดต้อกระจกในระดับเขต โดยมีกลไกการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

2.3.2. แนวทาง เจ็อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ย

- 1) กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile cataract) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมุ่งเน้นในผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด และชนิดสายตาลีอนรางวัลระดับรุนแรง และผู้ป่วยที่มีความจำเป็นด้วยปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

2) เป้าหมายการบริการผ่าตัดต้อกระจกในผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 120,000 ดวงตา โดยมีแนวทางการจัดสรร ดังนี้

2.1) จัดสรรจำนวนเป้าหมายให้ สปสช.เขต โดยใช้หลักเกณฑ์อ้างอิงตามอัตราความชุก (Prevalence rate) ต่อประชากรผู้สูงอายุและผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 3 ปี ย้อนหลัง ต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง และขึ้นทะเบียนในระบบ Vision2020thailand ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข

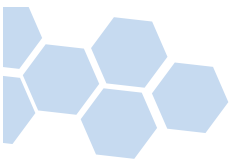
2.2) กั้นเป้าหมายไว้ที่ส่วนกลางจำนวนหนึ่งเพื่อจัดสรรเพิ่มกลางปี โดยพิจารณาจากผลการดำเนินงานและการเข้าถึงบริการ 2 ไตรมาส ปีงบประมาณ 2561 โดยมีคณะกรรมการหรือคณะทำงานร่วมจากทุกภาคส่วนในส่วนกลางพิจารณา

2.3) สปสช.เขต จัดสรรเป้าหมายการผ่าตัดที่ได้รับให้แก่หน่วยบริการในพื้นที่ โดยมีกลไกระดับเขต ร่วมกำหนดหลักเกณฑ์/เงื่อนไขการจัดสรรและจัดสรรเป้าหมาย โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ทั้งนี้ สามารถปรับเปลี่ยนเป้าหมายในระหว่างปีได้ตามความเหมาะสมภายใต้เป้าหมายที่เขตได้รับการจัดสรร

2.4) กรณีเขตพื้นที่ ที่มีความจำเป็นต้องจัดบริการผ่าตัดต้อกระจกมากกว่าจำนวนเป้าหมายที่กำหนด ใหุุ้ทธธณ์ขออนุมัติเพิ่มเป้าหมายส่วนที่เกิน ภายใต้การพิจารณาของกลไกระดับเขต โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. มายัง สปสช.ส่วนกลาง ภายในเดือนเมษายน 2561

3) หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ย

3.1) จ่ายค่าใช้จ่ยในการผ่าตัดต้อกระจกและค่าเลนส์แก้วตาเทียม ให้กับหน่วยบริการเฉพาะการบริการผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกสูงอายุ (Senile cataract) เท่านั้น



ผู้ป่วยโรคต่อกระจกอื่นๆ หรือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมด้วยสาเหตุอื่น ให้สามารถรับชดเชยค่าบริการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในระบบ DRGs ปกติ

3.2) ค่าชดเชยค่าบริการครอบคลุมถึงค่าผ่าตัดต่อกระจก ค่าตรวจประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่ายาและ ค่าตรวจชั้นสุตรที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต่อกระจกโดยตรง ค่าตอบแทนภาระงาน ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการผ่าตัดต่อกระจก และค่าใช้จ่ายในการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในช่วงระยะเวลาการติดตามผลการรักษา (1, 7, 30 วัน ในกรณีปกติ และ 90 วัน ในกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน)

3.3) อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการผ่าตัด

3.3.1) การผ่าตัดต่อกระจกในรายกรณีปกติ ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตามรหัส DRGs และ ICD 9, ICD 10 ที่ สปสช.กำหนด ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/200 จ่ายชดเชยค่าบริการ ในอัตราข้างละ 7,000 บาท

3.3.2) การผ่าตัดต่อกระจกกรณีมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด (Complication) ตามรหัส DRGs และ ICD 9, ICD 10 ที่ สปสช.กำหนด จ่ายชดเชยค่าบริการ ในอัตราข้างละ 9,000 บาท

3.3.3) การผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยที่มีระดับสายตา (VA) 20/200 ถึง 20/100 ที่มีความจำเป็นต้องรับการผ่าตัด จ่ายชดเชยค่าบริการในอัตราข้างละ 5,000 บาท

3.3.4) ทั้งนี้ ในกลุ่มที่มีระดับสายตา (VA) ดีกว่า 20/100 ให้พิจารณาผ่าตัดตามความจำเป็นที่เกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพของสายตา การดำรงชีพหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจ่ายชดเชยค่าบริการในอัตราข้างละ 5,000 บาท

3.4) อัตราการจ่ายชดเชยค่าเลนส์แก้วตาเทียม สปสช.จะชดเชยค่าเลนส์ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด เฉพาะเลนส์ตามบัญชีที่คณะกรรมการพิจารณาและคัดเลือกเลนส์แก้วตาเทียมเห็นชอบ และ สปสช.ประกาศเท่านั้น โดยกำหนดอัตราการจ่ายชดเชยค่าเลนส์ ดังนี้

3.4.1) กรณีเลนส์แข็งพับไม่ได้ จ่ายชดเชยค่าบริการในอัตรา 700 บาทต่อเลนส์

3.4.2) กรณีเลนส์พับได้ จ่ายชดเชยค่าบริการในอัตรา 2,800 บาทต่อเลนส์

3.4.3) ทั้งนี้ จะจ่ายชดเชยเมื่อหน่วยบริการได้ผ่าตัดต่อกระจกเสร็จสิ้น และเก็บหลักฐานข้อมูล Serial number ของเลนส์ไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วยสำหรับการตรวจสอบข้อมูลกับเลนส์ที่ สปสช.กำหนด

4) แนวทางการให้บริการผ่าตัดต่อกระจก

4.1) หน่วยบริการที่จะให้บริการหรือจัดให้มีบริการผ่าตัดต่อกระจก แก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีคุณสมบัติและศักยภาพการให้บริการตามที่ สปสช.กำหนด (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

4.2) หน่วยบริการต้องแจ้งความประสงค์และประเมินศักยภาพพร้อมแบบหลักฐานตามที่กำหนดส่งไปยัง สปสช.เขต ก่อนเริ่มปีงบประมาณใหม่ หรือก่อนให้บริการผ่าตัดต่อกระดูกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ สปสช.จะประกาศรายชื่อหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติและศักยภาพการผ่าตัดต่อกระดูกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561

4.3) หน่วยบริการที่ได้รับการประกาศรายชื่อตามข้อ 4.2) ให้บริการตามประกาศแนวทางการให้บริการผ่าตัดต่อกระดูกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 เป็นต้นไป

4.4) สำหรับกรณีการให้บริการผู้ป่วยที่ผ่านการตรวจคัดกรองสายตาดำเนินการในพื้นที่ยัง ให้หน่วยบริการที่ดำเนินการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่ได้รับการประกาศรายชื่อตามข้อ 4.2) เพื่อเข้ารับการผ่าตัดตามความจำเป็นและความเร่งด่วน

5) แนวทางพัฒนาระบบบริการผ่าตัดต่อกระดูก

5.1) ส่งเสริมและสนับสนุนกลไกการพัฒนากระบวนบริการด้านจักษุในระดับเขต โดยมีกลไกคณะทำงานที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการบริการผ่าตัดต่อกระดูกที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่

5.2) ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการด้านจักษุในระดับเขต เพื่อให้เกิดระบบบริการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสายตา รวมถึงการส่งต่อเข้ารับการรักษา

5.3) สนับสนุนการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยต่อกระดูกชนิดบอด และชนิดสายตาเลือนรางระดับรุนแรง ควบคู่ไปกับการค้นหาและคัดกรองภาวะผิดปกติทางสายตาอื่นๆ โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างเครือข่ายหน่วยบริการและคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น/พื้นที่

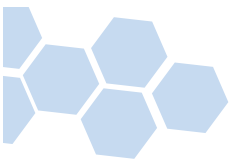
5.4) สนับสนุนการบูรณาการงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อส่งเสริมการดำเนินการคัดกรองภาวะผิดปกติทางสายตาในผู้สูงอายุ หรือสนับสนุนงบประมาณตามผลลัพธ์การให้บริการผ่าตัดต่อกระดูกชนิดบอดในผู้สูงอายุ ตามความจำเป็นในแต่ละเขตพื้นที่

2.4. บริการทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่
สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อรักษาปากแหว่ง/เพดานโหว่และต้องได้รับการฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องในการแก้ไขด้านทันตกรรมจัดฟัน และแก้ไขการพูด โดยจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่แจ้งความประสงค์เข้าร่วมให้บริการและบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายมาในโปรแกรมที่กำหนดซึ่งครอบคลุมค่าบริการทันตกรรมจัดฟันและอุปกรณ์ในบริการทันตกรรมจัดฟัน และค่าอรรถบำบัด/แก้ไขการพูด โดยมีอัตราการจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการ ดังนี้

2.4.1. การฟื้นฟูด้านทันตกรรมจัดฟัน จ่าย 48,000 บาทต่อราย (ตลอดชีวิต)

2.4.2. การแก้ไขการพูดและการได้ยิน จ่าย 3,850 บาทต่อรายต่อปี

ทั้งนี้ รายละเอียดการบริหารจัดการเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561



3. หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

3.1. รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instruments) เป็นการจ่ายเพิ่มเติมตามระบบ Point system with ceiling สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน ที่หน่วยบริการใช้ตามข้อบ่งชี้ที่ สปสช.กำหนดหรือพิจารณาเป็นกรณี หรือขอทำความตกลงกับ สปสช. เป็นการเฉพาะตามความจำเป็น จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ดังนี้

3.1.1. จ่ายตามราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณีและไม่เกินเพดานราคาขดเชยของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคตามที่ สปสช. ประกาศกำหนด ซึ่งเป็นราคาขดเชยที่กำหนดภายใต้เงื่อนไขเกณฑ์คุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นๆ

3.1.2. แนวทางการรับอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หน่วยบริการได้รับจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ได้รับเป็นค่าขดเชยอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามอัตราจ่ายที่ สปสช. กำหนด

3.1.3 การจ่ายสำหรับการบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และ Instruments) มีแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

1) หน่วยบริการที่จะได้รับค่าขดเชย ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559 (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

2) การจ่ายขดเชยค่าบริการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด จะจ่ายจากค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปตาม DRGs

3) รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instrument) จ่ายเพิ่มเติมตามระบบ Point system with ceiling สำหรับบริการผู้ป่วยใน ที่หน่วยบริการใช้ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559

4) ให้มีกลไกคณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการ การตรวจประเมินหน่วยบริการเพื่อขึ้นทะเบียน และการพัฒนาแนวทางการจ่ายขดเชยในส่วนกลาง และการกำหนดเครือข่ายบริการในระดับเขตเพื่อการส่งต่อและส่งกลับ

5) ไม่มีการค้าค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกที่ไม่ได้ลงทะเบียนกับหน่วยบริการ PCI

3.1.4. การจ่ายสำหรับบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ทั้งค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป และ Instruments) ให้จ่ายเฉพาะหน่วยบริการที่แจ้งความประสงค์ให้บริการและได้ประกาศเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อที่มีศักยภาพการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีข้อบ่งชี้ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559 ขั้นตอนการดำเนินงานฯ และแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

2) เป้าหมายการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม ปีงบประมาณ 2561 ระดับประเทศ จำนวน 12,000 ข้อ จัดสรรเป้าหมายระดับเขตตามอัตราความชุกของผู้ป่วย ข้อเข่าเสื่อมที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด (Demand) ต่อศักยภาพการให้บริการผ่าตัดข้อเข่าเทียมเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2558-2560) (Supply) และปรับเกลี่ยเป้าหมายในต้นไตรมาส 3 และให้ สปสช.เขตทุกเขตสร้างกลไกให้หน่วยบริการทุกสังกัดร่วมกันวางแผนการให้บริการอยู่ในเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งกำกับ ติดตาม ตรวจสอบการให้บริการ และพัฒนาคุณภาพการบริการ และสนับสนุนระบบการคัดกรองเพื่อวางแผนการให้บริการ

3) หน่วยบริการที่จะได้รับค่าชดเชย ต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีคุณสมบัติศักยภาพการให้บริการตามที่ สปสช. กำหนดในประกาศแนวทางการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2559 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม โดยแสดงความประสงค์และประเมินศักยภาพของหน่วยบริการ (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ) พร้อมแนบหลักฐานตามที่กำหนดแจ้งไปยัง สปสช. เขต ก่อนให้บริการ เพื่อ สปสช. จะได้ประกาศรายชื่อหน่วยบริการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561

4) เป็นการให้บริการภายในเขตเป็นหลัก และหากจำเป็นต้องส่งต่อข้ามเขตหรือจัดหาหน่วยบริการนอกเขตตามดำเนินการ ให้เป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง สปสช.เขตและหน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

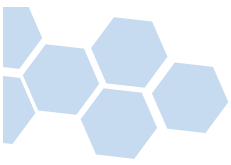
5) หน่วยบริการต้องขออนุมัติก่อนผ่าตัดตามที่กำหนด (Pre Authorized) ต่อคณะทำงานบริหารจัดการบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมระดับเขต ในกรณีดังต่อไปนี้

5.1) การให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty: TKA) ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิหรือข้อเข่าเสื่อมไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Unspecified Knee OA)

5.2) กรณีเกินเป้าหมายที่หน่วยบริการ ได้รับการจัดสรร โดยมีขั้นตอนการขออนุมัติและแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

6) การจ่ายชดเชยค่าบริการผ่าตัดข้อเข่าเทียม จะจ่ายจากค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปตาม DRGs

7) ค่าอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมและอุปกรณ์อื่น



7.1) ยกเลิกการสนับสนุนเป็นอุปกรณ์ข้อเข่าเทียม ตามระบบ VMI (Vender Management Inventory) โดยจ่ายชดเชยเป็นเงินไม่เกินเพดานชดเชยของรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดโรคตามที่ สปสช. ประกาศ กำหนด โดยอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมที่ใช้ต้องได้รับการรับรองประกอบ การนำเข้าเครื่องมือแพทย์ และผู้จัดจำหน่ายได้จดทะเบียนสถานประกอบการผลิตหรือนำเข้าเครื่องมือแพทย์ จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข

7.2) หน่วยบริการบันทึกข้อมูลอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมและอุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ในระบบ E-Claim และให้มีการจัดเก็บหลักฐานการใช้อุปกรณ์ข้อเข่าเทียม (สติกเกอร์) ในเวชระเบียน โดยในปี 2561 มีการปรับแยกรหัสเบิกชดเชยค่าอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมสำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty: TKA) และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วน (Unicompartmental Knee Arthroplasty: UKA) ดังนี้

การผ่าตัด	อุปกรณ์ที่ใช้	รหัสอุปกรณ์
การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty: TKA)	- ข้อเข่าเทียมชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้	7004A
	- ข้อเข่าเทียมชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้	7005A
การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วน (Unicompartmental Knee Arthroplast: UKA)	- ข้อเข่าเทียมชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้	7004B
	- ข้อเข่าเทียมชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้	7005B

3.2. การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric oxygen therapy)

เป็นการจ่ายสำหรับการรักษาเฉพาะโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression sickness) ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยจ่ายตามจริงตามที่คำนวณได้แต่ไม่เกินชั่วโมงละ 12,000 บาท ทั้งนี้รายละเอียดการบริหารจัดการเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561

3.3. การจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

3.3.1. กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ป่วยโรคกระจกตาสีหิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการบริจาคดวงตาเพื่อใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ณ หน่วยบริการในเครือข่ายของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย จำนวน 591 ดวงตา

3.3.2. การจัดการจัดหาดวงตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา เป็นการจัดหาและบริการดวงตาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้การบริหารจัดการของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย สปสช.จ่ายชดเชยค่าบริการในอัตราดวงตาละ 15,000 บาท ให้หน่วยบริการที่ดำเนินการผ่าตัด และหน่วยบริการจ่ายต่อให้กับศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

3.3.3. สำหรับค่าบริการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาที่ดำเนินการโดยหน่วยบริการที่เข้าร่วมในเครือข่ายบริการดวงตา ร่วมกับศูนย์ดวงตา สภาจักษุแพทย์ไทย กำหนดให้เบิกจ่ายชดเชยค่าบริการผ่าตัดจาก สปสช. ในระบบ DRGs โดยการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ E-Claim (รายละเอียดตามคู่มือแนวปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561)

3.4. การผ่าตัดปลูกถ่าย/เปลี่ยนอวัยวะ

สำหรับแนวทางการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การปลูกถ่ายตับในเด็ก และเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการฯ เป็นไปตามประกาศฯ พ.ศ. 2559 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม (รายละเอียดตามรวบรวมกฎระเบียบข้อบังคับฯ)

3.4.1. ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart Transplantation)

1) หน่วยบริการที่จะให้บริการ ต้องแสดงความจำนงเข้าร่วมบริการโดยต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์และผ่านการรับรองของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย สปสช. จึงจะดำเนินการขึ้นทะเบียนโดยจะมีการประเมินความพร้อมในการให้บริการทุกปีตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด โดยมีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนและแสดงความจำนง คือ

- | | |
|--------------------------|---------------|
| 1.1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ | กรุงเทพมหานคร |
| 1.2) โรงพยาบาลศิริราช | กรุงเทพมหานคร |
| 1.3) โรงพยาบาลราชวิถี | กรุงเทพมหานคร |
| 1.4) โรงพยาบาลรามาธิบดี | กรุงเทพมหานคร |

2) ผู้มีสิทธิ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งสิทธิว่าง และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ส่วนผู้บริจาค (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้

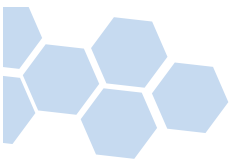
3) การลงทะเบียนผู้ป่วยให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการลงทะเบียนส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ป่วยตามที่ สปสช. กำหนดเพื่อขอรับการพิจารณา และลงทะเบียน ทั้งนี้หน่วยบริการจะต้องตรวจสอบสิทธิก่อนการให้บริการทุกครั้งว่า ณ วันที่ผู้ป่วยรับบริการเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4) การจัดสรรอวัยวะ (Organ Allocation) ให้เป็นไปตามประกาศของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย เรื่อง เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

5) แนวทางการผ่าตัด และการใช้ยากดภูมิคุ้มกันให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

3.4.2. การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (Pediatric Liver Transplantation) เป็นวิธีการรักษาที่จำเป็น โดยการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (อายุไม่เกิน 18 ปี) สำหรับผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคท่อน้ำดีตีตันแต่กำเนิด และโรคอื่นๆ ที่ทำให้เกิดภาวะตับวาย โดยการปลูกถ่ายทั้งจากผู้บริจาคที่ยังมีชีวิต และจากผู้เสียชีวิต

1) หน่วยบริการที่จะให้บริการ ต้องแสดงความจำนงเข้าร่วมบริการโดยต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์และผ่านการรับรองของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะ



แห่งประเทศไทย สปสช.จึงจะดำเนินการขึ้นทะเบียนโดยจะมีการประเมินความพร้อมในการให้บริการทุกปีตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด โดยมีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนและแสดงความจำนง คือ

- | | |
|----------------------------------|---------------|
| 1.1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ | กรุงเทพมหานคร |
| 1.2) โรงพยาบาลศิริราช | กรุงเทพมหานคร |
| 1.3) โรงพยาบาลราชวิถี | กรุงเทพมหานคร |
| 1.4) โรงพยาบาลรามธิบดี | กรุงเทพมหานคร |
| 1.5) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ | ขอนแก่น |
| 1.6) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ | เชียงใหม่ |

2) ผู้มีสิทธิ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งสิทธิว่าง และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ส่วนผู้บริจาค (Donor) อาจเป็นผู้มีสิทธิอื่นได้

3) การลงทะเบียนผู้ป่วยให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการลงทะเบียนส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ป่วยตามที่ สปสช.กำหนดเพื่อขอรับการพิจารณา และลงทะเบียน ทั้งนี้หน่วยบริการจะต้องตรวจสอบสิทธิก่อนการให้บริการทุกครั้งว่า ณ วันที่ผู้ป่วยรับบริการเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4) การจัดสรรอวัยวะ (Organ Allocation) ให้เป็นไปตามประกาศของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย เรื่อง เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ

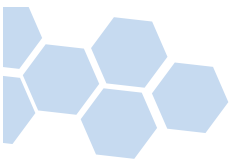
5) แนวทางการผ่าตัด และการใช้ยากดภูมิคุ้มกันให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

3.4.3. การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการปลูกถ่ายต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic Stem Cell Transplantation: HSCT) โดยในปีงบประมาณ 2561 มีเป้าหมายจำนวน 62 ราย

1) ขอบเขตบริการ ผู้ป่วยสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขบริการ ตามที่ สปสช.กำหนด ดังนี้

ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acute myeloid leukemia in remission 2. Acute lymphoblastic leukemia (ALL) ในระยะ <ol style="list-style-type: none"> 2.1. First Complete remission (CR): Philadelphia chromosome, T cell ที่มีเม็ดเลือดขาวแรกเริ่มมากกว่า 100,000/ไมโครลิตร, Hypodiploidy chromosome, Induction failure, Infant ALL with age less than 6 months or initial white count more than 300,000/cumm to Intermediate and High Risk Infant ALL 2.2. Second Complete remission 3. Lymphoma <ol style="list-style-type: none"> 3.1. First Complete remission (CR) Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL) ชนิด High risk ที่เป็น Stage 3 หรือ 4 NHL Burkitt lymphoma, Stage 3 หรือ 4 DLBCL, Stage 3 หรือ 4 T cell ALCL (ALK -), Advanced stage PTCL (NOS) 3.2. Hodgkin's disease (HD) ชนิด high risk; Bulky disease และ stage 4 3.3. Relapse ทั้ง NHL และ HD ที่เป็น Chemosensitive disease 4. Chronic myeloid leukemia ในทุกระยะ 5. Myelodysplastic syndrome ไชกระดูกผิดปกติระยะก่อนเป็นมะเร็ง 6. Non malignant diseases <ol style="list-style-type: none"> 6.1. Inborn error of metabolisms ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 6.1.1. Lysosomal storage diseases ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> • Gaucher disease • Mucopolysaccharidosis ได้แก่ Type I (Hurler), Type II (Hunter), Type VII (Sly) 6.1.2. X-linked adrenoleukodystrophy 6.1.3. Osteopetrosis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute leukemia) ในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission) 2. มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเรื้อรัง (Chronic myeloid leukemia: CML) <ol style="list-style-type: none"> 2.1. ระยะ Chronic phase ที่ไม่สามารถเข้าถึงยาหรือไม่ตอบสนองต่อยา tyrosine kinase inhibitor หรือ 2.2. ระยะ Accelerated phase หรือ Blast crisis ที่เข้าสู่ระยะ Chronic phase หรือได้ Complete remission 3. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) <ol style="list-style-type: none"> 3.1. ในรายที่กลับเป็นอีก (relapse) หรือไม่ตอบสนอง (Refractory) ต่อการให้ยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานขั้นต้น (First line chemotherapy) ** ในรายที่มีความเสี่ยงสูง (ผู้ป่วย B-cell aggressive lymphoma ที่ High risk, High-intermediate risk international prognostic index (IPI), T-cell lymphoma หรือ Mantle cell lymphoma) ** <p>** หมายเหตุ: ข้อ 3.1 และ 3.2 ควรทำในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์ (Complete remission) หรือระยะที่โรคเข้าสู่ระยะสงบ (Partial remission)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. มะเร็ง Multiple myeloma 5. ไชกระดูกผิดปกติชนิด Myelodysplastic syndrome ในระยะที่มีบลาสเซลล์มาก หรือ Chronic myelomonocytic leukemia 6. ไชกระดูกผิดปกติชนิดเป็นพังผืด (Myelofibrosis)





ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยผู้ใหญ่
6.2. Primary immune deficiencies ได้แก่ Severe combined immunodeficiency (SCID), Hyper IgM syndrome, Wiskott-Aldrich syndrome, Chronic granulomatous disease 6.3. Severe aplastic anemia	7. ไช้กระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (Severe aplastic anemia) หรือไช้กระดูกฝ่อชนิดที่เป็นร่วมกับภาวะ Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (Hypoplastic PNH)

2) หน่วยบริการที่จะให้บริการต้องแจ้งความจำนงและผ่านการตรวจประเมินตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินฯ (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

3) หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

3.1) จ่ายชดเชยแบบเหมาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ รายละเอียด 800,000 บาท (ครอบคลุมระยะ Pre-transplant, Transplant และ Post-transplant) โดยจะจ่ายเป็น 2 งวด

3.2) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการดังกล่าวประกอบไปด้วย ค่า HLA matching ค่าทำการปลูกถ่ายไขกระดูก ค่ายากดภูมิคุ้มกัน เคมีบำบัด รังสีรักษา ค่ายารักษาโรคติดเชื้อ/อาการแทรกซ้อนในระหว่างการดูแลผู้ป่วย รวมถึงค่าติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 ปี นับตั้งแต่มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (ทั้งนี้หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บเงินเพิ่มเติมจากผู้ป่วยได้อีก)

4. หลักเกณฑ์การจ่าย กรณีที่จำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

4.1. ค่าบริการสารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment)

4.1.1. สำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นผู้ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่นที่สมัครใจเข้าถึงบริการให้สารเมทาโดนระยะยาว ตามมาตรฐานการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวของกระทรวงสาธารณสุข

4.1.2. การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นค่าสารเมทาโดนโดยจ่ายตามจริงตามที่คำนวณได้ไม่เกิน ครั้งละ 35 บาท ดังนี้

1) จ่ายให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ หน่วยบริการประจำ หรือ หน่วยบริการร่วมให้บริการ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และผ่านเกณฑ์การให้บริการใช้สารเมทาโดนระยะยาว ที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2) หน่วยบริการส่งข้อมูลในระบบ E-Claim ตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด และสามารถติดตาม ตรวจสอบ อุทธรณ์ แก้ไขข้อมูลผลงานการให้บริการตามเงื่อนไข ระยะเวลา

4.2. ยาที่เป็นและยาที่มีปัญหาการเข้าถึง

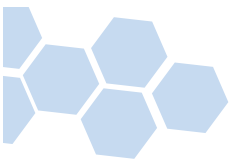
ได้แก่ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2) ยา Clopidogrel และยาที่มีปัญหาการเข้าถึงรวมยากำพร้า โดยในปีงบประมาณ 2561 อาจเป็นการสนับสนุนในรูปแบบของรายการต่างๆ หรือจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายาและหรือค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยเพื่อใช้นั้นๆ

แนวทางการรับยาและเวชภัณฑ์ กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หน่วยบริการได้รับจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ได้รับเป็นค่าชดเชยค่ายาและเวชภัณฑ์ ตามอัตราจ่ายที่ สปสข. กำหนด

4.2.1. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2)

1) ยาบัญชี จ (2) ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2560 สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีจำนวน 19 รายการ ได้แก่

ยาบัญชี จ (2)	ข้อบ่งใช้
1) Botulinum toxin type A inj. ขนาด 100 iu/vial และ 500 iu/vial	<ul style="list-style-type: none"> - โรคคอบิดชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Cervical dystonia) - โรคใบหน้ากระตุกครึ่งซีกชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Hemifacial spasm) - โรค Spasmodic dysphonia
2) Leuprorelin inj. ขนาด 3.75 mg/syringe	<ul style="list-style-type: none"> - ภาวะ Central precocious puberty
3) Immunoglobulin G Intravenous (IVIG) ขนาด 2.5 g/vial และ 5.0 g/vial	<ul style="list-style-type: none"> - โรคควาซากิระยะเฉียบพลัน (Acute phase of Kawasaki disease) - โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (Primary immunodeficiency diseases) - โรค Idiopathic Thrombocypenic Purpura (ITP) ชนิดรุนแรง - โรค Autoimmune Hemolytic Anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอนของมาตรฐานการรักษาและมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต - โรค Guillain-Barre syndrome ที่มีอาการรุนแรง - โรค กล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต (Myasthenia Gravis, Acute Exacerbation หรือ Myasthenic Crisis) - โรค Pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน - โรค Hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) - โรค Dermatomyositis (กรณี Secondary treatment)



ยาบัญชี จ (2)	ข้อบ่งใช้
4) Docetaxel inj. ขนาด 20 mg/vial และ 80 mg/vial	- มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นหรือลุกลาม ที่มีปัญหาโรคหัวใจ - มะเร็งต่อมลูกหมากระยะแพร่กระจาย - ใช้เป็น Second-line drug สำหรับโรคมะเร็งปอด ชนิด Non-small cell ระยะลุกลาม
5) Letrozole tab ขนาด 2.5 mg	- มะเร็งเต้านมที่มี HER 2 Receptor เป็นบวก
6) Liposomal amphotericin B inj. ขนาด 50 mg/vial	- โรค Invasive fungal infections (ที่ไม่ใช่ Aspergillosis) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยา Conventional amphotericin B inj
7) Bevacizumab inj	- Age-related macular degeneration (AMD) - โรคจุดภาพชัดจอตาบวมจากเบาหวาน (Diabetic Macular Edema)
8) Voriconazole tab, inj	- โรค Invasive fungal infection จากเชื้อรา Aspergillus
9) Thyrothropin alfa inj	- Well differentiated thyroid cancer
10) Peginterferon inj. ทั้งรูปแบบ Alpha 2a และ Alpha 2b	- ภาวะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (Genotype 1, 2, 3, 6)
11) Ribavirin tab	- ใช้ร่วมกับ peginterferon ในการรักษาภาวะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (Genotype 1, 2, 3, 6)
12) Antithymocyte globulin inj. ชนิด rabbit	- ภาวะไขกระดูกฝ่อรุนแรง (Severe aplastic anemia)
13) Linezolid tab	- ภาวะการติดเชื้อ Methicillin Resistant Staphylococcus aureus (MRSA)
14) Imiglucerase inj	- Gaucher syndrome ชนิดที่ 1
15) Trastuzumab inj	- มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่มี HER2 receptor เป็นบวก โดยเป็นการรักษา เสริม (Adjuvant therapy) ร่วมกับยา Paclitaxel
16) Nilotinib	- เป็น Second-line ในผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia (CML) ที่ไม่สามารถใช้ยา Imatinib ได้
17) Dasatinib	- เป็น Third-line ในผู้ป่วย Chronic myeloid leukemia (CML) ที่ไม่สามารถใช้ยา Nilotinib ได้
18) Factor VIII	- โรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)
19) Factor IX	- โรคเลือดออกง่าย (Hemophilia)

2) ทั้งนี้ ต้องมีเงื่อนไขการส่งใช้ยาตามข้อบ่งใช้ คุณสมบัติของแพทย์ผู้ส่งใช้ยาและหน่วยบริการ ตามแนวทางการกำกับการใช้ยาในบัญชี จ (2) ของบัญชียาหลักแห่งชาติ (สามารถ Download แนวทางการกำกับการใช้ยาในบัญชี จ (2) ได้ที่ Website บัญชียาหลักแห่งชาติ <http://www.nlem.in.th>) หรือเป็นไปตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยกเว้น กรณียา Docetaxel และยา Letrozole ซึ่งเดิม สปสช.มีการกำหนดแนวทางการจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จึงกำหนดให้ หน่วยบริการที่จะขอเบิกชดเชยยา Docetaxel และ Letrozole สามารถใช้เงื่อนไขของหน่วยบริการ และเงื่อนไขคุณสมบัติแพทย์ตามข้อกำหนดของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล ได้

3) สำหรับรายการยาในบัญชี จ (2) 2 รายการ ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ได้ดำเนินการชดเชยให้กับหน่วยบริการตามระบบบริหารจัดการยาบัญชี จ (2) ได้แก่

3.1) Erythropoietin injection สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้มีสิทธิรับบริการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)

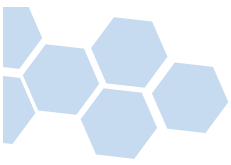
3.2) Imatinib mesilate tablet ซึ่งเป็นรายการยาที่ประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ ตามเงื่อนไขข้อเสนอการสนับสนุนยา ภายใต้โครงการ GIPAP (Glivec International Patient Assistant Program) ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ป่วยเป็นโรค GIST และ CML ที่ต้องใช้ยา Imatinib mesilate ตามเงื่อนไขการส่งใช้ยาในบัญชี จ (2) ที่มีรายได้ครัวเรือนไม่เกิน 1,700,000 บาท หน่วยบริการสามารถเบิกยาให้ผู้ป่วยจากโครงการ GIPAP สำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีคุณสมบัติเรื่องรายได้ครัวเรือนไม่ตรงตามที่ GIPAP กำหนด สามารถเบิกได้ตามหลักเกณฑ์ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

หมายเหตุ

1. กรณีที่มีการปรับเปลี่ยนรายการยาหรือเงื่อนไขและแนวทางการกำกับการส่งใช้ยาบัญชี จ (2) ในบัญชียาหลักแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะดำเนินการกำหนดสิทธิประโยชน์ และแจ้งรายละเอียดให้หน่วยบริการรับทราบเพื่อถือเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป สำหรับรายการยาบัญชี จ(2) ที่มีการปรับออกจากบัญชียาหลักแห่งชาติ ระหว่างปีงบประมาณ แต่มีผู้ป่วยที่ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับยาจนครบการรักษา (เฉพาะการส่งใช้ต่อเนื่องในผู้ป่วยรายเดิม) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นผู้รับผิดชอบจัดหาให้ผู้ป่วยจนครบการรักษาตามที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนดไว้เดิม

2. แนวทางการจ่ายชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยเพื่อใช้ยาบัญชี จ (2) บางรายการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

4) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2) ตามบัญชี



ยาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2560

5) เงื่อนไขการรับบริการ

รายการยา	หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการชดเชยยา
Botulinum toxin type A inj	ตามแนวทางกำกับการใช้ยาที่ได้ระบุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2)
Leuprorelin inj.	
Immunoglobulin G Intravenus (IVIG) inj.	
Liposomal amphotericin B inj	
Bevacizumab inj	
Voriconazole (tab, inj)	
Thyrotropin alfa inj.	
Peginterferon inj.	
Ribavirin tab	
Antithymocyte immunoglobulin, rabbit inj	
Linezolid tab	
Imiglucerase inj	
Trastuzumab inj.	
Nilotinib	
Dasatinib	
Factor VIII	ตามแนวทางการดูแลรักษาโรคเลือดออกง่าย (Hemophillia)
Factor IX	
Docetaxel inj.	ตามแนวทางกำกับการใช้ยาที่ได้ระบุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2) หรือ ตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล
Letrozole tab	
Erythropoietin inj.	ตามแนวทางการบริหารงบบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
Imatinib mesilate tab.	ตามเงื่อนไขโครงการ GIPAP

5.1) ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่าง ที่เข้ารับการรักษายาบาลในหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.2) มีผลการวินิจฉัย/การรักษา ตรงตามข้อบ่งใช้หรือเข้าเกณฑ์การสั่งใช้ยาตามเงื่อนไขที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบัน

6) คุณสมบัติของแพทย์ และหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

6.1) เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6.2) มีคุณสมบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติ และคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลการชดเชยค่ารักษาโรคมะเร็งที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

7) การเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องใช้ระบบการขอชดเชยรายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561 และอ้างอิงแนวทางการกำกับคำสั่งใช้ยาบัญชี จ(2) ของบัญชียาหลักแห่งชาติ

7.1) การเบิกยา หน่วยบริการสั่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับคำสั่งใช้ยาบัญชี จ (2) ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ต้องผ่านกระบวนการอนุมัติก่อนการสั่งใช้ยา (Pre-Authorization) โดยเป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือบุคคล/คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการมอบหมาย และหน่วยบริการต้องมีการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มกำกับคำสั่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับคำสั่งใช้ยา จ (2) ที่ บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด และเตรียมพร้อมสำหรับการตรวจสอบในภายหลัง

7.2) การเบิกยากรณีพิเศษสำหรับรายการยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ หรือตลอดชีวิต

7.2.1) สปสช.จัดระบบบริหารจัดการสำหรับการเบิกยา ค่ายาสำหรับกรณีดังกล่าวนี้ ได้แก่

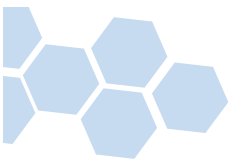
(1) ยาที่กำหนดไว้ในระบบ ได้แก่ ยา Immunoglobulin G (IVIG) สำหรับผู้ป่วยโรค Primary Immunodeficiency Disease (PID) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับยา Immunoglobulin G (IVIG) ตลอดชีวิต

(2) ยา Leuprorelin สำหรับผู้ป่วย Central precocious puberty ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาทุกเดือนต่อกันจนกว่าผู้ป่วยมีอายุครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

(3) หรือยาอื่นตามที่ สปสช.กำหนด

7.2.2) เมื่อหน่วยบริการที่รับการส่งต่อซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และมีแพทย์ที่อยู่ในเงื่อนไขตามหลักเกณฑ์ ได้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรค 2 โรคข้างต้น พิจารณาลงความเห็นว่าสามารถส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิได้ ให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อส่งตัวผู้ป่วยกลับพร้อม



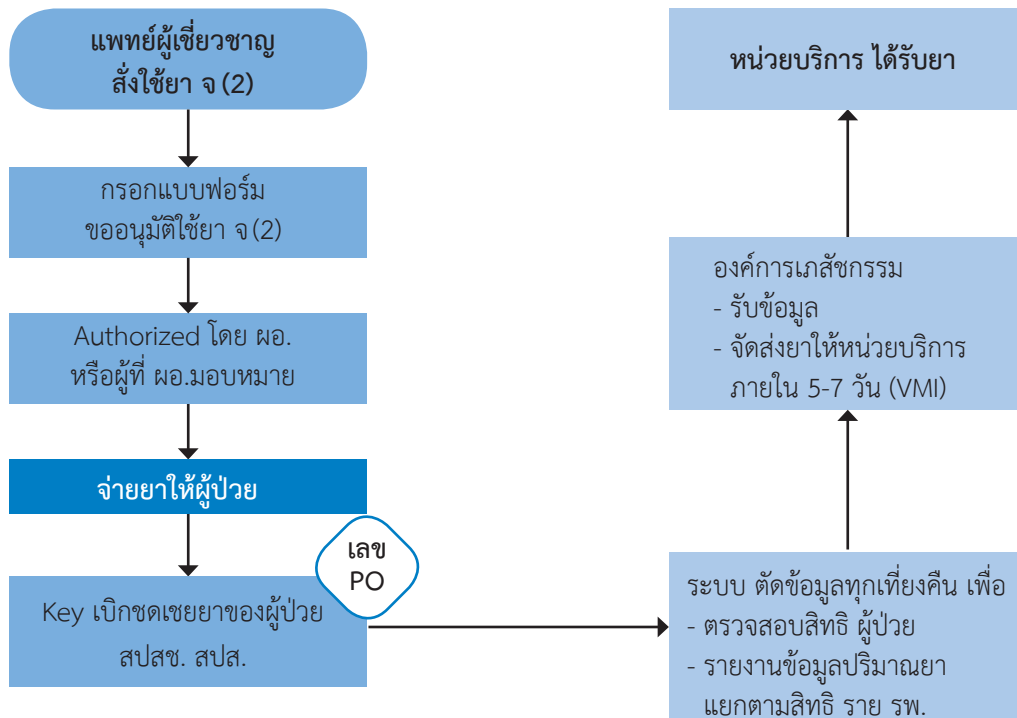


สำเนาแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาและหนังสือส่งตัวที่ระบุรายการยา ปริมาณที่ต้องใช้ ระยะเวลาใช้ยาไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิใกล้บ้าน เมื่อโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิได้รับผู้ป่วยแล้ว ให้ทำหนังสือขออนุมัติเบิกยาเป็นกรณีพิเศษ โดยกรอกแบบฟอร์มการขออนุมัติยาเป็นกรณีพิเศษ ตามเอกสารแนบ รวมทั้งสำเนาหนังสือส่งตัวกลับจากหน่วยบริการรับส่งต่อที่ระบุรายการยาข้างต้น ส่งมายัง สปสช.เขต

7.2.3) สปสช.เขต ดำเนินการตรวจสอบและแจ้งผลการอนุมัติให้โรงพยาบาลทราบ และประสานกับผู้ประสานงานของโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการให้หน่วยบริการได้รับชดเชยยาดังกล่าว อนึ่ง การส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไปรับยาเป็นกรณีพิเศษที่หน่วยบริการทุติยภูมิใกล้บ้านนี้ หน่วยบริการดำเนินการส่งแบบฟอร์มการขออนุมัติเป็นกรณีพิเศษนี้เฉพาะครั้งแรกที่ดำเนินการเบิกยาให้ผู้ป่วยแต่ละรายเท่านั้น

หมายเหตุ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สำนักงานประกันสังคม มีข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกัน เพื่อพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานของข้อมูลและการบริหารจัดการสารสนเทศในระบบบริการสุขภาพร่วมกันเพื่อลดความซ้ำซ้อนและสร้างระบบที่มีมาตรฐานเดียวกันในการบริหารจัดการอันจะนำไปสู่การมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในที่สุด จึงเป็นเหตุให้ทางสำนักงานประกันสังคมใช้ระบบการเบิกชดเชยยา บัญชี จ (2) ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกันตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556

แผนภาพแสดงแนวทางบริหารจัดการยาบัญชี จ (2) ร่วมกัน



4.2.2. ยา Clopidogrel

เป็นการสนับสนุนยา Clopidogrel ให้แก่หน่วยบริการภายใต้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนี้

1) ยาเม็ด Clopidogrel bisulfate 75 mg ซึ่งจัดหาโดยมาตรการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ

2) เงื่อนไขการรับบริการ

2.1) ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่าง ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือเป็นหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการผ่าตัดหัวใจกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.2) แพทย์ผู้ทำการรักษาสั่งจ่ายภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ คือ

2.2.1) ใช้กับผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้หรือแพ้ Aspirin

2.2.2) ให้ระยะสั้นในการสอดฝังขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือด (Stent)

2.2.3) ใช้ในกรณีที่ใช้ Aspirin แล้วยังมี Recurrent thrombotic events

2.2.4) ใช้ในกรณีพิเศษ เช่น Atrial fibrillation หรือ Antiphospholipid syndrome ซึ่งยังอาจไม่จำเป็นต้องใช้ หรือไม่สามารถใช้ Anticoagulant ได้

2.2.5) ใช้กับผู้ป่วยที่มี Multiple thrombotic risk factors ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ในระยะสั้น

3) คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ เป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ หรือเป็นหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการผ่าตัดหัวใจ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4) การเบิกยา ใช้ระบบการเบิกยา Clopidogrel bisulfate 75 mg tablet ตามรายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561

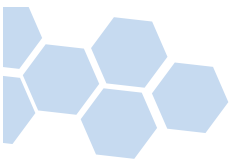
4.2.3. ยาที่มีปัญหาการเข้าถึงรวมยากำพร้า

1) ยาที่มีปัญหาการเข้าถึงรวมยากำพร้า มีจำนวน 16 รายการ คือ

หมายเหตุ

ลำดับที่	รายการยา	ข้อบ่งชี้
1	Dimercaprol inj.	ใช้รักษาพิษจากโลหะหนัก ได้แก่ Arsenic, Gold, Mercury, Lead, Copper
2	Sodium nitrite inj.	Cyanide poisoning, Hydrogen sulfide
3	Sodium thiosulfate inj.	Cyanide poisoning





ลำดับที่	รายการยา	ข้อบ่งชี้
4	Methylene blue inj.	Methemoglobinaemia, Toxic encephalopathy จากยา Ifosfamide
5	Botulinum antitoxin inj.	รักษาพิษจาก Botulinum toxin
6	Diphtheria antitoxin inj.	รักษาโรคคอตีบ จาก Diphtheria toxin
7	Succimer cap.	ภาวะพิษจากตะกั่ว
8	Calcium disodium edentate inj.	ใช้รักษาพิษจากโลหะหนัก
9	Diphenhydramine inj.	ใช้บำบัดภาวะ Dystonia เนื่องจากยา
10	เซรุ่มต้านพิษงูเห่า	แก้พิษงูเห่า
11	เซรุ่มต้านพิษงูเขียวหางไหม้	แก้พิษงูเขียวหางไหม้
12	เซรุ่มต้านพิษงูกะปะ	แก้พิษงูกะปะ
13	เซรุ่มต้านพิษงูแมวเซา	แก้พิษงูแมวเซา
14	เซรุ่มต้านพิษงูทับสมิงคลา	แก้พิษงูทับสมิงคลา
15	เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบเลือด	แก้พิษงูที่มีพิษต่อระบบเลือด
16	เซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบประสาท	แก้พิษงูที่มีพิษต่อระบบประสาท

1. เงื่อนไขการสั่งใช้ยา เป็นไปตามที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด
2. กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับเซรุ่มต้านพิษงูจาง และเซรุ่มต้านพิษงูสามเหลี่ยม ให้เบิกเซรุ่มต้านพิษงูรวมระบบประสาท (Polyvalent antivenom for neurotoxin) ทดแทน
3. คณะอนุกรรมการยากำพร้า พิจารณาตัวยา Esmolol inj. ออกจากรายการยากำพร้า เนื่องจากมีวิธีการรักษาอื่นที่ได้ผลทดแทน ในปีงบประมาณ 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงตัดรายการยาดังกล่าว ออกจากชุดสิทธิประโยชน์ อย่างไรก็ตาม หน่วยบริการยังสามารถเบิกยาเดิมที่มีอยู่ในระบบได้จนยาหมด หรือหมดอายุ ทั้งนี้หากมีผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าวหน่วยบริการสามารถประสานศูนย์พิษวิทยารามาธิบดีหรือศูนย์พิษวิทยา รพ.ศิริราช เพื่อรับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยได้

2) เงื่อนไขการรับบริการ กรณีสนับสนุนเป็นยา

- 2.1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยากำพร้าและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงตามชุดสิทธิประโยชน์ และเข้ารับบริการในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2.2) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยากำพร้าและยาที่มีปัญหาการเข้าถึงเป็นการเร่งด่วนฉุกเฉินตามประกาศประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

2.3) ทั้งนี้ในโครงการสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยคนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล โดย สปสช. จะดำเนินการหักยอดทางบัญชีกับหน่วยงานต้นสังกัด (กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม) ในภายหลัง

3) คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ

3.1) เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย สปสช. จะแจ้งรายชื่อหน่วยบริการ/หน่วยงานที่เป็นแหล่งสำรองยา พร้อมรายชื่อและช่องทางติดต่อผู้ประสานงานของ ยาแต่ละรายการให้หน่วยบริการ/หน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการทราบ และดำเนินการเชื่อมต่อข้อมูลปริมาณยา คงคลังของหน่วยบริการ/หน่วยงานที่เป็นแหล่งสำรองยาในระบบออนไลน์กับระบบ Geographic Information System (GIS) ให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการสามารถสืบค้นได้จากหน้าเว็บไซต์ของ สปสช <http://drug.nhso.go.th/Antidotes/>

3.2) เป็นหน่วยบริการเอกชนที่รับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับกำพวดและยาที่มี ปัญหาการเข้าถึงเป็นการเร่งด่วน ตามคำนิยามในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยหน่วยบริการที่ ต้องการเบิกยากรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน 3 กองทุนต้องดำเนินการแนวทางการเบิกชดเชยยากำพวดและยาจำเป็น กรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน 3 กองทุน (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

4) การเบิกยา ใช้ระบบการเบิกยากำพวดและยาต้านพิษ รายละเอียดตามคู่มือแนวทาง ปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561

4.1) จ่ายชดเชยในรูปแบบของการชดเชยเป็นตามเงื่อนไขที่สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติกำหนดให้กับหน่วยบริการที่มีการส่งไข้ยาตามแนวทางบัญชียาหลักแห่งชาติ

4.2) กรณีมีการใช้ยา Diphtheria antitoxin inj หรือ Botulinum antitoxin inj ให้หน่วยบริการดำเนินการตามแนวทางการบริการจัดการยา Diphtheria antitoxin และ Botulinum antitoxin

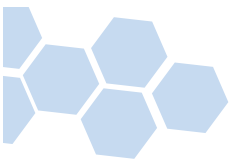
4.3) การจัดการยากำพวดและยาต้านพิษที่หมดอายุ รายละเอียดตามคู่มือแนวทาง ปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561

5. หลักเกณฑ์การจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารจัดการเฉพาะโรค เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับ

5.1. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

5.1.1. สำหรับผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้รับเลือดและหรือยาขับเหล็กตาม ความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง และได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

5.1.2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นการเหมาจ่ายเพิ่มเติม เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการ จัดบริการ ของหน่วยบริการประจำ หรือ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ที่ดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิด รุนแรง สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกกลุ่มอายุ ที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่พึ่งพาเลือด (Transfusion dependent thalassemia: TDT) หรือ มีความจำเป็นต้องได้รับเลือดเป็นการประจำ ให้ได้รับเลือดและหรือยาขับเหล็ก ตามแนวทางเวชปฏิบัติ (Deferoxamine, Deferiprone & Deferasirox) หรือการผ่าตัดหรือบริการอื่นอย่าง



เหมาะสม รวมถึงการดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีการเติบโต พัฒนาการ สมวัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามแนวทางที่คณะทำงานจัดทำแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคโลหิตจาง ธาลัสซีเมียกำหนด

5.2. การดูแลผู้ป่วยวัณโรค รายละเอียดการบริหารจัดการตามบทที่ 3 ส่วนที่ 2 งบประมาณดูแลผู้ป่วยวัณโรค

5.3. การบริการแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

5.3.1. เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการ ที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในช่วงวันที่ 1 เมษายน 2560 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2561 และ เสียชีวิตในเดือนตุลาคม 2560 – กันยายน 2561

5.3.2. ครอบคลุมผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกกลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามเกณฑ์แนวทางที่กรมการแพทย์กำหนด

5.3.3. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นการเหมาจ่ายต่อราย ตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับการดูแลที่บ้าน โดยประมวลผล จากวันที่เริ่มให้บริการที่บ้านครั้งแรก จนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต เมื่อ ตรวจสอบกับฐานทะเบียนราษฎร์ ซึ่งกำหนดอัตราจ่ายดังนี้

ระยะเวลาการดูแลที่บ้าน (วัน)	อัตราจ่าย (บาท)
น้อยกว่า 30	4,000
31- 60	5,000
61 - 90	6,000
91 – 120	7,000
121 -150	8,000
151 วันขึ้นไป	9,000

4. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ก. วัตถุประสงค์

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของแต่ละกลุ่มวัยตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ฉบับที่ 10 และ 11 และเอกสารแนบท้ายประกาศ
2. การป้องกันหรือลดทอนปัญหาสาธารณสุขหรือภาระโรคที่สำคัญของประเทศ
3. สนับสนุนความเข้มแข็งกลไกการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่

ข. งบเงินงบท่าได้รับ

ปีงบประมาณ 2561 สปสช.ได้รับจัดสรร จำนวน 415.55 บาทต่อผู้มีสิทธิ 48.797 ล้านคน หรือเท่ากับ 308.64 บาทต่อคน (จำนวนบาทต่อประชาชนไทยทุกคน) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการให้แก่ประชาชนไทยทุกคน จำนวน 65.700 ล้านคน โดยแบ่งการบริหารจัดการเป็นประเภทบริการย่อย 5 รายการ ได้แก่

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ (P&P National priority program and central procurement)
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน (P&P community)
3. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด (P&P Area based)
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)
5. บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ทั้งนี้ สปสช.สามารถปรับเกลี่ยเงินที่เหลือระหว่างประเภทบริการย่อยได้ตามจำนวนประชากรไทย หรือผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

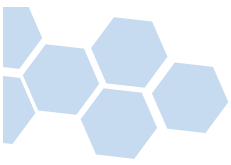
ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ

การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ จำนวน 33.69 บาทต่อคน มีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

1.1. ค่าวัคซีนป้องกันโรค เป็นการสนับสนุนในรูปแบบวัคซีน กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหา ให้หน่วยบริการได้รับจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ จะได้รับชดเชยเป็นค่าวัคซีน ตามอัตราจ่ายที่ สปสช. กำหนด โดยความครอบคลุมประเภทวัคซีนต่างๆ ได้แก่

1.1.1. วัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ (Expanded Program Immunization: EPI) เพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อต่างๆ อยู่ในระดับที่สูงพอต่อการป้องกันโรค ได้แก่ โรคฉี่หนู วัณโรค ตับอักเสบบี คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูม และ



ใช้สมองอักเสบเจอี วัคซีนที่สนับสนุนมี ดังนี้ BCG, HB, DTP-HB, OPV, IPV, JE, MMR/MR ,DTP, dT (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

1.1.2. วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV) ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย คือ เด็กนักเรียนหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และเด็กหญิงไทย อายุ 11-12 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา เช่น เด็กหญิงไทยในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือเด็กหญิงไทยที่มีความพิการทางสมอง เป็นต้น

1.1.3. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 4 เดือน ขึ้นไป ตลอดปี 2) เด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี 3) ผู้ที่มีโรคเรื้อรังทุกกลุ่มอายุ (หืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด) 4) ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และกลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติมที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2. ค่าสมุดบันทึกสุขภาพ คู่มือเฝ้าระวังประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จ่ายให้หน่วยบริการ/หน่วยงาน ที่กรมอนามัยหรือกรมสุขภาพจิตมอบหมาย ให้ดำเนินการจัดพิมพ์/จัดหา เพื่อจ่ายให้หน่วยบริการทุกสังกัด ตามจำนวนที่มีการให้บริการ

1.3. การป้องกันและควบคุมความผิดปกติแต่กำเนิด จ่ายให้หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ หรือหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ ที่มีศักยภาพตามที่ สปสช.กำหนด ดังนี้

1.3.1. การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ จ่ายค่าตรวจยืนยันชนิดของฮีโมโกลบินในหญิงตั้งครรภ์และสามีที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวก ตามจำนวนการให้บริการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (การทำหัตถการและการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ) และการยุติการตั้งครรภ์ โดยกำหนดอัตราจ่าย ดังนี้

- Hemoglobin typing รายละเอียด 270 บาท
- Alpha – thalassemia รายละเอียด 500 บาท
- Beta – thalassemia รายละเอียด 1,200 บาท
- การตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic villus sampling: CVS) หรือ การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Cordocentesis) รายละเอียด 2,500 บาท
- การยุติการตั้งครรภ์ รายละเอียด 3,000 บาท

1.3.2. การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ จ่ายค่าตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ตามจำนวนการให้บริการตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (การทำหัตถการและการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ) และการยุติการตั้งครรภ์ ในกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1) การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ ในพื้นที่ดำเนินงานโครงการนำร่องการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ 6 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน นครสวรรค์ ขอนแก่น สงขลา ยะลา

2) การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อยู่นอกพื้นที่ดำเนินงานโครงการนาร่องการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ โดยกำหนดอัตราจ่าย ดังนี้

- การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี Quadruple test (Beta-hCG, Unconjugated estriol, Alpha fetoprotein (AFP), Inhibin A) รายละเอียด 1,200 บาท
- การเจาะน้ำคร่ำ หรือการเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ รายละเอียด 2,500 บาท
- การตรวจโครโมโซมยืนยันทารกในครรภ์ รายละเอียด 2,500 บาท
- การยุติการตั้งครรภ์ รายละเอียด 3,000 บาท

3) การป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด จ่ายค่าตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด ตามจำนวนการให้บริการ โดยจ่ายสำหรับการตรวจ TSH ทางห้องปฏิบัติการ ครั้งละ 123.80 บาท ในกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

- เด็กไทยคลอดครบกำหนด น้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม อย่างน้อย 1 ครั้ง
- เด็กเกิดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 36 สัปดาห์) หรือมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมหรือทารกแฝดที่เป็น Monozygotic twin ตรวจคัดกรอง 2 ครั้ง เมื่อแรกเกิด และเมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์

1.4. การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

1.4.1. การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จ่ายเป็นค่าบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ได้แก่ บริการยาฝังคุมกำเนิด บริการห่วงอนามัย แก่หญิงไทยที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่อยู่ในภาวะหลังคลอดหรือแท้งหรือต้องการคุมกำเนิด โดยมีอัตราจ่าย ดังนี้

- กรณีบริการห่วงอนามัย จ่ายในอัตรา 800 บาทต่อราย
- กรณีบริการยาฝังคุมกำเนิด จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อราย

1.4.2. การป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย การยุติการตั้งครรภ์ตามกฎหมายหรือข้อบังคับที่แพทยสภากำหนด เป็นการสนับสนุนในรูปแบบยา Medabon ที่จัดหาโดยกรมอนามัย หรือองค์การเภสัชกรรมฯ และหรือจ่ายเป็นค่าชดเชยบริการยุติการตั้งครรภ์ จ่ายให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับบริการส่งต่อหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่สมัครใจและขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพให้บริการยุติการตั้งครรภ์กับกรมอนามัย โดยหน่วยบริการสามารถเบิกเป็นยาให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย ตามจำนวนที่ตกลง และหรือค่าชดเชยบริการยุติการตั้งครรภ์ ทุกวิธี ไม่เกินรายละเอียด 3,000 บาท

1.5. บริการตรวจยืนยันปัญหาสายตาและค่าแว่นตาสำหรับเด็ก สปสข.ร่วมกับกรมอนามัย กรมการแพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บริหารจัดการเพื่อจัดหาแว่นตาสำหรับเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มีปัญหาสายตาและแก้ไขได้ด้วยแว่นตา โดยมีขั้นตอน และเงื่อนไข การจ่ายเงิน ดังนี้





1.5.1. หน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ ร่วมกับโรงเรียน โดยครู/เจ้าหน้าที่ตรวจคัดกรองสายตาเด็กชั้นประถมปีที่ 1 และส่งต่อเด็กที่พบความผิดปกติ เพื่อตรวจยืนยัน โดยใช้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน

1.5.2. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ที่มีจักษุแพทย์ และมีศักยภาพในการตรวจยืนยันปัญหาสายตาและวัดขนาดเลนส์ (Reflection clinic) ให้บริการตรวจยืนยันสายตาเด็ก ส่งข้อมูลเลนส์เพื่อการประกอบแว่น ส่งมอบแว่นตา และติดตามการใช้แว่นตาของเด็ก โดยหน่วยบริการที่มีศักยภาพ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ สามารถรับตัวอย่างกรอบแว่นตาเด็กและรับค่าบริการได้ จากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีหรือหน่วยงานที่กรมการแพทย์มอบหมาย

1.6. สำหรับบริการเพิ่มเติมอื่น ให้สำนักงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณากำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไข โดยต้องคำนึงถึงความพร้อมของการจัดบริการ

2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน

2.1. เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน โดยเน้นการบูรณาการร่วมกับกลไกต่างๆ ในพื้นที่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) เป็นต้น เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ตามประเด็นสุขภาพ/กลุ่มเน้นหนัก เช่น เด็กปฐมวัย ผู้สูงอายุ คนพิการ และกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงและป่วยในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

2.2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

2.2.1. ปีงบประมาณ 2561 ได้รับค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน เท่ากับ 45 บาทต่อผู้มีสิทธิ โดย

1) พื้นที่ สปสช.เขต 1-12 เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดำเนินการงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่เข้าร่วมดำเนินงาน หากมีเงินเหลือให้ สปสช.จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน

2) พื้นที่ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร หากยังไม่มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ให้ สปสช.จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน แต่หากมีความประสงค์จะดำเนินการ ให้เป็นไปตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.2.2. แนวทางการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 และเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม รวมถึงประกาศ

คณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจัดบริการสาธารณสุขของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 โดยเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนหรือส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่าย ตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อนุมัติหรือที่มีประกาศเพิ่มเติม

2.3 การกำกับติดตามผลการดำเนินงาน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบันทึกข้อมูลพื้นฐาน รายงานกิจกรรม รายงานด้านการเงิน รายงานการประเมินตนเอง ผ่านระบบโปรแกรมออนไลน์ทางเว็บไซต์ <http://obt.nhso.go.th> ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

3. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด

3.1. เป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพ (Health needs) ภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ ทั้งนี้การดำเนินงานจัดบริการให้คำนึงถึง การเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนไทยทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยหรือกลุ่มเปราะบางอื่น และการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ

3.2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

3.2.1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด จำนวน 4 บาทต่อคน บริหารเป็น Global budget ระดับเขตตามจำนวนประชากรไทย ณ 1 เมษายน 2560 และให้คำนวณกำหนดเป็น Global budget ระดับเขตแต่ละเขตประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ

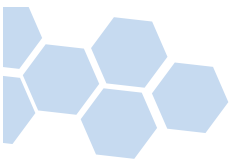
3.2.2. หลักเกณฑ์การจ่ายจาก Global budget ระดับเขต มีดังนี้

1) แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. โดยจ่ายเป็นค่าบริการให้หน่วยบริการ และหน่วยบริการจ่ายได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 (ประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามคำสั่ง คสช.ที่ 37/2559)

2) หากมีเงินเหลือให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานให้กับหน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน

4.1. เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ แก่ประชาชนไทยทุกคนที่ใช้บริการที่หน่วยบริการ สถานบริการ หรือในชุมชน โดยบริหารจัดการเป็นวงเงินระดับประเทศ



4.2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

4.2.1. การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จำนวน 216.95 บาทต่อคน จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อคนตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

1) ร้อยละ 60 ให้ปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละจังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 10 (ค่าเฉลี่ยประเทศ $\pm 10\%$)

2) ร้อยละ 40 ให้จ่ายตามจำนวนผลงานบริการ ตามตัวชี้วัดที่กำหนด เป็นรายหน่วยบริการประจำหรือสถานบริการ โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560 ดังนี้

2.1) จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับบริการดูแลก่อนคลอดครั้งที่ 1 (คน)

2.2) จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับบริการดูแลก่อนคลอดครั้งต่อไป (ครั้ง)

2.3) จำนวนหญิงหลังคลอดที่ได้รับบริการดูแลหลังคลอดตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป (คน)

2.4) จำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิด (ครั้ง)

2.5) จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับบริการตรวจพัฒนาการทั้งหมด (คน)

2.6) จำนวนเด็ก 6-12 ปีที่ได้รับบริการซึ้งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด (คน)

2.7) จำนวนการได้รับบริการวัคซีน EPI ทุกชนิดในเด็กแรกเกิด ถึงเด็ก ป.6 (เข็ม)

2.8) จำนวนหญิง 30-60 ปี ที่ได้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (คน)

2.9) จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปที่ได้รับบริการตรวจคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (คน)

2.10) จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปที่ได้รับบริการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า (คน)

4.2.2. สำหรับจำนวนผู้มีสิทธิ กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนจากศูนย์ทะเบียนข้อมูล สปสช. ณ 1 เมษายน 2560 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกรณีหน่วยบริการสังกัดอื่น ให้เป็นไปตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ 2561

4.2.3. สำหรับประชากรไทยอื่น (สิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการข้าราชการพยาบาลของข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ให้ สปสช.เขตดำเนินการปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

4.2.4. กรณีที่จะให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ต้องขัง ให้ สปสช. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะเพิ่มเติมได้ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4.2.5. การบริหารการจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศ ให้ สปสช.กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะ โดยให้มีการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4.2.6. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ ดำเนินการร่วมกับการบริหารงบประมาณ

แพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2561 หัวข้อการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหัวข้อการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน

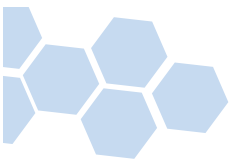
4.2.7. สำหรับกรณี สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร การจ่ายค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน อาจจ่ายตามรายการบริการได้ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.

5. การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อคน ให้จ่ายให้หน่วยบริการทั้งในสังกัดภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามหัวข้อการบริหารจัดการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

4. การกำกับติดตามและประเมินผลการจัดสรร

1. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามการจัดสรรและผลงานรายโครงการ สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ
2. กำกับติดตามการจัดสรรและผลงานรายโครงการ สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด ของ สปสช.เขต
3. กำกับติดตามการเบิกจ่ายงบประมาณและการดำเนินงานของ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
4. ติดตามประเมินผลตัวชี้วัดที่สำคัญ รวมทั้งติดตามการเข้าถึงบริการสำหรับประชากรไทยสิทธิอื่น โดยประมวลผลจากฐานข้อมูลบริการ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข
5. พัฒนาเครื่องมือและระบบการประเมินและติดตามการเข้าถึงประเภทและขอบเขตบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับพื้นที่
6. สนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการสำรวจ/วิจัยประเมินผลการเข้าถึงบริการฯและหรือสถานะสุขภาพที่เกี่ยวข้อง



5. การบริหารค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ก. วัตถุประสงค์

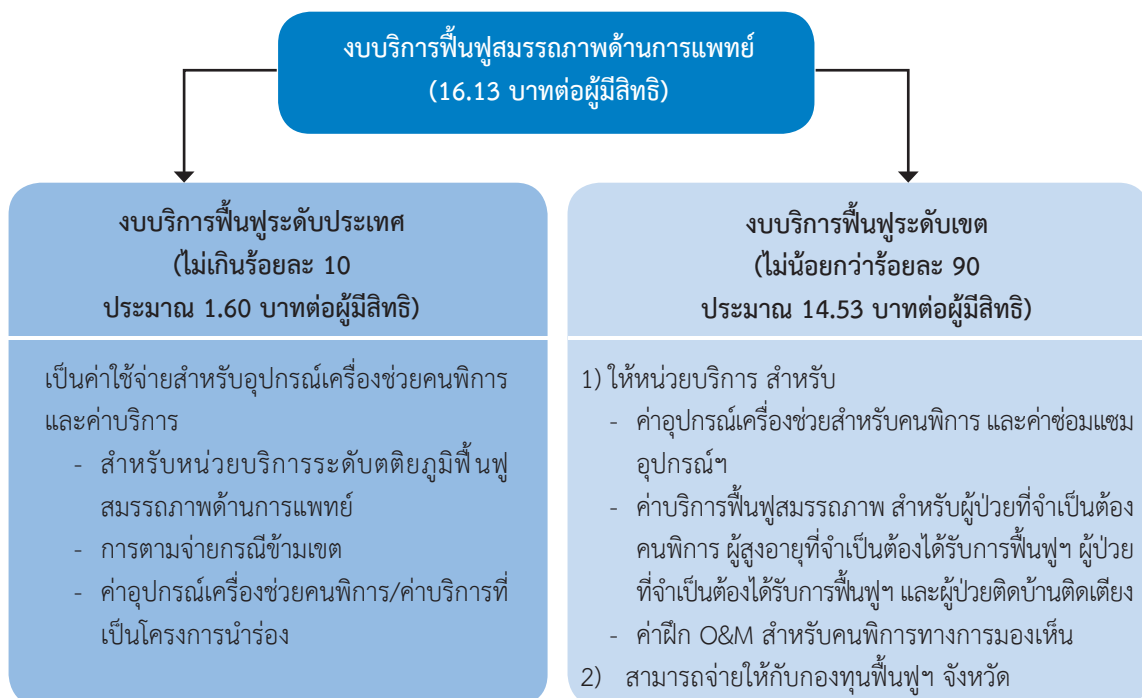
1. คนพิการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและครอบคลุม
2. คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ได้รับการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อย่างต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน
3. ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรคนพิการ องค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง และชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน และให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่กลุ่มเป้าหมายร่วมกัน ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชนอย่างยั่งยืน

ว. วงเงินที่ได้รับ

ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ได้รับจำนวน 16.13 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.797 ล้านคน

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

กรอบการบริหารจัดการค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ 2561



1. กลุ่มเป้าหมายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ครอบคลุมผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4 กลุ่ม ดังนี้

- 1.1. คนพิการ (รหัสสิทธิย่อย 74)
- 1.2. ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
- 1.3. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
- 1.4. ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจากการสนับสนุนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง)

2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

2.1. ไม่เกินร้อยละ 10 (ประมาณ 1.60 บาทต่อผู้มีสิทธิ) ให้บริหารภาพรวมระดับประเทศ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการสำหรับหน่วยบริการระดับตติยภูมิด้านฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ การตามจ่ายกรณีคนพิการเข้ารับบริการข้ามเขตพื้นที่ และค่าใช้จ่ายสำหรับค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ/ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นโครงการนำร่อง

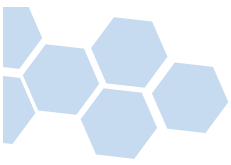
2.2. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (ประมาณ 14.53 บาทต่อผู้มีสิทธิ) ให้บริหารจัดการระดับเขต มีแนวทางการบริหารดังนี้

2.2.1. บริหารวงเงินแบบ Global budget ระดับเขต โดยคำนวณ Global budget ระดับเขตตามจำนวนผู้มีสิทธิ จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนคนพิการ (รหัสสิทธิย่อย 74) ในสัดส่วน 40 : 25 : 35 และให้คำนวณกำหนดเป็น Global budget ระดับเขตตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2560

2.2.2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามแนวทาง/เงื่อนไขบริการ/อัตราที่ สปสช. กำหนด โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ทั้งนี้ ครอบคลุมบริการและเงื่อนไขต่างๆ ดังนี้

1) ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ จ่ายตามรายการและไม่เกินราคากลางที่ สปสช. กำหนด ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค พ.ศ. 2559 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ) และค่าซ่อมแซมอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ทั้งนี้ กรณีการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังกับคนพิการที่สูญเสียการได้ยิน กำหนดวงเงินไม่เกินร้อยละ 15 ของงบค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ที่ สปสช.เขต ได้รับจัดสรร

2) ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจากการสนับสนุนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) โดยหน่วยบริการจัดบริการแบบผู้ป่วยนอก บริการต่อเนื่องที่บ้าน และบริการในชุมชน



(สำหรับกรณีผู้ป่วยในรวมอยู่ใน Global budget ระดับเขตแล้ว) (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

3) ค่าฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ/การฝึกทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility: O&M) สำหรับคนพิการทางการมองเห็น (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

4) หน่วยบริการจัดส่งข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ตามโครงสร้างข้อมูล สปสช. กำหนด ภายในระยะเวลา 30 วันหลังให้บริการ

5) การจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ จ่ายเป็น 3 งวด ดังนี้

งวดที่ 1 จ่ายจริงตามผลงานการให้บริการ (ข้อมูลบริการตาม Service Date) ภายในเดือนธันวาคม 2560 โดยพิจารณาจากผลงาน 4 เดือนของปีงบประมาณ 2560 ในช่วงเดือนมิถุนายน - กันยายน 2560

งวดที่ 2 จ่ายจริงตามผลงานการให้บริการ (ข้อมูลบริการตาม Service Date) ภายในเดือนเมษายน 2561 โดยพิจารณาจากผลงาน 4 เดือนของปีงบประมาณ 2561 ในช่วงเดือนตุลาคม - มกราคม 2561

งวดที่ 3 จ่ายจริงตามผลงานการให้บริการ (ข้อมูลบริการตาม Service Date) ภายในเดือนสิงหาคม 2561 โดยพิจารณาจากผลงาน 4 เดือนของปีงบประมาณ 2561 ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2561

6) ให้สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายให้กับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ในจังหวัดที่พร้อมตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด พ.ศ. 2554 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม โดยอัตราการสมทบ (จำนวนเงินที่จะสมทบ) ให้เป็นความเห็นชอบร่วมกันสองฝ่าย

2.3. ให้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างวงเงินการบริหารภาพรวมระดับประเทศ และวงเงินการบริหารจัดการระดับเขตได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

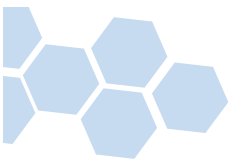
2.4. ในปีงบประมาณ 2562 อาจมีการกำหนดแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายรูปแบบใหม่ เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในระยะหลังเฉียบพลัน (Sub-acute) ทั้งรูปแบบการให้บริการในหน่วยบริการและหรือในชุมชน โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อหน่วยบริการและผู้รับบริการ การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการเตรียมระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนที่จะมีการดำเนินการ

4. การกำกับติดตามและประเมินผลการจัดสรร

กำหนดให้หน่วยบริการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ จากงบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ จัดส่งข้อมูลการให้บริการตามโครงสร้างข้อมูลผ่านโปรแกรมที่ สปสช. กำหนด และให้คณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด รายงานผลการดำเนินงานให้ สปสช. เขต ตามรูปแบบรายงานและภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยผลผลิตและผลลัพธ์ในการกำกับติดตาม ได้แก่

1. การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของ คนพิการ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
2. จำนวนกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพพระระดับจังหวัด ที่มีการสมทบเงินงบประมาณและมีการดำเนินกิจกรรมสนับสนุนและส่งเสริมการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในเขตพื้นที่จังหวัด





6. การบริหารค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย

ก. วัตถุประสงค์

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพ ของประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เพิ่มการเข้าถึงยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ
3. สนับสนุนให้หน่วยบริการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ตามมาตรฐานวิชาชีพ

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าใช้จ่ายบริการการแพทย์แผนไทย ได้รับจำนวน 11.61บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.797 ล้านคน เป็นการเพิ่มจ่ายเพิ่มเติม เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการของหน่วยบริการให้มีศักยภาพ และมีคุณภาพ ครอบคลุมหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. การบริหารจัดการในภาพรวมระดับประเทศ มีดังนี้

1.1. ไม่เกินร้อยละ 10 (ประมาณ 1.16 บาทต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการร่วมให้บริการ ที่มีศักยภาพเป็นต้นแบบบริการการแพทย์แผนไทยที่ครอบคลุมทุกมิติ

1.2. ไม่เกินร้อยละ 40 (ประมาณ 4.64 บาทต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำ และหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการที่มีศักยภาพตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขศักยภาพในการบริการการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ไม่รวมหน่วยบริการที่ได้รับค่าใช้จ่ายในข้อ 1.1

1.3. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (ประมาณ 5.81 บาทต่อผู้มีสิทธิ) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำ และหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการ ตามจำนวนผลงานบริการการแพทย์แผนไทย โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการ ตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 ทั้งนี้ไม่รวมหน่วยบริการที่ได้รับค่าใช้จ่าย ในข้อ 1.1

โดย สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ 1.1 - 1.3 ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

2.1. หน่วยบริการที่มีศักยภาพเป็นต้นแบบบริการการแพทย์แผนไทย เป็นการเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการ ตามศักยภาพและประมาณการผลงานบริการ จ่ายงวดเดียวภายในเดือน ธันวาคม 2560 โดยเกณฑ์การมีศักยภาพเป็นต้นแบบ เป็นดังนี้

2.1.1. ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์บริการการแพทย์แผนไทย หรือ หน่วยบริการร่วมให้บริการการแพทย์แผนไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1.2. มีการจัดระบบบริการแพทย์แผนไทย ดังนี้

1) มีบุคลากรที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

2) ให้บริการการแพทย์แผนไทย ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ตามมาตรฐานวิชาชีพ

3) มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ทั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และบริการที่บ้าน หรือในชุมชน

2.1.3. มีระบบบริหารจัดการ ดังนี้

- 1) มีการแยกโครงสร้างการบริหารจัดการที่ชัดเจน
- 2) มีการจัดทำแนวทางการประสานงานในทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง
- 3) มีการบริหารจัดการเป็น “เครือข่าย” หน่วยบริการ ที่มีแนวทางสนับสนุนการจัดบริการและจัดสรรทรัพยากรร่วมกัน

2.1.4. มีระบบวิชาการและระบบสนับสนุน

- 1) มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ มีระบบการให้คำปรึกษา ในทีมแพทย์แผนไทย/แผนไทยประยุกต์ และ ระหว่างสาขาวิชาชีพ ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ร่วมกันให้บริการ
- 2) มีระบบการบันทึกเวชระเบียน และบันทึก/ส่งข้อมูล ที่ถูกต้องครบถ้วน และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาาระบบบริการ

2.2. **หน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการการแพทย์แผนไทย** เป็นการเหมาจ่ายตามศักยภาพ ไม่เกินแห่งละ 200,000 บาท จ่ายให้หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการร่วมให้บริการการแพทย์แผนไทย ภายในเดือนธันวาคม 2560 โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

2.2.1. ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์บริการการแพทย์แผนไทย หรือ หน่วยบริการร่วมให้บริการการแพทย์แผนไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

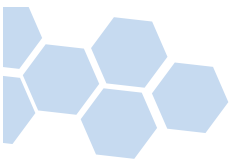
2.2.2. มีการจัดระบบบริการการแพทย์แผนไทย ดังนี้

- 1) มีบุคลากรที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทย หรือ แพทย์แผนไทยประยุกต์ ปฏิบัติงานเป็นการประจำ
- 2) ให้บริการครอบคลุม การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ตามมาตรฐานวิชาชีพ

3) มีการจัดบริการแบบผู้ป่วยนอก โดยอาจจัดในลักษณะ OPD คู่ขนาน

2.2.3. การจัดบริการตามแนวทางเวชปฏิบัติ แต่อาจยังไม่จำเป็นต้องสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ

2.3. **หน่วยบริการที่มีผลงานบริการการแพทย์แผนไทย** จ่ายให้หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการร่วมให้บริการ การแพทย์แผนไทย โดยการคำนวณคะแนนภายใต้วงเงินที่ได้รับ (Point system with global budget) ซึ่งใช้ข้อมูลให้บริการตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 จำนวนจัดสรรภายในเดือนมิถุนายน 2561 ซึ่งประกอบด้วยผลงานบริการ ดังนี้



2.3.1. บริการตรวจวินิจฉัยและรักษา ด้วยกรรมวิธีแพทย์แผนไทย หรือ การส่งจ่ายยาแผนไทย โดยบุคลากรด้านแพทย์แผนไทย

2.3.2. บริการฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด โดยบุคลากรด้านแพทย์แผนไทย

2.3.3. การส่งจ่ายยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

4. การกำกับติดตามประเมินผลการจัดสรร

1. กำกับติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยบริการต้นแบบ ร่วมกับกรมแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2. ประเมินผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ต้นทุนของหน่วยบริการต้นแบบ โดยหน่วยงานวิชาการภายนอก

3. กำกับ ติดตาม ประมวลผลงานบริการ ร่วมกับกรมแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

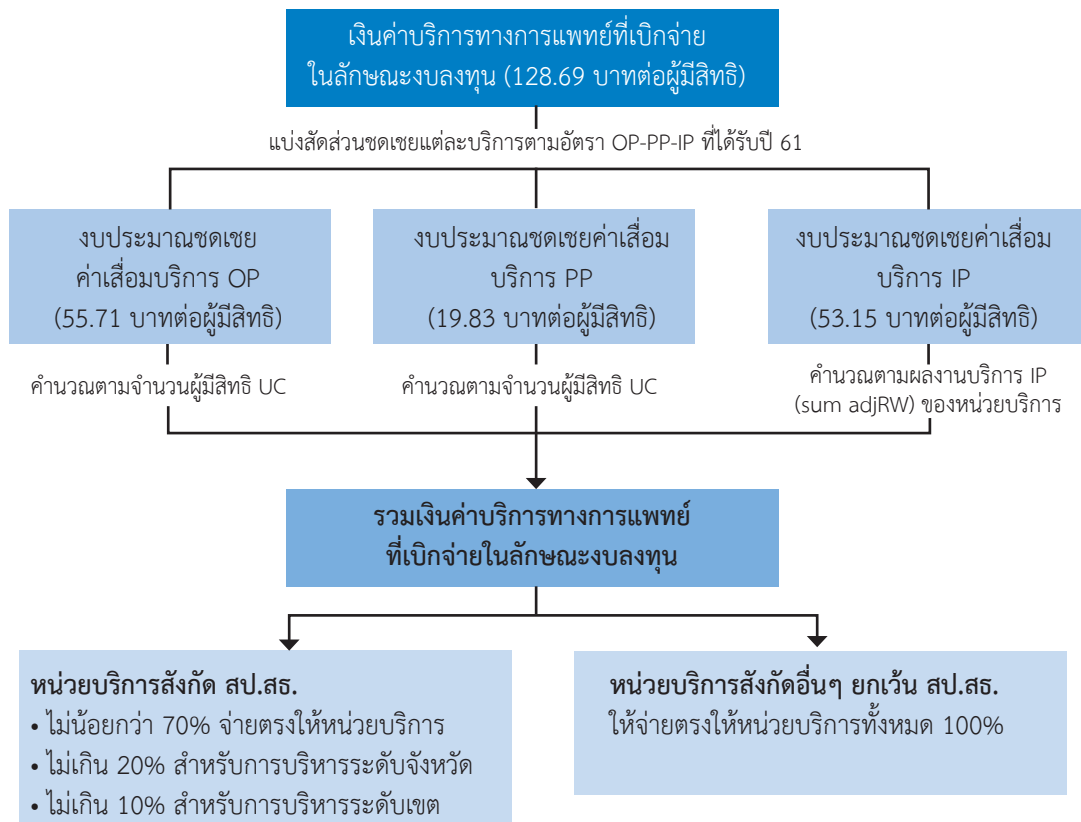
7. การบริหารค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)

ก. วัตถุประสงค์

เพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้หน่วยบริการนำเงินไป จัดหา และจัดซื้อ จัดจ้าง หรือเช่า และซ่อมบำรุงสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือถดถอยหรือเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

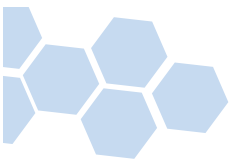
ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ได้รับจำนวน 128.69 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.797 ล้านคน โดยมีกรอบการบริหารจัดการ ตามแผนภาพดังนี้



ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. หน่วยบริการที่มีสิทธิรับเงิน คือ หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อ ทั้งนี้สำหรับหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรค และหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ระหว่างปีงบประมาณ 2561 จะไม่ได้รับจัดสรรเงิน



2. การแบ่งสัดส่วนเงินสำหรับคำนวณจัดสรรค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

แต่ละประเภทบริการ แบ่งตามสัดส่วนของอัตราต่อหัวของเงินแต่ละประเภทบริการที่ได้รับในปีงบประมาณ 2561 แล้วนำอัตราที่ได้ คูณกับเป้าหมายจำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2561 (48.797 ล้านคน) โดยแบ่งสัดส่วนเงินของแต่ละประเภทบริการ มีดังนี้

- 2.1. สัดส่วนบริการผู้ป่วยนอก = 55.71 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ
- 2.2. สัดส่วนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค = 19.83 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ
- 2.3. สัดส่วนบริการผู้ป่วยใน = 53.15 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ

3. หลักเกณฑ์การจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน

3.1. สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จัดสรรตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนให้กับหน่วยบริการประจำ ณ 1 เมษายน 2560 ด้วยอัตราต่อผู้มีสิทธิที่เท่ากันภายใต้วงเงินงบประมาณตามข้อ 2.1 และข้อ 2.2

3.1.1. สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ใช้ผลการคำนวณตามข้อ 2 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี

3.1.2. สำหรับกลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ ที่เหลือจะนำวงเงินรวมของกลุ่มที่คำนวณได้ตามข้อ 2 มาคำนวณจัดสรรอีกครั้ง ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 พฤศจิกายน 2560 ด้วยอัตราต่อผู้มีสิทธิที่เท่ากันภายใต้วงเงินรวมของกลุ่มหน่วยบริการอื่นๆ

3.2. การคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนสำหรับบริการผู้ป่วยในคำนวณตามจำนวนผลงานที่คิดเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามระบบ DRGs (adjRW) ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการ โดยใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยในที่ส่งมาในแต่ละเดือนของปีงบประมาณ 2560 จำนวน 6 เดือน (ตุลาคม 2559 – มีนาคม 2560) ด้วยอัตราต่อ 1 adjRW ที่เท่ากันทุกหน่วยบริการ ภายใต้วงเงินงบประมาณตามข้อ 2.3) ทั้งนี้ ข้อมูลผลงานผู้ป่วยใน (adjRW) ที่ใช้ในการคำนวณ เป็นข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยในทั่วไป ซึ่งไม่รวมถึงข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในที่มีการชดเชยเพิ่มเติมพิเศษจากการชดเชยผู้ป่วยในทั่วไป ไม่รวมถึงข้อมูลผู้ป่วยในของหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะโรค ไม่รวมถึงข้อมูลผู้ป่วยในที่ให้บริการเฉพาะด้านของหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน และไม่รวมข้อมูลที่มีปัญหาต่างๆ หลังจากวันที่ สปสช.ตัดข้อมูล เช่น ข้อมูลส่งซ้ำ

3.3. กรณีที่มีการถ่ายโอนประชากรระหว่างปีงบประมาณ ให้ สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนให้กับหน่วยบริการที่รับดูแลประชากรจริงตามสัดส่วนที่ให้บริการ

3.4. การเรียกคืนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนจะไม่มี การเรียกคืนหากหน่วยบริการอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครบปีงบประมาณ แต่การเรียกคืนเงินจะเกิดขึ้นเมื่อหน่วยบริการไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขจนครบปีงบประมาณของสัญญาการให้บริการสาธารณสุข เช่น การลาออก เป็นต้น หรือหน่วยบริการไม่สามารถดำเนินการตามแผนการดำเนินงานได้

4. ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.1. สปสช.แจ้งการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการทั่วประเทศทราบ โดยแจ้งผ่าน สปสช.เขต โดยให้ตรวจสอบตัวเลขการจัดสรรและแจ้งยืนยันตัวเลขการจัดสรรในเขตที่รับผิดชอบ ให้ สปสช.ทราบ

4.2. ให้หน่วยบริการจัดทำแผนการจัดทำ และจัดซื้อ จัดจ้าง หรือเช่า และซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้างที่เสื่อมสภาพหรือถดถอยหรือเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ตามรายการในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559

4.2.1. หน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่น (ยกเว้น สป.สธ.) และภาคเอกชน ให้หน่วยบริการจัดทำแผนฯ และส่งให้ สปสช.เขต เพื่อรวบรวมเสนอให้ อปสข.อนุมัติ และ สปสช.เขต เบิกจ่ายเงินให้หน่วยบริการต่อไป สำหรับกรมแพทยทหารเรือ และกรมแพทยทหารอากาศให้จัดทำแผนฯ และส่งให้ สปสช.อนุมัติ เพื่อดำเนินการโอนเงินให้ต่อไป

4.2.2. เงินที่จัดสรรระดับหน่วยบริการของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จัดทำแผนฯ และส่งให้ สปสช.เขต เพื่อรวบรวมเสนอให้ อปสข.อนุมัติ โดย สปสช.จะเป็นผู้โอนเงินตรงให้หน่วยบริการ

4.2.3. เงินที่จัดสรรระดับจังหวัดของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้คณะกรรมการวางแผนและประเมินผลสาธารณสุขจังหวัด (กวจ.) จัดทำแผนฯ จัดสรรให้ รพช./รพ.สต. และส่งให้ สปสช.เขต เพื่อรวบรวมเสนอให้ อปสข.อนุมัติ และ สปสช.เขต เบิกจ่ายเงินให้หน่วยบริการต่อไป

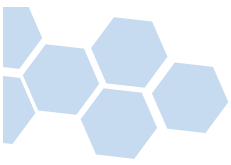
4.2.4. เงินที่จัดสรรระดับเขตของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้คณะกรรมการเขตสุขภาพ จัดทำแผนฯ จัดสรรให้กับ รพช./รพ.สต. และส่งให้ สปสช.เขต เพื่อรวบรวมเสนอให้ อปสข. อนุมัติ และ สปสช.เขต เบิกจ่ายเงินให้หน่วยบริการต่อไป

4.3. เมื่อหน่วยบริการได้รับเงินโอน ให้เร่งรัดการดำเนินการจัดซื้อ/จัดหา ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง และบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 หรือตามระเบียบของหน่วยบริการนั้น ต่อไป

5. กำหนดการจ่ายเงินให้หน่วยบริการ

5.1. สปสช.จะจ่ายเงินให้หน่วยบริการโดยตรง ตามจำนวนเงินที่ได้รับอนุมัติ โดยมีกำหนดการจ่ายเงินดังนี้

สังกัด	กำหนดการจ่ายเงิน
หน่วยบริการสังกัด สป.สธ.	ภายในเดือนตุลาคม 2560
หน่วยบริการสังกัดอื่นๆ (ยกเว้น สป.สธ.)	ภายในไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2561



5.2. สำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่นและภาคเอกชน ที่ยังไม่ได้ทำข้อตกลงให้บริการสาธารณสุข /สัญญาให้บริการสาธารณสุข ที่เป็นรูปแบบที่ใช้ในปัจจุบัน (รูปแบบปัจจุบันใช้ในปีงบประมาณ 2558) ต้องมีหนังสือแสดงความจำนงด้วย โดยสามารถดาวน์โหลด แบบหนังสือแสดงความจำนงได้ที่ www.nhso.go.th เลือกเมนู “บริการข้อมูล” > เลือก “ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย” > เลือก “ดาวน์โหลดเอกสาร” > เลือก “แบบฟอร์มอื่นๆ” > เลือก “แบบหนังสือแสดงความจำนงตอบรับการดำเนินงาน” โดยให้ดำเนินการ ดังนี้

5.2.1. เมื่อต้นสังกัดของหน่วยบริการ และหน่วยบริการได้รับแจ้งวงเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนที่ได้รับจัดสรร ให้จัดทำหนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ตามแบบหนังสือแสดงความจำนง จำนวน 2 ชุด พร้อมแนบแผนการบริหารเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนที่ ยื่นต่อ สปสช.เขต เพื่อพิจารณา

5.2.2. สปสช.เขตจัดเก็บหนังสือแสดงความจำนง ต้นฉบับไว้ และคืนฉบับให้หน่วยบริการ

5.2.3. สปสช.เขตส่งหนังสือแสดงความจำนงฉบับจริง และรายละเอียดแผนการบริหารเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ให้ สปสช. เพื่อใช้เป็นหลักฐานประกอบการโอนเงินให้หน่วยบริการต่อไป

5.3. กรณีหน่วยบริการที่เข้าใหม่ กรณีเป็นภาครัฐนอกสังกัด สธ.ต้องจัดทำข้อตกลงให้บริการสาธารณสุข หรือสัญญาให้บริการสาธารณสุขกรณีเป็นภาคเอกชน พร้อมทั้งแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีคู่ฝากของหน่วยบริการที่เป็นบัญชีของธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร จำนวน 2 ชุด ส่งไปที่ สปสช.เขต

ง. การกำกับติดตามประเมินผลการจัดสรร

หน่วยบริการที่รับเงินจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุนแล้ว ให้รายงานผลการจัดซื้อ/จัดหา ผ่านทาง Website ของ สปสช.ที่ www.nhso.go.th เลือกเมนู “บริการออนไลน์” > หมวด “NHSO Budget”>เลือก “ระบบรายงานการใช้เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม)” โดยสามารถลงทะเบียนรับ User name, Password เพื่อใช้ Login เข้าโปรแกรมรายงานได้ที่ สปสช.เขต

8. การบริหารเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลและผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

บทที่ 2

ก. วัตถุประสงค์

ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น โดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ผูกมัด เพื่อเป็นการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการในอันที่จะร่วมกันคลี่คลายปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข

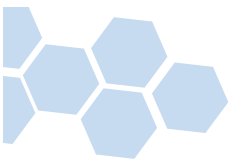
ว. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. **ผู้รับบริการ** หมายถึง ประชาชนที่มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการ ตามมาตรา 41 ที่กำหนดว่า “ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการในกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการโดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด”

2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

2.1. ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ในข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และตามคู่มือ “แนวทางการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น มาตรา 41” ที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้จัดทำขึ้น และ ตามคู่มือ “ดำเนินงานมาตรา 41” สำหรับฝ่ายเลขานุการ ที่สำนักกฎหมาย จัดทำขึ้น โดยสามารถ Download ได้ที่ศูนย์ข้อมูลกฎหมาย สปสช. <http://law.nhso.go.th>

2.2. ตามคำสั่ง คสช. ที่ 37/2559 กำหนดให้นำเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปจ่ายให้แก่ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ โดยการรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง



9. การบริหารจัดการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ก. วัตถุประสงค์

1. ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต
2. หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
3. ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของระบบข้อมูลสุขภาพในพื้นที่

ว. วงเงินงบที่ได้รับ

งบสำหรับการบริหารจัดการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ มาจาก 3 ส่วนได้แก่

1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.7970 ล้านคน จำนวน 439,173,000 บาท
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อประชาชนไทยทุกคน 65.7000 ล้านคน จำนวน 591,300,000 บาท
3. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 2 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.7970 ล้านคน จำนวน 97,594,000 บาท

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

การจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการนี้ เป็นการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการประจำที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่เกินเป้าหมายตามแนวทางที่กำหนด โดยคณะทำงาน หรือ กลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับเขต โดยมีหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

1. ตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ

1.1. แบ่ง เป็น 2 ส่วน คือ

1.1.1. ตัวชี้วัดกลาง ไม่เกิน 10 ตัว เป็นตัวชี้วัดที่บูรณาการระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดย สปสช.เขต ทุกเขตต้องนำไปใช้ในการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

1.1.2. ตัวชี้วัดระดับเขต ไม่เกิน 5 ตัว ซึ่ง สปสช.เขต สามารถเลือกจากรายการตัวชี้วัดที่มี หรือ กำหนดเพิ่มเติมขึ้นมาใหม่ โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผ่านความเห็นชอบจากอปสช.

1.2. แนวทางพิจารณาและคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่นำมาใช้ประกอบด้วย

1.2.1. เป็นตัวชี้วัดที่บูรณาการร่วมระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

1.2.2. เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข ได้แก่ กลุ่มโรคที่มีภาระโรคสูง (High burden) โรคที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) และโรคที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง (High cost) และสามารถคัดเลือกตัวชี้วัดที่สอดคล้องตามสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่

1.2.3. ไม่ซ้ำกับตัวชี้วัดผลลัพธ์บริการที่ใช้ในการจ่ายคุณภาพบริการในบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

1.2.4. ไม่สร้างระบบการบันทึกข้อมูลใหม่ โดยให้ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก ข้อมูลบริการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล (OP-PP individual records) ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล (IP E-Claim) ข้อมูลขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเป็นหลัก หรือ ข้อมูลจาก Health Data center ของกระทรวงสาธารณสุข

1.2.5. ให้มีคณะทำงาน หรือกลไกที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อบริหารจัดการในระดับเขต ในการกำหนดตัวชี้วัดระดับเขต เป้าหมาย หลักเกณฑ์ เงื่อนไข การให้คะแนนและการจัดสรรงบ

1.3. ในปีงบประมาณ 2561 กำหนดใช้ตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ ดังนี้

1.3.1. ตัวชี้วัดกลาง จำนวน 6 ตัว ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 1: ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด

ตัวชี้วัดที่ 2: ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัดที่ 3: ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์

ตัวชี้วัดที่ 4: ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี

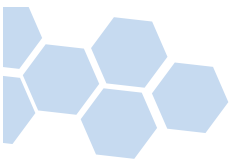
ตัวชี้วัดที่ 5: ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก

5.1 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)

5.2 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection)

ตัวชี้วัดที่ 6: การลดลงของอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก (ACSC: Ambulatory Care Sensitive Condition) ในโรคลมชัก (Epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (Asthma) เบาหวาน (Diabetes Mellitus) และ ความดันโลหิตสูง (Hypertension)

1.3.2. ตัวชี้วัดระดับเขต จำนวนไม่เกิน 5 ตัว โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. และ สปสข.เขต ประกาศใช้ในปีงบประมาณ 2561



ทั้งนี้ รายละเอียดตัวชี้วัดกลางและตัวชี้วัดระดับเขต สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากคู่มือแนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการปีงบประมาณ 2561

2. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

2.1. จัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ให้ สปสช.แต่ละเขต ตามจำนวนประชากร/ผู้มีสิทธิ

2.2. สปสช.เขต จัดให้มีคณะทำงาน หรือ กลไกการมีส่วนร่วมเพื่อบริหารจัดการ กำหนดแนวทางการจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ซึ่งประกอบด้วย ค่าเป้าหมาย น้ำหนักคะแนน เกณฑ์การให้คะแนน และสัดส่วนงบประมาณที่จะจัดสรรให้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่เกินเป้าหมายตามแนวทางที่กำหนด

2.3. การกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ ให้สปสช.เขตกำหนดค่าเป้าหมายจากผลงานบริการในระดับพื้นที่ โดยให้พิจารณาความเหมาะสม สอดคล้องกับค่าเป้าหมายระดับประเทศร่วมด้วย และอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

2.4. สปสช.เขตจัดสรรงบให้หน่วยบริการประจำภายใต้วงเงินระดับเขต (Global budget) ส่วนการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการในเครือข่ายหน่วยบริการประจำนั้น ให้กำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรโดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่หรือระดับ Contracting Unit of Primary care (CUP)

2.5. กำหนดการจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการเพียงครั้งเดียว ให้เสร็จสิ้นภายในเดือนสิงหาคม 2561 โดยใช้ข้อมูลบริการไตรมาส 3 และ 4 ปีงบประมาณ 2560 และไตรมาส 1 และ 2 ปีงบประมาณ 2561 ที่ สปสช. ได้รับจากหน่วยบริการภายใน 30 เมษายน 2561

2.6. กรณีที่มีงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการเหลือจาก Global budget ระดับเขตของแต่ละ สปสช.เขต ให้จ่ายคืนหน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

2.7. การจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ สำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือและกรมแพทยทหารอากาศนั้น สปสช.จะกำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะ โดยหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จ. การกำกับ ติดตาม ประเมินผลการจัดสรร

1. ความครบถ้วน ถูกต้อง ของข้อมูลที่ใช้ในการประเมินผลงานตามตัวชี้วัดงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

2. การดำเนินการเป็นไปตามแผน และเบิกจ่ายงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ถูกต้อง ตรงตามเวลาที่กำหนด

3. การวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพผลงานบริการ เพื่อพิจารณากำหนดมาตรการสนับสนุน ส่งเสริม กำกับและติดตามคุณภาพบริการในระดับพื้นที่ ผ่านกลไกคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

10. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ก. วัตถุประสงค์

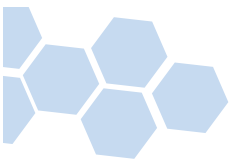
ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561 ไปแล้วนั้น ซึ่งคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับประเทศ (คณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช.) ได้กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการจัดสรรเงิน ภายใต้หลักการสำคัญดังนี้

1. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียม
2. หน่วยบริการได้รับงบประมาณเหมาะสมเพียงพอต่อการจัดบริการทางการแพทย์ให้กับประชาชนผู้มีสิทธิ โดย
 - 2.1. ให้ปรับลดค่าแรงระดับหน่วยบริการ
 - 2.2. ให้มีการกักเงินเพื่อบริหารจัดการระดับประเทศ ระดับเขต และกักเงินสำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ
 - 2.3. ให้เขตสุขภาพสามารถปรับค่าน้ำหนักคะแนนจัดสรรแบบขั้นบันได (Step ladder) และคะแนนจัดสรรค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K) โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.
 - 2.4. ให้มีการประกันรายรับขั้นต่ำของหน่วยบริการ
 - 2.5. ให้มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการจัดสรรเพื่อช่วยเหลือเป็นการเฉพาะ

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

การประมาณการรายรับเงินเหมาจ่ายรายหัว สำหรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services) และค่าบริการผู้ป่วยใน ก่อนที่จะมีการกักเงินตามเกณฑ์ของ สป.สธ. และจัดสรรภายใต้เงื่อนไขของ สป.สธ. (Step ladder และกำหนดค่า K) คำนวณดังนี้

1. เงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ คำนวณวงเงินแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิให้กับหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราเหมาจ่ายในระดับจังหวัดที่คำนวณมาจากหลักเกณฑ์กลางทั้งประเทศ โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2560 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2561 หรือกรณีการโอนย้ายประชากร จะปรับข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิตามที่ สปสช.เขตแจ้ง โดยให้อยู่ในกรอบของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2560



2. เงินค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)

2.1. คำนวณวงเงินแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิให้กับหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราเหมาจ่ายในระดับจังหวัดที่คำนวณมาจากหลักเกณฑ์กลางทั้งประเทศ โดยใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2560 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายทั้งปี สำหรับกรณีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปีงบประมาณ 2561 หรือกรณีการโอนย้ายประชากร จะปรับข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิตามที่ สปสช.เขตแจ้ง โดยให้อยู่ในกรอบของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ 1 เมษายน 2560

2.2. คำนวณวงเงินตามผลงานบริการเป็นรายหน่วยบริการประจำหรือสถานบริการ ด้วยหลักเกณฑ์กลางทั้งประเทศ โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2559 - มีนาคม 2560

3. ประมาณการรายรับเงินค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (adjRW) โดยประมาณการผลงาน adjRW ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2561 ด้วยข้อมูลผลงานบริการที่หน่วยบริการส่งเข้ามาในแต่ละเดือน (เดือนเมษายน 2559 - มีนาคม 2560)

3.1. กรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยภายในเขตเดียวกันประมาณการเงินรายรับด้วยคาดการณ์อัตราจ่ายภายในเขต

3.2. กรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย ประมาณการเงินรายรับด้วยอัตราจ่าย 9,000 บาทต่อ adjRW

3.3. กรณีที่หน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกเขตประมาณการเงินรายรับด้วยอัตราจ่ายที่ 9,600 บาทต่อ adjRW

4. ปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) โดยใช้ตัวเลขการเบิกจ่ายบุคคลากรจากระบบของกรมบัญชีกลางและระบบGFMS เป็นตัวอ้างอิงระดับจังหวัด และกระจายเป็นราย CUP ด้วยข้อมูลบุคคลากรที่ปฏิบัติงานจริงจากการสำรวจของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ.

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. การกันเงินไว้ปรับเกลี่ย จากรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ดังนี้

1.1. กันเงินสำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ 1,500 ล้านบาท

1.2. กันเงินสำหรับบริหารจัดการระดับเขต 1,500 ล้านบาท

1.3. กันเงิน 7,000 ล้านบาท สำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการ

2. การคำนวณจัดสรรแบบขั้นบันได (Step ladder) ตามจำนวนผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ และค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน ใช้จำนวนประชากรผู้มีสิทธิ ณ 1 เมษายน 2560

3. การคำนวณการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K) ตามกลุ่มประเภทหน่วยบริการและจำนวนเตียง

4. การประกันรายรับค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปีงบประมาณ 2561 หลังคำนวณการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) และการจ่ายเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการและปรับลดค่าแรงในระบบที่ระดับหน่วยบริการ (CUP) จะปรับรายรับให้ได้ตามที่กำหนด โดยใช้เงินที่กั้นไว้สำหรับการปรับเกลี่ยรายรับของแต่ละหน่วยบริการ (CUP) ภายใต้เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได (Step ladder) (ส่วนที่กั้นไว้จำนวน 7,000 ล้านบาท)

5. ให้เขตสุขภาพสามารถปรับค่าน้ำหนักคะแนนจัดสรรแบบขั้นบันได (Step ladder) และคะแนนจัดสรรค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการได้ไม่เกิน ± 0.2 โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

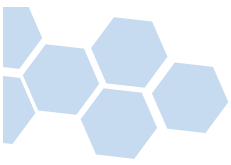
6. แนวทางการปรับเกลี่ยเงินกันสำหรับบริหารจัดการระดับเขต

6.1. ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการที่ต้องติดตามสถานะทางการเงินอย่างใกล้ชิด ที่มีความจำเป็นที่ต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่กั้นเขตและพื้นที่เสี่ยงภัย เพื่อให้ไม่กระทบกับการใช้บริการของประชาชน

6.2. ให้ใช้ข้อมูลรายรับรายจ่ายจากทุกแหล่งมาคำนวณ และพิจารณารายจ่ายและรายรับที่เหมาะสมของหน่วยบริการ ข้อมูลทุนสำรองสุทธิ และหรือต้นทุนบริการ โดยข้อมูลที่ใช้ประกอบการคำนวณ ให้มีการตรวจทานจากหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ทุกระดับในเขต

6.3. การเกลี่ยให้หน่วยบริการที่มีปัญหาสภาพคล่องทางการเงิน ให้มีเงื่อนไขในการพัฒนาประสิทธิภาพของหน่วยบริการให้ดีขึ้น และหรือ มีการปรับระบบการจัดบริการที่วางแผนร่วมกันทุกหน่วยบริการในระดับจังหวัดและระดับเขต โดยให้มีการรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานต่อคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับเขต (คณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต) สปสข.ระดับเขต และ อปสข.

6.4. กลไกการปรับเกลี่ย ให้ดำเนินการโดยคณะทำงานร่วม และให้เสนอ อปสข. พิจารณา



7. กำหนดการโอนเงินให้หน่วยบริการ

รายการ	งวดการโอนเงิน																										
1. ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	งวดที่ 1 : สปสช.จะโอนเงินร้อยละ50 ของตัวเลขรายรับปี 2561 ไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2560 งวดที่ 2 : สปสช.จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 2561 ไม่เกินวันที่ 31 มกราคม 2561																										
2. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน	งวดที่ 1 : สปสช.จะโอนเงินร้อยละ50 ของตัวเลขรายรับปี 2561 ไม่เกินวันที่ 31 ตุลาคม 2560 งวดที่ 2 : สปสช.จะโอนเงินให้ครบจำนวนเงินรายรับปี 2561 ไม่เกินวันที่ 31 มกราคม 2561																										
3. ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป	สปสช.จะโอนเงินตามผลงานการให้บริการที่ส่งมาในแต่ละเดือน ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>งวด / เดือนที่ส่งข้อมูล</th> <th>กำหนดวันโอนเงิน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>งวดที่1 / ตุลาคม 60</td> <td>30 พฤศจิกายน 60</td> </tr> <tr> <td>งวดที่2 / พฤศจิกายน 60</td> <td>29 ธันวาคม 60</td> </tr> <tr> <td>งวดที่3 / ธันวาคม 60</td> <td>31 มกราคม 61</td> </tr> <tr> <td>งวดที่4 / มกราคม 61</td> <td>28 กุมภาพันธ์ 61</td> </tr> <tr> <td>งวดที่5 / กุมภาพันธ์ 61</td> <td>30 มีนาคม 61</td> </tr> <tr> <td>งวดที่6 / มีนาคม 61</td> <td>30 เมษายน 61</td> </tr> <tr> <td>งวดที่7 / เมษายน 61</td> <td>31 พฤษภาคม 61</td> </tr> <tr> <td>งวดที่8 / พฤษภาคม 61</td> <td>29 มิถุนายน 61</td> </tr> <tr> <td>งวดที่9 / มิถุนายน 61</td> <td>31 กรกฎาคม 61</td> </tr> <tr> <td>งวดที่10 / กรกฎาคม 61</td> <td>31 สิงหาคม 61</td> </tr> <tr> <td>งวดที่11 / สิงหาคม 61</td> <td>28 กันยายน 61</td> </tr> <tr> <td>งวดที่12 / กันยายน 61</td> <td>31 ตุลาคม 61</td> </tr> </tbody> </table>	งวด / เดือนที่ส่งข้อมูล	กำหนดวันโอนเงิน	งวดที่1 / ตุลาคม 60	30 พฤศจิกายน 60	งวดที่2 / พฤศจิกายน 60	29 ธันวาคม 60	งวดที่3 / ธันวาคม 60	31 มกราคม 61	งวดที่4 / มกราคม 61	28 กุมภาพันธ์ 61	งวดที่5 / กุมภาพันธ์ 61	30 มีนาคม 61	งวดที่6 / มีนาคม 61	30 เมษายน 61	งวดที่7 / เมษายน 61	31 พฤษภาคม 61	งวดที่8 / พฤษภาคม 61	29 มิถุนายน 61	งวดที่9 / มิถุนายน 61	31 กรกฎาคม 61	งวดที่10 / กรกฎาคม 61	31 สิงหาคม 61	งวดที่11 / สิงหาคม 61	28 กันยายน 61	งวดที่12 / กันยายน 61	31 ตุลาคม 61
งวด / เดือนที่ส่งข้อมูล	กำหนดวันโอนเงิน																										
งวดที่1 / ตุลาคม 60	30 พฤศจิกายน 60																										
งวดที่2 / พฤศจิกายน 60	29 ธันวาคม 60																										
งวดที่3 / ธันวาคม 60	31 มกราคม 61																										
งวดที่4 / มกราคม 61	28 กุมภาพันธ์ 61																										
งวดที่5 / กุมภาพันธ์ 61	30 มีนาคม 61																										
งวดที่6 / มีนาคม 61	30 เมษายน 61																										
งวดที่7 / เมษายน 61	31 พฤษภาคม 61																										
งวดที่8 / พฤษภาคม 61	29 มิถุนายน 61																										
งวดที่9 / มิถุนายน 61	31 กรกฎาคม 61																										
งวดที่10 / กรกฎาคม 61	31 สิงหาคม 61																										
งวดที่11 / สิงหาคม 61	28 กันยายน 61																										
งวดที่12 / กันยายน 61	31 ตุลาคม 61																										
4. เงินกันสำหรับบริหารจัดการระดับเขต	โอนไม่เกิน 31 ตุลาคม 2560																										

8. การบริหารจัดการเงินกันแบบบัญชีเสมือน (Virtual account)

หากจังหวัดใดมีความประสงค์ที่จะกันเงินไว้แบบบัญชีเสมือนระดับจังหวัด (Virtual account) สำหรับการหักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) เพื่อลดภาระในการตามจ่ายของหน่วยบริการและเป็นการกระจายความเสี่ยง (Risk Sharing) ให้จังหวัดหารือร่วมกับ สปสช. เขตเพื่อจัดทำข้อเสนอกันเงิน Virtual account โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. โดยเงินกัน Virtual account จะกันเงินจากรายรับเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิของหน่วยบริการ

8.1. การกันเงิน Virtual account สามารถกันได้ 2 วัตถุประสงค์

8.1.1. เพื่อใช้สำหรับหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการกรณีค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อข้ามจังหวัด โดย สปสช. จะหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการ จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องผ่านโปรแกรม E-Claim โดยหักค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการประจำต้องร่วมจ่ายไม่เกินเพดานที่กำหนด จากเงินกัน Virtual account

8.1.2. เพื่อใช้สำหรับหักชำระบัญชีระหว่างหน่วยบริการกรณีค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและป่วยฉุกเฉินในจังหวัด โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมและตรวจสอบข้อมูลค่าใช้จ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกรับส่งต่อ และบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและป่วยฉุกเฉินในจังหวัดและแจ้งการจัดสรรเงินที่ต้องจ่ายให้กับหน่วยบริการที่รักษามายัง สปสช. เขตในพื้นที่ เพื่อตรวจสอบและแจ้งให้ สปสช. โอนเงินให้กับหน่วยบริการที่รักษาต่อไป

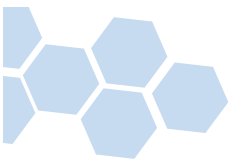
8.2. การบริหารการจ่ายเงิน Virtual account

8.2.1. กรณีเงิน Virtual account คงเหลือน้อย และอาจไม่พอต่อการหักชำระบัญชี สปสช. จะประสานแจ้งให้ สปสช. เขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ เพื่อที่จะหักชำระบัญชีไปยังหน่วยบริการประจำแทน

8.2.2. กรณีหากเงิน Virtual account รายจังหวัดมีเงินเหลือ หลังจากหักชำระค่าใช้จ่ายเสร็จสิ้นแล้ว ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิจารณาจัดสรรเงินส่วนที่เหลือให้กับหน่วยบริการประจำในจังหวัดโดยประสานแจ้งมาที่ สปสช. เขตในพื้นที่ เพื่อตรวจสอบและแจ้งให้ สปสช. โอนเงินให้กับหน่วยบริการต่อไป

4. การกำกับติดตามประเมินผลการจัดสรร

การกำกับติดตามและประเมินผลการจัดสรรเงินและการปรับปรุงประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ซึ่ง สป.สธ. จะดำเนินการโดยใช้ 10 เครื่องมือในการพัฒนาประสิทธิภาพการบริการจัดการการเงินการคลัง ภายใต้การดำเนินงานเชิงบูรณาการพัฒนาระบบประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์และบริหารจัดการกองทุน ครั้งที่ 2/2560 วันที่ 22 มีนาคม 2560 ซึ่งการดำเนินการผ่านกลไกของคณะทำงานร่วม ระดับเขต โดยทั้ง 10 เครื่องมือ มีดังนี้



1. แผนการเงินการคลัง (Planfin)
 2. การวิเคราะห์ความคุ้มค่าของการลงทุน (Feasibility study)
 3. หนังสือแสดงเจตจำนงปรับปรุงประสิทธิภาพบริหารจัดการด้านการเงิน (Letter of Intent: LOI)
 4. แผนปรับปรุงประสิทธิภาพ (Performance Plan)
 5. เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Administration Index: FAI)
 6. เกณฑ์ประเมินคุณภาพบัญชี (Account Audit Score)
 7. ดัชนีวัดผลควบคุมภายในและความเสี่ยงด้านธรรมาภิบาล (Risk Matrix Scoring)
 8. ดัชนีวัดผลความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง 7 ระดับ (Financial Risk Scoring+7 Plus Efficiency Score)
 9. ดัชนีเปรียบเทียบค่ากลางด้านการเงินการคลังหน่วยบริการ (Financial Benchmarking Hospital Group Ratio: HGR)
 10. ดัชนีวัดผลด้านประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร (Unit Cost)
- ทั้งนี้ จะมีการเสนอผลการกำกับติดตาม และประเมินผลต่อคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนทุกไตรมาส

11. การจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน

ก. วัตถุประสงค์

ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561 สปสช. จึงจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว (ค่าบริการทางการแพทย์) สำหรับกรณีค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ภายใต้หลักการดังนี้

1. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน
2. หน่วยบริการได้รับงบประมาณเหมาะสมเพียงพอต่อการจัดบริการทางการแพทย์ให้กับประชาชนผู้มีสิทธิ

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

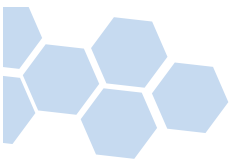
หน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชน จะได้รับการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว ดังนี้

1. ค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2561
2. ค่าบริการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services) จัดสรรตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2561 และผลงานการให้บริการโดยใช้ข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560 ในการคำนวณจัดสรร
3. งบบริการผู้ป่วยในทั่วไป จัดสรรตามผลงานการให้บริการที่ส่งมาในแต่ละเดือน ในปีงบประมาณ 2561 ด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายภายในเขต

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในพื้นที่เขต 1-12 มีหลักเกณฑ์ในการจัดสรร ดังนี้
 - 1.1. งบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จะจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการประจำ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2561 คุณด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณในระดับจังหวัดเฉลี่ยต่อเดือน
 - 1.2. งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services)
 - 1.2.1. จัดสรรแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ตามจำนวนการลงทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิรายเดือน (Point) ของปีงบประมาณ 2561 คุณด้วยอัตราเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิที่คำนวณในระดับจังหวัดเฉลี่ยต่อเดือน

หน้า 2



1.2.2. จัดสรรตามผลงานบริการโดยใช้ข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560 ในการคำนวณจัดสรร

1.3. งบประมาณผู้ป่วยในทั่วไปบริหารเป็น Global budget ระดับเขตรายเดือน โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือนให้หน่วยบริการที่รักษา ด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายภายในเขตดังนี้

1.3.1. การให้บริการกรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น จ่ายตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

1.3.2. กรณีสำรองเตียงจ่ายด้วยอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสช. เขตแต่ละเขต โดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน 15,000 บาทต่อ adjRW

1.3.3. กรณีรักษาผู้ป่วยโรคนี้วนเพื่อนำนี้วนออกจากระบบทางเดินปัสสาวะที่รักษาด้วยเครื่องสลายนิ่วจ่ายครั้งละ 6,500 บาท

1.3.4. กรณีให้บริการรักษาเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย จ่ายในอัตรา 9,000 บาทต่อ adjRW

1.3.5. กรณีให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกเขตจ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW

1.3.6. กรณีให้บริการรักษาผู้ป่วยภายในเขตเดียวกัน จ่ายด้วยอัตราจ่ายระดับเขต ภายใต้ Global Budget ที่เหลือจากการจ่ายจาก 5 รายการ (ข้อ 1.3.1-1.3.5) ด้วยราคากลางในแต่ละเดือน

1.4. การปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่นในพื้นที่ สปสช.เขต 1 - เขต 12 จะแยกการปรับลดค่าแรงเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.4.1. กลุ่ม Uhosnet จะหักเงินเดือนภายใต้เพดาน โดย สปสช.จะแจ้งยอดเงินเดือนที่ต้องหักให้ทราบตอนต้นปี

1.4.2. กลุ่มภาครัฐอื่นๆ ที่เหลือ (ยกเว้น Uhosnet) จะปรับลดค่าแรงจากรายรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ และบริการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P Basic Services) ในสัดส่วนร้อยละ 32 ของรายรับ และปรับลดค่าแรงสำหรับบริการผู้ป่วยในเฉพาะบริการภายในเขตในสัดส่วนร้อยละ 28 ของรายรับ

2. สำหรับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในพื้นที่เขต 13 กรุงเทพมหานคร

2.1. งบประมาณผู้ป่วยนอกทั่วไป สามารถปรับอัตราจ่ายได้ในระดับหน่วยบริการประจำ (CUP) ตามโครงสร้างอายุและหรือปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งกำหนดการจ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการได้ และอาจกันเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปไว้จำนวนหนึ่งแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) สำหรับหน่วยบริการร่วมให้บริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. และให้ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำ

2.2. งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic services) จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

2.3. งบประมาณผู้ป่วยในบริหารเป็น Global budget ระดับเขตรายเดือน โดยจ่ายค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือนให้หน่วยบริการที่รักษา ด้วยราคากลางที่กำหนด และจ่ายด้วยอัตราจ่ายภายในเขต

2.3.1. การให้บริการกรณีมาตรา 7 ที่สถานบริการอื่น จ่ายตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

2.3.2. กรณีสำรองเตียงจ่ายด้วยอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับ สปสข. เขตแต่ละเขต โดยกำหนดอัตราจ่ายไม่เกิน 15,000 บาทต่อ adjRW

2.3.3. กรณีรักษาผู้ป่วยโรคนิวเพื่อให้นำนื้อออกจากระบบทางเดินปัสสาวะที่รักษาด้วยเครื่องสลายนิ่วจ่ายครั้งละ 6,500 บาท

2.3.4. กรณีให้บริการรักษาเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วยจ่ายในอัตรา 9,000 บาทต่อ adjRW

2.3.5. กรณีให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกเขตจ่ายด้วยอัตรา 9,600 บาทต่อ adjRW

2.3.6. กรณีให้บริการรักษาผู้ป่วยภายในเขตเดียวกัน จ่ายด้วยอัตราจ่ายระดับเขต ภายใต้ Global Budget ที่เหลือจากการจ่ายด้วยราคากลางในแต่ละเดือน

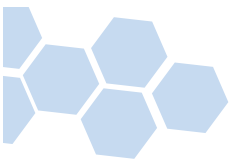
2.4. การปรับลดค่าแรงจะปรับลดตามที่กำหนด โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

3. การบริหารการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการ

3.1. จัดให้มีระบบการจัดสรรล่วงหน้าให้หน่วยบริการ (Prepaid) ในงบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ (OP) งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ (PP) และงบบริการผู้ป่วยใน (IP) โดยตรงจ่ายล่วงหน้าร้อยละ 25 ของวงเงินประมาณการรายรับที่หน่วยบริการได้รับจัดสรรในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 1 ครั้ง ในเดือนตุลาคม 2560 สำหรับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการใหม่ในปีงบประมาณ 2561 หรือรับโอนประชากรจากหน่วยบริการอื่น จะมีการปรับตามประมาณการข้อมูลจริงจาก สปสข.เขต สำหรับหน่วยบริการที่อยู่ในพื้นที่ สปสข.เขต 13 กรุงเทพมหานคร จะได้รับการจัดสรรตามแนวทางของ สปสข. เขต 13 กรุงเทพมหานคร

3.2. การจัดสรรจริงตามผลการดำเนินงานจะจัดสรรเป็นรายเดือน และจะมีทยอยหักเงินที่หน่วยบริการได้รับจัดสรรล่วงหน้าคืน โดยแบ่งหักจำนวน 10 งวดๆ ละเท่าๆ กันของยอดเงินที่จัดสรรล่วงหน้า โดยจะเริ่มหักหนี้ในผลงานเดือนตุลาคม 2560 –กรกฎาคม 2561 หรือจนกว่าจะหักหนี้หมด

3.3. การโอนเงินจัดสรรจริงตามผลงาน สปสข.จะโอนเงิน OP/PP ที่จ่ายแบบเหมาจ่ายตามประชากรและเงินบริการผู้ป่วยในเดือนละ 1 งวด รวม 12 งวด ซึ่งมีกำหนดการโอนดังนี้



งวด	กำหนดการโอนเงิน OP/PP เหม่าจ่าย	กำหนดการโอนเงิน IP
1	พฤศจิกายน 2560	เป็นรายเดือนจำนวน 12 งวด ทั้งนี้ กำหนดการโอนเงินเป็นไปตาม แนวทาง เจ็อนไซ และหลักเกณฑ์การ บริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยใน
2	ธันวาคม 2560	
3	มกราคม 2561	
4	กุมภาพันธ์ 2561	
5	มีนาคม 2561	
6	เมษายน 2561	
7	พฤษภาคม 2561	
8	มิถุนายน 2561	
9	กรกฎาคม 2561	
10	สิงหาคม 2561	
11	กันยายน 2561	
12	ตุลาคม 2561	

หมายเหตุ: สำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร เงินค่าบริการผู้ป่วยนอก และเงินค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและ
ป้องกันโรค การโอนเงินจะเป็นไปตามแนวทางของ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร

บทที่ 3

การบริหารระบบบริการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการบริหารระบบบริการผู้ป่วยวัณโรค

ส่วนที่ 1 ระบบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

บทที่ 3

ก. วัตถุประสงค์

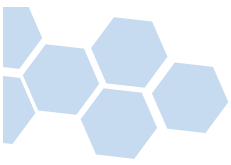
1. ลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์
2. ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่
3. ลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก
4. เพิ่มการเข้าถึงการบริการของกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง และการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อแต่เนิ่นๆ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มคุณภาพการรักษาและป้องกันการแพร่เชื้อโรคให้กับผู้อื่น

ข. งบประมาณที่ได้รับ

งบประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นงบประมาณที่ได้รับแยกจากระบบบริการทางการแพทย์ เหม่าจ่ายรายหัว ในปีงบประมาณ 2561 จัดสรรเป็นงบประมาณเพื่อบริการประเภทบริการต่างๆ ดังนี้

ประเภทบริการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง	2,952.2496
2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	200.0000
3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	66.0000
รวม	3,218.2496

ทั้งนี้ ให้ สปสช. สามารถเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ โดยหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละประเภทบริการ โดยประเด็นที่เปลี่ยนแปลงจากปีงบประมาณ 2560 ได้แก่ เพิ่มเต็มค่าใช้จ่ายสำหรับการตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี



ค. แนวทางเฝ้าระวัง และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง

1.1. วัตถุประสงค์ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอและผู้ป่วยเอดส์ ลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อให้แก่ผู้อื่นและลดอัตราผู้ติดเชื้อรายใหม่

1.2. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง หรือประชาชนกลุ่มเฉพาะที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560

1.3. ขอบเขตบริการประกอบด้วย

1.3.1. บริการการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส สำหรับบริการดังนี้

- 1) ยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา
- 2) ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก (Prevention of Mother to Child Transmission: PMTCT)

3) ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังสัมผัสโรคในกรณีสัมผัสเชื้อเอชไอวีที่ไม่ใช่จากการทำงานการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV occupational Post-Exposure Prophylaxis: HIV oPEP)

4) ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสที่ไม่ใช่จากการทำงานเฉพาะกรณีเป็นผู้ถูกถูกล่วงละเมิดทางเพศ (HIV non-occupational Post-Exposure Prophylaxis: HIV nPEP)

- 5) ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส

1.3.2. บริการการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา สำหรับบริการ ดังนี้

- 1) การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในทารกด้วยวิธี DNA-PCR
- 2) การตรวจหาจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 (CD4 cell count)
- 3) การตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด (HIV viral load testing)
- 4) การตรวจหาเชื้อดื้อยาต้านไวรัส (HIV drug resistance)
- 5) การตรวจเลือดพื้นฐาน (CBC, FBS, Cr, Chol, TG, ALT)
- 6) วัสดุอุปกรณ์ในการเจาะเลือด และค่าขนส่งเพื่อส่งตัวอย่างตรวจ

1.3.3. บริการให้คำปรึกษา และตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling and testing: VCT) สำหรับบริการดังนี้

- 1) การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV antibody testing)
- 2) การให้บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มาขอรับบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling)

1.3.4. สนับสนุนค่าบริการดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวม ได้แก่ การให้บริการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการติดตามการรักษาที่หน่วยบริการ

1.3.5. สนับสนุนถุงยางอนามัยแก่ผู้ที่เข้ารับบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

1.3.6. บริการตรวจคัดกรอง และตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

1.4 แนวทางการรับยาและเวชภัณฑ์ กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หน่วยบริการได้รับจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ได้รับเป็นค่าชดเชยค่ายาและเวชภัณฑ์ ตามอัตราที่ สปสช. กำหนด

1.5 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส และบริการที่เกี่ยวข้องมีดังนี้



รายการ	กลุ่มเป้าหมาย/บริการ	การเบิกจ่าย	หลักเกณฑ์การจ่าย
1. บริการการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากการรับประทานยาต้านไวรัส	การให้ยารักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสและยาลดไขมันตามแนวทางการรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	บันทึกข้อมูลตามที่ใช้จริงในโปรแกรม NAP	หน่วยบริการได้รับการสนับสนุนในรูปแบบของ...
2. บริการการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา	ตามแนวทางการรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้ 1) ตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในทารกด้วยวิธี DNA PCR 2) ตรวจหาจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 3) ตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด (Viral load) 4) ตรวจหาเชื้อดื้อต่อยาต้านไวรัส (Drug resistance) 5) ตรวจเลือดพื้นฐาน (CBC, FBS, Cr, Chol, TG, SGPT/ALT) 6) วัสดุอุปกรณ์ในการเจาะเลือดและค่าขนส่งเพื่อส่งตัวอย่างตรวจ	บันทึกข้อมูลบริการในโปรแกรม NAP	จ่ายเป็นค่าบริการตามที่ สปสช. กำหนดดังนี้ 1) ครั้งละ 1,000 บาท 2) ครั้งละ 400 บาท 3) ครั้งละ 1,350 บาท 4) จ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้ - กรณี In-house 5,500 บาท/ครั้ง - กรณี commercial 6,000บาท/ครั้ง 5) จ่าย 25 บาท/รายการ/ครั้ง 6) จ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้ - กรณี CD4 และ HIV Viral load 20 บาท/ตัวอย่าง



2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

2.1. วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และชักนำให้เข้าสู่ระบบบริการของกลุ่มประชากรหลัก และลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มประชากรหลัก

2.2. กลุ่มเป้าหมาย กำหนดกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่เป้าหมาย โดยคณะกรรมการร่วมระหว่างกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ องค์กรภาคประชาสังคม เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สวาทประภทสอง พนักงานบริการหญิง/ชาย ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น

2.3. ขอบเขตบริการประกอบด้วย

2.3.1. บริการค้นหากลุ่มเสี่ยง (Reach)

2.3.2. บริการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการ VCT (Recruit)

2.3.3. บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Test)

2.3.4. บริการส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบบริการ (Treat)

2.3.5. บริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มเสี่ยง (Retain)

ทั้งนี้การกำหนดชุดบริการเป็นไปตามบริบทของพื้นที่ จำนวนกลุ่มประชากรเป้าหมาย และความรุนแรงของสถานการณ์ปัญหา

2.4. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด

3. การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

3.1. วัตถุประสงค์

3.1.1. สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ ได้รับการบริการการดูแลรักษาที่มีคุณภาพประสิทธิภาพ

3.1.2. สนับสนุนกลไกการกำกับติดตามการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย

3.1.3. ควบคุมและประกันคุณภาพการให้บริการติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้เป็นไปตามมาตรฐาน

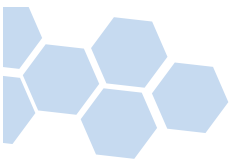
3.2. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิว่าง หรือประชาชนกลุ่มเฉพาะที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560

3.3. ขอบเขตบริการประกอบด้วย

3.3.1. การพัฒนาการเข้าถึงการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรที่มีความเสี่ยงสูงให้เข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

3.3.2. การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์





3.3.3. สนับสนุนการตรวจประเมิน/รับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ (EQA) และการตรวจรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ (Laboratory accreditation: LA) ของหน่วยบริการและหน่วยชั้นสูตร

3.3.4. สนับสนุนบริการติดตามการรักษาผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวมในหน่วยบริการ

3.4 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีดังนี้

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย/บริการ	หลักเกณฑ์การจ่าย
1. พัฒนาการเข้าถึงการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรที่มีความเสี่ยงสูงให้เข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่นอกเหนือจากกลุ่มเป้าหมายของงบบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ตามที่ สปสช. กำหนด
2. พัฒนาคุณภาพระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	เพื่อสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมดังนี้ 1) สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการจัดบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 2) ส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน 3) สนับสนุนให้มีการกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านเอชไอวีในพื้นที่	จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ กำหนดหน่วยบริการ โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขตตามจำนวนหน่วยบริการที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิต
3. สนับสนุนการตรวจประเมิน/รับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ (EQA) และการตรวจรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ (Laboratory accreditation)	เพื่อควบคุมและประกันคุณภาพการบริการให้ เป็นไปตามมาตรฐาน	สปสช.สนับสนุนงบประมาณสำหรับหน่วยบริการหรือหน่วยชั้นสูตร
4. สนับสนุนการบริการติดตามการรักษาผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน และการติดตามการส่งเสริมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิบัติงานในศูนย์องค์รวมในหน่วยบริการ	เพื่อหนุนเสริมที่รักษาพยาบาลให้สามารถดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ประกอบด้วย 1) บริการเยี่ยมบ้าน 2) บริการให้คำปรึกษา 3) บริการพบปะประชุมกลุ่มย่อย	หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ตามที่ สปสช. กำหนด

4. การกำกับติดตามและประเมินผล

4.1 ด้านคุณภาพบริการ

ในปีงบประมาณ 2561 กำหนดให้ใช้ตัวชี้วัดผลงานคุณภาพบริการ โดยมีตัวชี้วัดกลาง และตัวชี้วัดระดับเขตให้ใช้ตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. เพื่อสนับสนุนให้มีการดำเนินงานและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

4.1.1 ตัวชี้วัดกลาง ประกอบด้วย

1) ตัวชี้วัดหลัก (Key Performance Indicator) มี 1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 1 : ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

2) ตัวชี้วัดเพื่อการติดตาม (Indicator for monitoring and evaluation) มี 5 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 1 : ร้อยละของผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสที่สามารถควบคุมปริมาณไวรัสได้ (Viral load <50 copies/ml) ณ สิ้นเดือนที่ 12 หลังเริ่มยาต้านไวรัส

ตัวชี้วัดที่ 2 : จำนวนผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ได้รับการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ตัวชี้วัดที่ 3 : ร้อยละของผู้เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสที่เป็นรายใหม่และมีระดับภูมิคุ้มกันขณะเริ่มรับยาอยู่ในระดับต่ำ (CD4 <200 cells/mm³)

ตัวชี้วัดที่ 4 : ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตภายในปีแรกหลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

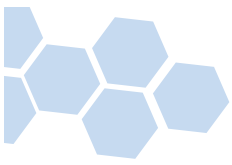
ตัวชี้วัดที่ 5 : ร้อยละของผู้รับประทานยาต้านไวรัสที่ขาดการติดตามการรักษา

4.1.2 ตัวชี้วัดระดับเขต จำนวนไม่เกิน 1 ตัว โดยผ่านความเห็นชอบจาก สปสข.

4.2 ด้านการบริหารจัดการ

เพื่อให้สามารถบริหารงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดกรอบเวลาในการตัดยอดข้อมูลการประมวลผลจ่ายค่าใช้จ่าย และการโอนเงินให้กับหน่วยบริการเป็นรายเดือน





ส่วนที่ 2 งบบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ก. วัตถุประสงค์

1. ลดอัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค
2. เพิ่มความครอบคลุมในการค้นหาและการเข้าถึงบริการดูแลรักษาของผู้ป่วยวัณโรค
3. สนับสนุนการจัดบริการการดูแลรักษาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา (Multidrug resistance tuberculosis: MDR-TB) การตรวจวินิจฉัยและการติดตามการรักษาวัณโรค และวัณโรคดื้อยาที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ข. งบเงินงบที่ได้รับ

งบบริการผู้ป่วยวัณโรคเป็นงบประมาณที่อยู่ในรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ประเภทบริการกรณีเฉพาะ เป็นการจ่ายกรณีโรคที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค ซึ่งเป็นการจ่ายเพิ่มเติมตามราคาที่กำหนด โดยเป็นค่าบริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคและบริการที่เกี่ยวข้องตามที่ สปสช. กำหนด

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคคลสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิว่าง

2. ขอบเขตบริการประกอบด้วย

2.1. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค

2.1.1. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคทั้งสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา

2.1.2. บริการรักษาการติดเชื้อระยะแฝงสำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

2.2. บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา

2.2.1. บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อการติดตามการรักษาวัณโรค

2.2.2. บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา

2.2.3. บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา

2.3. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาและติดตาม

2.4. บริการกำกับกรกินยา (Directly Observed Treatment: DOT)

2.5. บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

2.6. บริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ

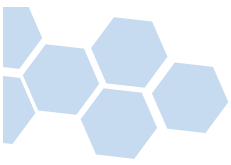
3. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับงบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

ผู้มีสิทธิเข้ารับบริการสามารถลงทะเบียนเพื่อรับบริการได้ ณ หน่วยบริการประจำของตนเอง แต่หากมีความจำเป็นก็สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่นในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ สปสช. จ่ายค่าใช้จ่ายบริการตามสิทธิประโยชน์แก่หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยตามผลงาน ส่วนการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการอื่นที่อยู่นอกเหนือจากขอบเขตบริการรวมอยู่ในเงินเหมาจ่ายรายหัว หรือเป็นไปตามประกาศของ สปสช.

แนวทางการรับยา กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หน่วยบริการได้รับยาจากเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายและบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ได้รับเป็นค่าชดเชยค่ายา ตามอัตราที่ สปสช. กำหนด

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย/แนวทาง	การเบิกจ่าย	หลักเกณฑ์การจ่าย
1. บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรค			
1.1 บริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐานและดื้อยา			
หน่วยบริการดูแลรักษาด้วยยารักษาวัณโรคสูตรพื้นฐานและดื้อยา	การพิจารณาเลือกการรักษาด้วยยารักษาวัณโรค ให้เป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556 และแนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พ.ศ. 2558 ที่ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข โดยหน่วยบริการสามารถเลือกใช้ยารักษาวัณโรคได้ตามรายการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด	หน่วยบริการเบิกยารักษาวัณโรคตามที่ใช้จริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในระบบ TB Data Hub	หน่วยบริการได้รับการสนับสนุนในรูปแบบของยา
1.2 บริการรักษาการติดเชื้อระยะแฝงสำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค			
หน่วยบริการรักษาการติดเชื้อระยะแฝงสำหรับเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค	การพิจารณารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ด้วยยารักษาวัณโรค ให้เป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556 ที่ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข โดยหน่วยบริการสามารถเลือกใช้ยารักษาวัณโรคได้ตามรายการและเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด	หน่วยบริการเบิกยารักษาวัณโรคตามที่ใช้จริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในระบบ TB Data Hub	หน่วยบริการได้รับการสนับสนุนในรูปแบบของยา
2. บริการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยหรือติดตามการรักษา			
2.1 การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อการติดตามการรักษาวัณโรค			
ค่าตรวจ AFB (เฉพาะเสมหะ)	การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556 ที่ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข	หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจ AFB ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึก/นำเข้าข้อมูลการให้บริการในระบบ TB Data Hub	20 บาท/ตัวอย่าง (ไม่เกิน 3 ตัวอย่าง/ครั้ง)

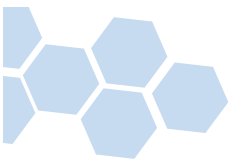




รายการ	กลุ่มเป้าหมาย/แนวทาง	การเบิกจ่าย	หลักเกณฑ์การจ่าย
ค่าตรวจ CXR		หน่วยบริการเบิกชดเชย ค่าตรวจ CXR ได้ตาม จำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึก/นำเข้า ข้อมูลการให้บริการใน ระบบ TB Data Hub	100 บาท/ครั้ง
2.2 การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา			
การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)			
เทคนิค Solid Media	การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อ วินิจฉัยวัณโรคดื้อยา ด้วยการตรวจเพาะ เลี้ยงเชื้อวัณโรค(Culture) เป็นไปตาม แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค ดื้อยา พ.ศ. 2558 ที่ประกาศโดยกระทรวง สาธารณสุข	หน่วยบริการเบิกชดเชย ค่าตรวจ Culture ได้ ตามจำนวนที่ให้บริการ จริง โดยบันทึก/นำเข้า ข้อมูลการให้บริการใน ระบบ TB Data Hub	200 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Liquid Media			300 บาท/ตัวอย่าง
การตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST)			
เทคนิค Solid Media	การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อ วินิจฉัยวัณโรคดื้อยา ด้วยการทดสอบความ ไวต่อยาวัณโรค (DST) เป็นไปตามแนวทางการ บริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พ.ศ. 2558 ที่ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข	หน่วยบริการเบิกชดเชย ค่าตรวจ DST ได้ตาม จำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึก/นำเข้า ข้อมูลการให้บริการใน ระบบ TB Data Hub	200 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Liquid Media			500 บาท/ตัวอย่าง
การตรวจเชื้อวัณโรคดื้อยาดด้วยวิธี Molecular assay			
เทคนิค Line Probe Assay (LPA)	การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อ วินิจฉัยวัณโรคดื้อยาดด้วยวิธี Molecular assay เป็นไปตามแนวทางการบริหาร จัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พ.ศ. 2558 ที่ ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข	หน่วยบริการเบิกชดเชย ค่าตรวจ Molecular assay ได้ตามจำนวนที่ ให้บริการจริง โดย บันทึก/นำเข้าข้อมูล การให้บริการในระบบ TB Data Hub	700 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Xpert MTB/RIF			

รายการ	กลุ่มเป้าหมาย/แนวทาง	การเบิกจ่าย	หลักเกณฑ์การจ่าย
2.3 ตรวจสอบชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา			
การตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค (Culture)			
เทคนิค Solid Media	การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา เป็นไปตามแนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พ.ศ. 2558 ที่ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข	หน่วยบริการเบิกชดเชย ค่าตรวจ Culture เพื่อติดตามการรักษาวัณโรคดื้อยา ได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึก/นำเข้าข้อมูลการให้บริการในระบบ TB Data Hub	200 บาท/ตัวอย่าง
เทคนิค Liquid Media			300 บาท/ตัวอย่าง
3. บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม			
บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม	บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาและติดตาม ครอบคลุมกิจกรรมทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการบริการ ได้แก่ บริการดูแลรักษา การติดตามการรักษา บริการให้คำปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	หน่วยบริการเบิกชดเชย ค่าบริการดูแลรักษา อย่างเป็นองค์รวม โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในระบบ TB Data Hub	20 บาท/ครั้ง
4. บริการกำกับกำกับการกินยา DOT			
บริการกำกับกำกับการกินยา DOT	บริหารวงเงินแบบ Global budget ระดับเขต โดย สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการโดยจ่ายตามผลงานบริการกำกับกำกับการกินยา (DOT) หรือ จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการที่เสนอโครงการเพื่อขอรับสนับสนุนงบประมาณ ทั้งนี้การจ่ายต้องผ่านความเห็นชอบจาก สปสช. ทั้งนี้การดำเนินงานให้บริการกำกับกำกับการกินยา DOT เป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556 และแนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พ.ศ. 2558 ที่ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข	หน่วยบริการรายงาน ผลการให้บริการกำกับกำกับการกินยา (DOT) โดยบันทึกข้อมูลบริการในระบบ TB Data Hub	จัดสรรตามเกณฑ์ที่ สปสช.เขตกำหนด





รายการ	กลุ่มเป้าหมาย/แนวทาง	การเบิกจ่าย	หลักเกณฑ์การจ่าย
5. บริการค้นหาผู้ป่วย			
บริการค้นหาผู้ป่วย	บริหารวงเงินแบบ Global budget ระดับเขต โดย สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการโดยจ่ายตามผลงานบริการค้นหาผู้ป่วย หรือจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการที่เสนอโครงการเพื่อขอรับสนับสนุนงบประมาณ ทั้งนี้การจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์ที่ อปสช.เห็นชอบ ทั้งนี้การดำเนินงานให้บริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค เป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556 และแนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค ต่อยา พ.ศ. 2558 ที่ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข	หน่วยบริการรายงาน ผลบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค โดยบันทึกข้อมูลบริการในระบบ TB Data Hub	จัดสรรตามเกณฑ์ที่ สปสช.เขตกำหนด
6. บริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ			
บริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ	บริหารวงเงินแบบ Global budget ระดับเขต โดย สปสช.เขต พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการโดยจ่ายตามผลงานบริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ ทั้งนี้การจ่ายเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ทั้งนี้การดำเนินการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำเป็นไปตามแนวทางเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกในเรือนจำปี 2558 ที่ประกาศโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	หน่วยบริการรายงาน ผลบริการคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ โดยบันทึกข้อมูลบริการในระบบ TB Data Hub	จัดสรรตามเกณฑ์ที่ สปสช.เขตกำหนด

4. การกำกับติดตามและประเมินผล

4.1 ด้านคุณภาพบริการ

ในปีงบประมาณ 2561 กำหนดให้ใช้ตัวชี้วัดผลงานคุณภาพบริการ เพื่อสนับสนุนให้มีการติดตามดำเนินงานให้มีความต่อเนื่อง ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 1 : จำนวนผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค

ตัวชี้วัดที่ 2 : จำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB)

ตัวชี้วัดที่ 3 : จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรคในเรือนจำ

ตัวชี้วัดที่ 4 : อัตราผลสำเร็จของการรักษา (Success rate)

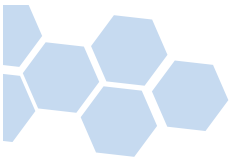
ตัวชี้วัดที่ 5 : อัตราการขาดการรักษา (Default rate)

ตัวชี้วัดที่ 6 : อัตราการเสียชีวิต (Death rate)

4.2 ด้านการบริหารจัดการ

เพื่อให้สามารถบริหารงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้พัฒนาระบบเป็น DMIS for seamless โดยกำหนดกรอบเวลาในการตัดยอดข้อมูล การประมวลผลการจ่ายค่าใช้จ่าย และการโอนเงินให้กับหน่วยบริการเป็นรายเดือน





บทที่ 4

การบริหารจัดการบริการ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ตามที่ คณะรัฐมนตรี ได้มีมติ เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2550 อนุมัติให้ขยายบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการให้บริการบำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเริ่มให้บริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2551 เป็นต้นไป

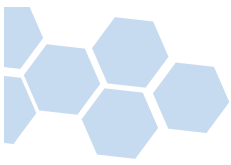
ในปีงบประมาณ 2561 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้บริหารจัดการงบบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ครอบคลุมการให้บริการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) และการให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต โดยเริ่มต้นการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามทุกราย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม

ก. วัตถุประสงค์

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

ว. วงเงินที่ได้รับ

งบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นงบประมาณที่ได้รับเป็นการเฉพาะแยกจากงบบริการทางการแพทย์ เหม่าจ่ายรายหัว โดยในปีงบประมาณ 2561 จัดสรรเป็นงบประมาณเพื่อการบริการบำบัดทดแทนไต ดังนี้



รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD)	4,243.6145
2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)	3,417.8287
3. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่รับยา EPO (HD SelfPay)	73.4720
4. บริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต	
- ผ่าตัด (KT)	58.2667
- รับยากดภูมิ (KTI)	372.4251
รวม	8,165.6070

ทั้งนี้ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเปลี่ยนแปลงงบประมาณปี 2561 ระหว่างประเภทบริการได้ตามศักยภาพของระบบบริการ

ค. แนวทาง เฝ้าระวัง และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

แนวทางการรับยาและอุปกรณ์ กรณีรายการที่กำหนดอยู่ในแผนและวงเงินการจัดหาฯ ให้หน่วยบริการได้รับจากเครือข่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ ยกเว้นหน่วยบริการที่ไม่อยู่ในเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ได้รับเป็นค่าชดเชยค่ายาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามอัตราจ่ายที่ สปสช. กำหนด

1. บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด โดยมีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

1.1. สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) เป็นบริการแรกสำหรับการทดแทนไตให้กับผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามทุกราย เนื่องจากค่านึงถึงผลกระทบที่จะมีต่อผู้ป่วยและสังคมโดยรวม กล่าวคือ บริการ CAPD นั้นเป็นบริการที่ใช้เวลาของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการน้อยกว่า HD และเป็นบริการที่ผู้ป่วยสามารถทำเองได้ที่บ้านด้วยตนเอง โดยไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาล สัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ทำให้ประหยัดทั้งเวลาในการเดินทาง และค่าเสียโอกาสของผู้ป่วย และญาติในการทำงาน นอกจากนี้บริการ CAPD เป็นบริการที่สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า HD เพราะค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าน้ำยาล้างช่องท้อง ซึ่งมีโอกาสที่จะลดราคาลงได้ถ้ามีการบริหารจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง จึงได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ในปี 2561 ดังนี้

1.1.1. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง CAPD หน่วยเดิม ต่อเนื่อง และขยายหน่วยบริการใหม่ที่มีความพร้อม เพื่อให้มีหน่วยบริการ CAPD ที่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ เพียงพอ

1.1.2. สนับสนุนให้มี Regional Renal Replacement Therapy Center (RRRTC) เพื่อพัฒนา รูปแบบการให้บริการ CAPD และเครือข่ายหน่วยบริการ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการและการวิจัย

1.1.3. สนับสนุนคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงการบริการบำบัดทดแทนไตระดับเขต ให้มีบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาระบบ บริการ เครือข่ายหน่วยบริการ ควบคุมคุณภาพ และประเมินผลการให้บริการ CAPD ในพื้นที่

1.1.4. สนับสนุนให้มีการประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งงาน วิชาการและงานวิจัย เช่น ให้มี การประชุมระดับชาติ หรือนานาชาติ เป็นต้น

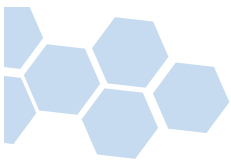
1.1.5. ให้มีการพัฒนาข้อเสนอทางเลือกสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวม ชนิดไม่รับการบำบัดทดแทนไต

1.2. การบริหารจัดการบริการ CAPD เป็นการดำเนินงานในลักษณะการบริหารจัดการโรคเฉพาะ จึงต้องมีการดำเนินงานเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ลงทะเบียนผู้ป่วย และการเบิกค่าบริการ เป็นไปตาม ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวปฏิบัติการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) พ.ศ. 2560 (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

หลักเกณฑ์การสนับสนุนในรูปแบบของยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ดังนี้

ลำดับ	รายการ	อัตรา	ระบบ สารสนเทศ	กำหนดเวลา ประมวลผล	กำหนดเวลาจ่าย
1	น้ำยาล้างไต	4 ถุง/คน/วัน	โปรแกรม DMIS_CAPD	หลังเที่ยงคืนของทุกวัน และส่งข้อมูลเข้าระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมทุกวัน	เป็นไปตามแนวทางของ เครือข่ายหน่วยบริการ ด้านยาและเวชภัณฑ์
2	สาย Tenckhoff catheter (TK)	1 สาย/ราย/ปี	โปรแกรม DMIS_CAPD	หลังเที่ยงคืนของทุกวัน และส่งข้อมูลเข้าระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมทุกวัน	เป็นไปตามแนวทางของ เครือข่ายหน่วยบริการ ด้านยาและเวชภัณฑ์
3	ยา Erythropoietin	ตามเกณฑ์ ที่ สปสช. กำหนด	โปรแกรม DMIS_CAPD	หลังเที่ยงคืนของวันที่ 15 และวันสิ้นเดือน และส่ง เข้าระบบขององค์การ เภสัชหลังวันประมวลผล	เป็นไปตามแนวทางของ เครือข่ายหน่วยบริการ ด้านยาและเวชภัณฑ์





ลำดับ	รายการ	อัตรา	ระบบ สารสนเทศ	กำหนดเวลา ประมวลผล	กำหนดเวลาจ่าย
4	ค่าบริการ CAPD	2,500 บาท/ราย/ เดือน	โปรแกรม DMIS_CAPD	หลังเที่ยงคืนของวันสิ้น เดือนหลังจากได้รับผล งานการให้บริการ	
5	ค่าบริการ Temp HD	1,500 บาท/ครั้ง	โปรแกรม DMIS_CAPD	หลังเที่ยงคืนของวันสิ้น เดือนหลัง จากได้รับผล งานการให้บริการ	

2. บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะฟอกเลือดตามแนวเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด โดยมีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

2.1. แม้ว่าการให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง CAPD แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นนโยบายหลักในการจัดบริการบำบัดทดแทนไต แต่ก็มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวนหนึ่งที่มีข้อห้ามบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) มีความจำเป็นต้องใช้บริการฟอกเลือด (Hemodialysis: HD) เป็นบริการแรก เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง จึงได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีเป้าหมายในปี 2561 จะให้การสนับสนุนการพัฒนา และควบคุมคุณภาพมาตรฐานการให้บริการมากขึ้น

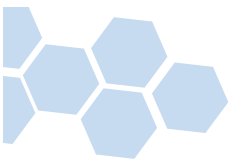
2.2. การบริหารจัดการบริการ HD ดำเนินงานในลักษณะการบริหารจัดการโรคเฉพาะจึงต้องมีการดำเนินงานเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ลงทะเบียนผู้ป่วย และการเบิกค่าบริการ เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวปฏิบัติให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) และการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พ.ศ. 2560 (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

2.3. หลักเกณฑ์การสนับสนุนในรูปแบบของยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์

ลำดับ	รายการ	อัตรา	ระบบ สารสนเทศ	กำหนดเวลา ประมวลผล	กำหนดเวลาจ่าย
1	ค่าฟอกเลือด ด้วยเครื่อง ไตเทียม	1,500 บาทหรือ 1,700 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์)	โปรแกรม HD สภส.	หลังเที่ยงคืนของ วันสิ้นเดือนหลัง จากได้รับผล งานการให้บริการ	ภายใน 30 วัน ภายหลังการ ประมวลผลการ จ่ายชดเชย

ลำดับ	รายการ	อัตรา	ระบบ สารสนเทศ	กำหนดเวลา ประมวลผล	กำหนดเวลาจ่าย
2	ยา Erythropoietin	ตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด	โปรแกรม HD สภส.	หลังเที่ยงคืนของ วันที่ 15 และวัน สิ้นเดือน และส่ง เข้าระบบของ องค์การเภสัชหลัง วันประมวลผล	เป็นไปตาม แนวทางของ เครือข่ายหน่วย บริการด้านยา และเวชภัณฑ์
เงื่อนไขและอัตราการจ่าย Vascular access					
1	Tunnel cuffed catheter	เบิกตามจริง แต่ไม่เกิน 12,000 บาท (รวมค่า สายและ ค่าใส่สาย)	โปรแกรม E-Claim	ประมวลผลทุกวัน จันทร์ วันพุธ และ วันศุกร์ทุกสัปดาห์	ภายใน 30 วัน ภายหลังการ ประมวลผลการ จ่ายชดเชย
2	AVF	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่า ผ่าตัด ค่า OR และค่า ห้องปฏิบัติการ)	โปรแกรม E-Claim	ประมวลผลทุกวัน จันทร์ วันพุธ และ วันศุกร์ทุกสัปดาห์	ภายใน 30 วัน ภายหลังการ ประมวลผลการ จ่ายชดเชย
3	AVG	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 8,000 บาท (รวมค่า ผ่าตัด ค่า OR และค่า ห้องปฏิบัติการแต่ไม่รวม ค่า Graft) ค่า Graft ไม่เกิน 14,000 บาท	โปรแกรม E-Claim	ประมวลผลทุกวัน จันทร์ วันพุธ และ วันศุกร์ทุกสัปดาห์	ภายใน 30 วัน ภายหลังการ ประมวลผลการ จ่ายชดเชย
4	Temporary double lumen catheter	เบิกตามจริงแต่ไม่เกิน 5,000 บาท (รวมค่าสาย และค่าใส่สาย)	โปรแกรม E-Claim	ประมวลผลทุกวัน จันทร์ วันพุธ และ วันศุกร์ทุกสัปดาห์	ภายใน 30 วัน ภายหลังการ ประมวลผลการ จ่ายชดเชย





3. บริการบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) ครอบคลุม

ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาคโดยเป็นค่าเตรียมการผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาคค่าบริการกรณีมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึง ค่ายาควบคุมคุ้มกันหลังการผ่าตัด และการติดตามผลภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยกำหนด โดยมีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

3.1. การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) เป็นเป้าหมายหลักสำหรับการจัดบริการบำบัดทดแทนไตแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของประเทศไทย เนื่องจากเป็นวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตและทำงานได้ดีที่สุด การผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง มากและไม่เพียงต้องการความรู้ความชำนาญของทีมงานในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังต้องการความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่การเตรียมการจัดหาอวัยวะที่จะปลูกถ่าย การจัดเตรียมความพร้อมของผู้บริจาคหรืออวัยวะที่บริจาค การเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการ จนถึงภายหลังจากการปลูกถ่ายไตแล้วก็ยังต้องมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพื่อลดผลจากภาวะภูมิคุ้มกันที่มีต่ออวัยวะที่ปลูกถ่าย

3.2. การบริหารจัดการบริการ KT เป็นการดำเนินงานในลักษณะการบริหารจัดการโรคเฉพาะจึงต้องมีการดำเนินงานเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ลงทะเบียนผู้ป่วย และการจ่ายชดเชยค่าบริการ เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวปฏิบัติการให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไต และการให้บริการยาควบคุมภายหลังการปลูกถ่ายไต พ.ศ. 2560 (รายละเอียดตามรวบรวมกฎระเบียบ ข้อบังคับฯ)

3.3. หลักเกณฑ์การสนับสนุนและจ่ายชดเชยค่าบริการ

3.3.1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

ประเภทการจ่าย		เงื่อนไข	อัตราจ่าย (บาท)
ผู้บริจาค	สมองตาย	ผ่าตัดนำอวัยวะออก	40,000 ต่อไต 1 ซ้าง
	มีชีวิต	เตรียมผู้บริจาค	40,000
		ผ่าตัดนำอวัยวะออก	32,800
ผู้รับบริจาค		ก่อนรับผ่าตัด	31,300
	จากผู้บริจาค มีชีวิต	ค่าตรวจ PRA	
		- ตรวจ Screening 1 ครั้งต่อปี กรณีผลเป็นลบ	2,000
- ตรวจ SAB class I เพื่อ Confirm กรณี Screening class I ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี		13,000	
- ตรวจ SAB class II เพื่อ confirm กรณี Screening class II ผลเป็นบวก 1 ครั้งต่อปี	12,500		

ประเภทการจ่าย		เงื่อนไข	อัตราจ่าย (บาท)
จากผู้บริจาค	สมองตาย	ค่าตรวจ PRA จ่ายตามจริง ไม่เกิน 7,200 บาทต่อรายต่อปี	7,200

3.3.2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัด แยกเป็นประเภท ดังนี้

1) อัตราจ่ายกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

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

2) อัตราจ่ายกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนโดยตรงจากการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

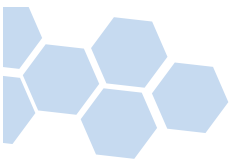
Protocol	อัตราจ่าย (บาท)
Protocol ACR-A (Acute cellular rejection)	23,000
Protocol ACR-B (Refractory acute cellular rejection)	493,000
Protocol AMR-A (Antibody mediated rejection)	340,000
Protocol AMR-B (Refractory antibody mediated rejection)	426,000
Protocol DGF-A (Delayed graft function)	56,000
Protocol DGF-B (Delayed graft function with acute cellular rejection)	40,000
Protocol DGF-C (Delayed graft function with antibody mediated rejection)	35,000

หมายเหตุ: การรับบริการปลูกถ่ายไต ให้หน่วยบริการประจำจัดทำใบส่งตัวผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการที่ทำข้อตกลงปลูกถ่ายไต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้ถือว่าใบส่งตัวนั้น ครอบคลุมการส่งตัวรักษาโรคอื่น ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไต 1 ปี

4. บริการยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายไต

4.1. เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้จัดระบบการสนับสนุนการให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต (Immunosuppressive drug) ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและหน่วยบริการที่ร่วมโครงการ





4.2. การบริหารจัดการ

4.2.1. การรับยากดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressive drug) ภายหลังจากการปลูกถ่ายไต โดยเกณฑ์การให้ยากดภูมิคุ้มกันต้องเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ยากดภูมิคุ้มกันต้องเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น

4.2.2. การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ การลงทะเบียนผู้ป่วย และการจ่ายชดเชยค่าบริการ เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวปฏิบัติการให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไต และการให้บริการยากดภูมิภายหลังการปลูกถ่ายไต พ.ศ. 2560

4.3. หลักเกณฑ์การสนับสนุนและจ่ายชดเชยค่าบริการ

4.3.1. อัตราการชดเชย

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

5. การสนับสนุนยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ครอบคลุมการให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) สำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 เป็นต้นไป และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ให้ดำเนินการตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวปฏิบัติการสนับสนุนและให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พ.ศ. 2560 (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ)

จ. การกำกับติดตามและประเมินผลการจ่าย

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2561 ดังนี้

1. ด้านการเข้าถึงบริการ

- 1.1. อัตราการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตเทียบกับอัตราความชุกของการเกิดโรค
- 1.2. อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

2. ด้านคุณภาพบริการ

- 2.1. อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในระยะเวลา 12 เดือนหลังเริ่มต้นรับการรักษา
- 2.2. อัตราการเกิดการติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องโดยเฉลี่ยของผู้ป่วย CAPD
- 2.3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ที่มีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร

บทที่ 5

การบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 บริการควบคุมป้องกัน และรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

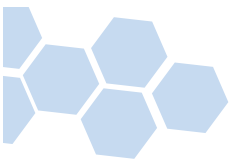
เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ได้แก่การตรวจคัดกรองค้นหาภาวะแทรกซ้อนตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ การควบคุมดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่แรกเริ่มและการพัฒนาศักยภาพการให้บริการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ

ก. วัตถุประสงค์

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานเพื่อลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อน
3. ส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (Chronic Care Model: CCM) การบริหารจัดการโดยใช้กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District health board) และระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (Primary care cluster) รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ว. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงปีงบประมาณ 2561 ได้รับจำนวน 1,019.2033 ล้านบาท



ค. แนวทาง เกื้อหนุน และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. บริหารจัดการเป็น Global ระดับเขต โดยคำนวณดังนี้

1.1. จำนวนร้อยละ 40 จัดสรรตามจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีข้อมูลลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ ตามระบบข้อมูลบริการในเขตนั้นๆ โดยจำนวนผู้ป่วยได้มาจากฐานข้อมูล OP individual, OP/AE และ IP individual

1.2. จำนวนร้อยละ 60 จัดสรรตามผลงานภาพรวมระดับเขต โดยใช้เกณฑ์คุณภาพและผลลัพธ์สำคัญจากการดูแลรักษาโรคผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่กำหนด โดยใช้ตัวชี้วัดด้านคุณภาพที่ใช้ในปีงบประมาณ 2560 จาก 15 ตัวชี้วัด คงเหลือ 7 ตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

1) ผลงานจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (OP/E-Claim) สปสช. จำนวน 4 ตัวชี้วัด โดยเป็นผลงานไตรมาส 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2559 และไตรมาส 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2560 ได้แก่

1.1) อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของ รพ. ที่รับลงทะเบียนสิทธิ

1.2) อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของ รพ. ที่รับลงทะเบียนสิทธิ

1.3) อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ของผู้ป่วยตัดขาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานของ รพ. ที่รับลงทะเบียนสิทธิ

1.4) อัตราการรับไว้รักษาใน รพ. (Admission Rate) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงของ รพ. ที่รับลงทะเบียนสิทธิ

2) ตัวชี้วัดใหม่ในปี 2561 จำนวน 3 ตัวชี้วัด ได้แก่

2.1) อัตราการได้รับการรักษาด้วยวิธี Laser ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา โดยเป็นผลงานไตรมาส 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2559 และไตรมาส 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2560

2.2) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี โดยใช้ผลงานจากฐานข้อมูล Health Data center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นผลงานไตรมาส 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2559 และไตรมาส 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2560

2.3) อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี โดยใช้ผลงานจากฐานข้อมูล Health Data center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นผลงานไตรมาส 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2559 และไตรมาส 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2560

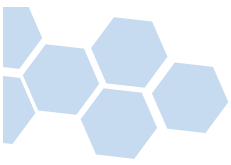
2. การจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการให้จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำ โดยหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายให้ผ่านความเห็นชอบ จาก อปสช. โดยไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ให้เป็นไปตามคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งนี้

เขตต้องใช้ตัวชี้วัดคุณภาพ 7 ตัวตามที่ใช้ในการคำนวณ Global ระดับเขต และสามารถเพิ่มเติมตัวชี้วัดคุณภาพได้ตามบริบทการพัฒนาของแต่ละเขต โดยให้ใช้ข้อมูลไตรมาสที่ 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2559 และไตรมาสที่ 1 และ 2 ของปีงบประมาณ 2560 ทั้งนี้ อาจมีกลไกคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับเขตร่วมกันจัดทำหลักเกณฑ์เพื่อเสนอ อปสข. พิจารณา

4. การกำกับติดตาม และประเมินผลการจัดสรร

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) โดยเน้นผลลัพธ์ของการให้บริการ ซึ่ง สปสข.มีกลไกคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขต ทำหน้าที่ในการติดตามและประเมินผลคุณภาพการบริการ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขก็มีกลไกการพัฒนากระบวนการ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับเขต ทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการและการกำกับติดตามประเมินผลด้วย ทั้งนี้ ในปี 2561 สปสข.จะมีการดำเนินงานกำกับติดตามและประเมินผล ดังนี้

1. การประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานคร โดยเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Medical Research Network: MedResNet) ซึ่งจะมีการประเมินทุก 3 ปี
2. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด จากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ ได้แก่ ข้อมูลบริการจากฐานข้อมูล OP/PP และ IP individual record
3. รายงานผลการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
4. ประเมินผลการบริหารจัดการเชิงบูรณาการในระดับพื้นที่ โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมดูแลรักษาผู้ป่วยทุกระดับ



ส่วนที่ 2 บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ก. วัตถุประสงค์

1. สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ได้รับการบริการต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชนอย่างมีคุณภาพ
2. พัฒนาเครือข่ายระบบบริการจิตเวช ระหว่าง หน่วยบริการรับส่งต่อกับหน่วยบริการประจำ และ หน่วยบริการประจำกับเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ
3. ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ/การรับเข้ารักษาซ้ำ ใน รพ.ของผู้ป่วยเป้าหมาย

ว. วงเงินงบที่ได้รับ

ค่าใช้จ่ายบริการจิตเวชเรื้อรังที่บ้าน/ในชุมชน ได้รับจำนวน 61.5000 ล้านบาท เป้าหมายผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ได้รับการดูแลในชุมชน จำนวน 10,250 ราย

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1. กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

- 1.1. ผู้ป่วยที่มีรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก F20 – F29 ที่เข้าเกณฑ์จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ใกล้ชิด (High risk) และ ไม่ซ้ำรายเดิม ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง/หรือเป็นเป้าหมายในปี 2560
- 1.2. เป็นผู้ป่วยที่เคยหรือเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมาก หรือกลุ่ม Serious Mental illness with Violence: SMIV ตามเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนด
- 1.3. เป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการจัดการ เช่น ในครอบครัวเดียวกันมีผู้ป่วยจิตเวชหลายคน ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตัวเอง ผู้ป่วยไม่ร่วมมือ ขาดยา ขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแลมีศักยภาพไม่เพียงพอ อาจถูกกล่าวหา จำเป็นต้องสนับสนุนการดูแล โดย ชุมชน และหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ร่วมด้วย

2. หน่วยบริการที่จะได้รับค่าใช้จ่าย

- 2.1. หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผู้ป่วยลงทะเบียน หรือที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น มีหน้าที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีคุณภาพ อย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชน โดยความร่วมมือกับครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหรือภาคีเครือข่ายในพื้นที่
- 2.2. หน่วยบริการพี่เลี้ยง ได้แก่ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีจิตแพทย์ หรือมีแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสุขภาพจิตชุมชน หรือแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กรมสุขภาพจิตกำหนด โดยเฉพาะโรงพยาบาลจิตเวช ราชนครินทร์ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีหน้าที่ในการเป็นพี่เลี้ยง ร่วมให้บริการ ให้คำปรึกษา และสนับสนุน การพัฒนาศักยภาพแพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน

3. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

3.1. การจัดสรรเป็น 2 ส่วน ดังนี้

3.1.1. วงเงินไม่เกิน 10.25 ล้านบาท สำหรับหน่วยบริการที่เลี้ยง เป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติม ให้แก่หน่วยบริการที่มีศักยภาพเป็นที่เลี้ยง ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายในเครือข่ายหน่วยบริการหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น

3.1.2. วงเงินไม่น้อยกว่า 51.25 ล้านบาท สำหรับหน่วยบริการประจำ หรือ หน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น เป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายเพิ่มเติม ให้แก่หน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ลงทะเบียน

3.2. การจัดสรรเป้าหมายและวงเงินแบบมีเพดานระดับเขต (Global budget) จำนวน 6,000 บาทต่อราย ให้ สปสช.เขต ดำเนินการบริหารจัดการ ดังนี้

3.2.1. ข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณ

1) ร้อยละ 50 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง จากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่เข้ารับบริการ ช่วงระยะเวลาระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2559 ถึง 30 มีนาคม 2560

2) ร้อยละ 50 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง จากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วงระยะเวลาระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2559 ถึง 30 มีนาคม 2560

3.2.2. อัตราที่ใช้ในการคำนวณ

1) สำหรับหน่วยบริการ รพ.ที่เลี้ยง วงเงินรวมไม่เกินจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนดในอัตรา 1,000 บาทต่อราย

2) สำหรับหน่วยบริการประจำ เป็นวงเงินรวมไม่น้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนด ในอัตรา 5,000 บาทต่อราย

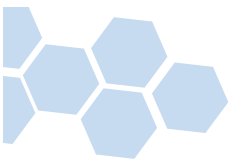
3.3. สปสช.เขต จัดให้มีกลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการ จัดสรรเป้าหมายงบประมาณ โดย

3.3.1. จัดสรรเป้าหมายให้หน่วยบริการที่เลี้ยงและหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่/ชุมชนนั้น ตามเกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจำนวนไม่น้อยกว่าเป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนดรายเขต

3.3.2. การจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ โดยจำแนกผู้ป่วยจิตเวชไม่น้อยกว่าเป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนด ตามเกณฑ์ดังนี้

1) เหมาจ่ายไม่เกิน 1,000 บาทต่อราย ให้แก่หน่วยบริการที่เลี้ยงโดยวงเงินรวมในส่วนนี้ต้องไม่เกินวงเงินตามข้อ 3.2.2 1)

2) เหมาจ่ายไม่เกิน 6,000 บาทต่อราย ให้แก่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่/ชุมชนนั้น



3.4. บทบาทหน่วยบริการ

3.4.1. หน่วยบริการประจำ ที่ผู้ป่วยลงทะเบียน หรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่/ชุมชนนั้น

- 1) จัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงและคุณภาพบริการ
- 2) มอบหมายผู้รับผิดชอบ หรือทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ /จิตแพทย์ พยาบาล ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป นักจิตวิทยาคลินิก เกษัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และหรือ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- 3) จัดตั้ง/พัฒนาระบบ ศูนย์ประสานการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Continuous of Care: COC)
- 4) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individual care plan) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย
- 5) บันทึกข้อมูลการจัดบริการ/เยี่ยมผู้ป่วย ในโปรแกรมบันทึกการให้บริการผู้ป่วยนอก และส่งออก 43 แฟ้ม โดยเฉพาะแฟ้มที่เกี่ยวข้องกับ Community Service ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด และหรือ บันทึกข้อมูลการเยี่ยมติดตามผู้ป่วย ในโปรแกรม “Care Transition F20 - F29” ที่บริหารจัดการโดย รพจ.นครราชสีมาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นหลักฐานในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- 6) ประสานสนับสนุน/พัฒนาระบบสื่อสารให้คำที่ปรึกษา และร่วมดูแลผู้ป่วยกับ หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. ผู้นำชุมชน องค์กรศาสนา เพื่อดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมที่บ้าน อย่างน้อย 1 ครั้งต่อคน
- 7) รวบรวม สรุปและรายงานผลการดำเนินงานแก่ สปสช.และหรือกลไกการทำงาน ระดับเขต

3.4.2. หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ หน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่/ชุมชนนั้น

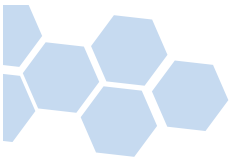
- 1) จัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงและคุณภาพบริการ
- 2) ร่วมจัดทำและดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามแผนการดูแลรายบุคคล (Individual care plan) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และมอบสมุดประจำตัว/สมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วย
- 3) ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. ผู้นำชุมชน องค์กรศาสนา และร่วมดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมที่บ้าน
- 4) ประเมินทัศนคติของชุมชน และสถานภาพด้านสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการดูแลจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับอยู่ในสังคม/ชุมชนได้
- 5) รวบรวมสรุปและรายงานผลการดำเนินงานแก่ สปสช.และหรือกลไกการทำงาน ระดับเขต

3.4.3. หน่วยบริการพี่เลี้ยง

- 1) วิเคราะห์สถานการณ์ระดับจังหวัด/เครือข่ายบริการ ด้านการเข้าถึงและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และศักยภาพหน่วย/สถานบริการที่เกี่ยวข้อง
- 2) มอบหมายผู้รับผิดชอบ ทำแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังต่อเนื่องในชุมชน
- 3) จัดตั้งและพัฒนาทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังรายหน่วยบริการประจำ ศูนย์ประสานการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และแนวทางการดำเนินการ
- 4) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการในความรับผิดชอบ
- 5) พัฒนาช่องทางการติดต่อสื่อสารให้คำปรึกษา/ส่งต่อ ร่วมติดตามดูแลผู้ป่วยที่หน่วยบริการประจำ ปฐมภูมิ และที่บ้านผู้ป่วย อย่างน้อยหน่วยบริการประจำละ 1 ครั้ง
- 6) สรุปรวบรวมผลการดำเนินงานและสรุป รายงาน สปสช./กลไกการทำงาน ระดับเขต

4. การกำกับติดตามและประเมินผลการจัดสรร

1. ติดตามกำกับการจัดสรร/การจ่ายเงินของ สปสช.เขต
2. ประมวลผลข้อมูลอัตราการรับเข้ารักษาซ้ำ (Re-admission rate) ของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเป้าหมาย
3. ข้อมูลจากการนิเทศติดตาม การวิเคราะห์/การสำรวจ หรือ การจัดทำประเมินผล โดย กรมสุขภาพจิต หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. ประสานการประเมินผลโดยหน่วยงานวิชาการภายนอก เช่น สวรส. หรือ สถาบันการศึกษา



บทที่ 6

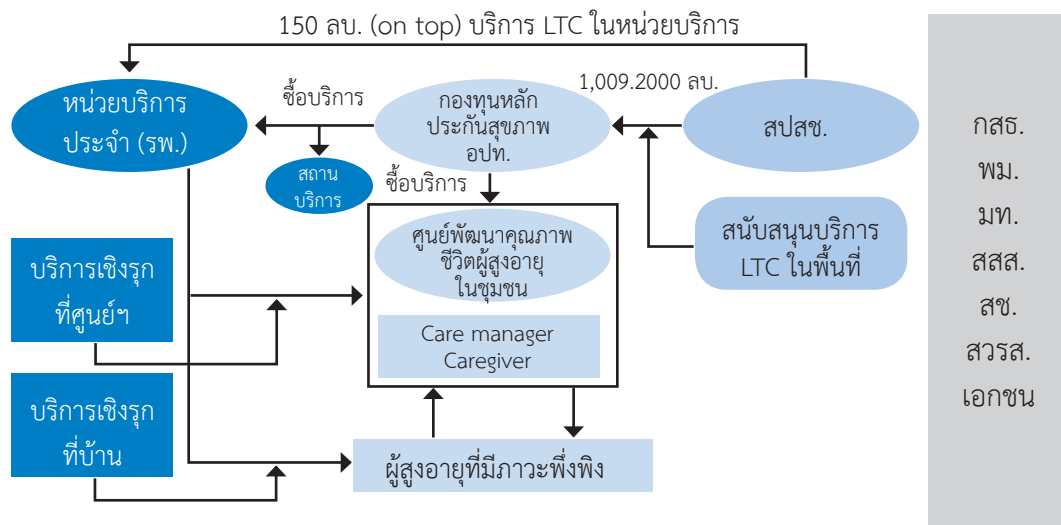
ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

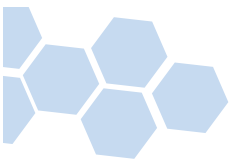
ก. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านติดเตียง) คะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เชื่อมโยงกับบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในระยะแรกหน่วยบริการจะเป็นหลักในการจัดบริการและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีความเข้มแข็งในการบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อในระยะต่อไป อปท.จะเป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการให้เกิดบริการดูแลระยะยาวฯ เชิงรุกที่บ้านหรือที่ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ ภายใต้การสนับสนุนของหน่วยบริการในพื้นที่

ว. วงเงินงบที่ได้รับ

ปีงบประมาณ 2561 สปสช.ได้รับค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 1,159.2000 ล้านบาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านติดเตียง) เป้าหมายจำนวน 193,200 คน โดยกรอบการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการฯ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีดังนี้





ค. แนวทาง เงินโง และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 มีเจตนารมณ์ให้ อปท.ที่ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งมีความพร้อม ความเหมาะสม และได้แสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงานให้ได้รับเงินเพิ่มจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน ส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีแนวทางการบริหารจัดการ ดังนี้

1. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

1.1. จำนวน 150 ล้านบาท จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำในพื้นที่ (ยกเว้นพื้นที่ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร) ที่เข้าร่วมดำเนินการบูรณาการการดูแลระยะยาวฯ ในชุมชนและบริการสุขภาพชุมชน เฉลี่ยแห่งละ 100,000 บาท จ่ายตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป้าหมายและสามารถปรับจ่ายแบบขั้นบันไดตามจำนวนเป้าหมายได้ โดยขอเขตการดำเนินงาน มีดังนี้

1.1.1. จัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตาม ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เพื่อแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น 4 กลุ่มและประเมินความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการฯ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) จัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต่อไป

1.1.2. จัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม (รายละเอียดตามรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับฯ) รวมทั้งรับส่งต่อในกรณีที่ต้องให้บริการในหน่วยบริการ

1.2. จำนวน 984.2 ล้านบาท จ่ายแบบเหมาจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่เข้าร่วมดำเนินการดูแลระยะยาวฯ ในอัตรา 5,000 บาทต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อปี ทั้งนี้ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง

1.3. จำนวน 25 ล้านบาท จัดสรรสำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร เพื่อสนับสนุนกรุงเทพมหานคร ในการดูแลระยะยาวฯ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิงตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนดร่วมกับกรุงเทพมหานคร โดยคำนึงถึงความเป็น อปท.

ทั้งนี้ สปสช. สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ 1.1 ถึง 1.3 ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง

2. การดำเนินงานระบบดูแลระยะยาว ใน อปท.ที่ไม่ใช่พื้นที่เป้าหมาย ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม จะครอบคลุมการดำเนินงานระบบดูแลระยะยาว เฉพาะ อปท.ในพื้นที่เป้าหมายและแสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินการ กรณี อปท.ที่ไม่ใช่พื้นที่เป้าหมายหรือมิได้แสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินการ หากประสงค์จะบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว เพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก็อาจดำเนินการได้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 ภายใต้วัตถุประสงค์ของข้อ 7(1) หรือข้อ 7(3) โดยอาจนำเอาชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนดในเอกสารแนบท้ายประกาศฯ มาใช้ในการสนับสนุนการดำเนินการจัดระบบบริการดูแลระยะยาว ทั้งนี้ ภายใต้แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ขั้นตอนการดำเนินการโอนค่าบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (100,000 บาท/แห่ง) ให้กับหน่วยบริการประจำในพื้นที่ และการโอนงบค่าบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (เหมาจ่าย 5,000 บาท/ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ปี) ให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ รายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561

จ. การกำกับติดตามและประเมินผลการจัดสรร

1. ตัวชี้วัด

- 1.1. อัตราผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตามแผนการดูแลรายบุคคล Care plan
- 1.2. ร้อยละของ อปท.ที่มีการโอนงบค่าบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับหน่วยที่จัดบริการ

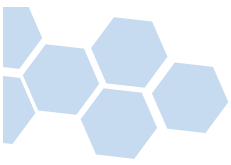
2. การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

2.1. ระดับประเทศ ดำเนินการ โดย สปสช.ส่วนกลาง ดังนี้

2.1.1. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จากรายงานผลการพิจารณาอนุมัติ Care plan ของคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการโอนงบค่าบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ อปท.ให้กับหน่วยที่จัดบริการ โดย สปสช.เขต รวบรวมส่งรายงานให้กับ สปสช.ส่วนกลางเป็นรายเดือนตามแบบฟอร์มที่กำหนด และรายงานการเบิกจ่ายค่าบริการฯ ของ อปท.ที่เข้าร่วมดำเนินงาน จากรายงานบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร รวมทั้งการตรวจเยี่ยมพื้นที่ดำเนินงาน

2.1.2. การประเมินผล การดำเนินงานภาพรวม เพื่อจัดทำข้อเสนอการบริหารจัดการของหน่วยงานวิชาการ





2.2. ระดับพื้นที่ ดำเนินการโดย สปสช.เขต ดังนี้

2.2.1. กำกับติดตามการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขที่กำหนดตามข้อตกลงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ระหว่าง อปท. (กองทุนฯ) กับหน่วยที่จัดบริการ

2.2.2. การประเมินผลอาจประสานหน่วยงานวิชาการภายนอกประเมินผลตามความจำเป็น

บทที่ 7

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ ที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ข้อ ข. (5) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” และกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนได้รับบริการแบบบูรณาการทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู โดยมีเทคโนโลยีสนับสนุน และมีทีมหมอครอบครัว รับผิดชอบดูแลประชาชนในพื้นที่ สปสช.ได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อทำให้เกิดการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นทั้งบริการในหน่วยบริการและบริการในชุมชน ในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร

ก. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกและบริการในชุมชนที่จำเป็นสำหรับประชาชนอย่างมีคุณภาพ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัว
2. เพิ่มการเข้าถึงบริการเชิงรุกสำหรับกลุ่มเปราะบางหรือกลุ่มประชาชนที่เข้าถึงไม่ถึงบริการ
3. เพิ่มคุณภาพและบริการแบบไร้รอยต่อภายในเครือข่าย

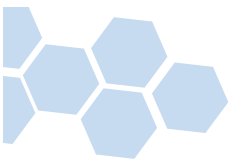
โดยมีเป้าหมาย คือ จำนวนบริการผู้ป่วยนอกในลักษณะคลินิกหมอครอบครัว (PCC visit) ที่เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 652,173 ครั้ง ครอบคลุมทั้งในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร

ข. วงเงินงบที่ได้รับ

ปีงบประมาณ 2561 ได้รับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว จำนวน 240 ล้านบาท ครอบคลุมทั้งในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร

ค. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

จ่ายให้หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งหน่วยบริการร่วมให้บริการ ที่จัดให้มีบริการปฐมภูมิที่มีคุณสมบัติเป็น “คลินิกหมอครอบครัว” ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหลักเกณฑ์และเงื่อนไข การจ่ายดังนี้



1. จำนวน 200 ล้านบาท สำหรับหน่วยบริการประจำ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกเขต กรุงเทพมหานครที่มีการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว โดยมีการจัดสรรดังนี้

1.1. ร้อยละ 50 (100 ล้านบาท) จัดสรรให้แก่คลินิกหมอครอบครัว ที่ขึ้นทะเบียน ณ วันที่ 30 กันยายน 2560 โดยมีเกณฑ์การจ่าย ดังนี้

1.1.1. ร้อยละ 80 จัดสรรตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่คลินิกหมอครอบครัวนั้นรับผิดชอบ โดยใช้ข้อมูลประชากร ณ วันที่ 1 เมษายน 2560 และหรือ จำนวนทีมของแต่ละคลินิกหมอครอบครัว และจ่ายเงินภายใน เดือนพฤศจิกายน 2560

1.1.2. ร้อยละ 20 จัดสรรตามจำนวนผลงานที่กำหนดร่วมกันระหว่าง สปสช.กับกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ข้อมูลผลงาน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง วันที่ 31 สิงหาคม 2561 และจ่ายเงินภายใน เดือนกันยายน 2561

1.2. ร้อยละ 50 (100 ล้านบาท) จัดสรรตามจำนวนคลินิกหมอครอบครัว ที่ขึ้นทะเบียน ณ วันที่ 30 เมษายน 2561 โดยมีเกณฑ์การจ่าย ดังนี้

1.2.1. ร้อยละ 80 จัดสรรตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่คลินิกหมอครอบครัวนั้นรับผิดชอบ โดยใช้ข้อมูลประชากร ณ วันที่ 1 เมษายน 2560 และหรือ จำนวนทีมของแต่ละคลินิกหมอครอบครัว และจ่ายเงินภายใน เดือนพฤษภาคม 2561

1.2.2. ร้อยละ 20 จัดสรรตามจำนวนผลงานที่กำหนดร่วมกันระหว่าง สปสช.กับกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ข้อมูลผลงาน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง วันที่ 31 สิงหาคม 2561 และจ่ายเงินภายใน เดือนกันยายน 2561

2. จำนวน 40 ล้านบาท สำหรับหน่วยบริการในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว ดังนี้

2.1. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จ่ายตามรายการบริการและหรือตามผลงานบริการ โดยไม่เกินจำนวนงบประมาณที่กำหนด

2.2. ไม่เกินร้อยละ 30 จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ตามตัวชี้วัด

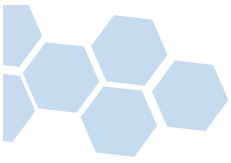
2.3 ให้มีกลไกคณะทำงานที่มีส่วนร่วม กำหนดรายละเอียดการจ่าย ข้อ 2.1 และ 2.2 และเสนอ อปสข. พิจารณาเห็นชอบ

3. ให้ สปสช. สามารถปรับเกลียววงเงิน ระหว่างข้อ 1 และข้อ 2 ได้ตามผลการบริการที่เกิดขึ้นจริง

4. ให้ สปสช.เขตทุกเขต อาจจัดให้มีกลไกที่ให้คลินิกหมอครอบครัวมีการบูรณาการกลไกการพัฒนา ระบบปฐมภูมิที่มีอยู่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District health board) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น รวมทั้งการบูรณาการงบประมาณประเภทบริการต่างๆ หรือจากหน่วยงานต่างๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแล ประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยที่คำนึงถึงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพผลงานบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

จ. การกำกับติดตามประเมินผลการจัดสรร

1. กำกับติดตามการดำเนินงานของ PCC ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด โดยกลไก ระดับประเทศ เขต/จังหวัด
2. ติดตาม ประมวลผล ผลงานบริการปฐมภูมิที่เพิ่มขึ้น



บทที่ 8

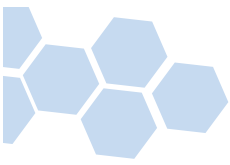
บทบาทหน้าที่ของ สปสช.ส่วนกลาง สปสช.เขต และหน่วยบริการ

ก. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นกรอบแนวทาง สำหรับ สปสช.ส่วนกลาง สปสช.เขต และ หน่วยบริการ ในการดำเนินงานบริหาร
จัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ

ว. กรอบบทบาทหน้าที่

1. การออกแบบและกำหนดหลักเกณฑ์แนวทาง
2. การกำหนดมาตรฐานหน่วยบริการและการประเมินหน่วยบริการ
3. การบริหารจัดการกองทุน
4. การชี้แจงทำความเข้าใจและการสื่อสาร
5. การสร้างกลไก/คณะทำงาน เพื่อการมีส่วนร่วม
6. การกำกับติดตามและการประเมินผล
โดยมีรายละเอียด ดังนี้

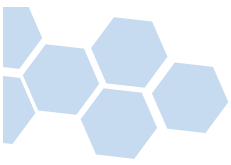


ลำดับ	กรอบบทบาท	สปสช.ส่วนกลาง	สปสช.เขต	หน่วยบริการ
1	การออกแบบและกำหนดหลักเกณฑ์แนวทาง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประสานนโยบายกับคณะกรรมการ/อนุกรรมการ/คณะทำงาน/หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง 2. กำหนดเป้าหมายหลักเกณฑ์และกรอบแนวทางการบริหารจัดการกองทุนในภาพรวม 3. จัดทำข้อบังคับ คู่มือแนวทางและประกาศที่เกี่ยวข้อง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประสานนโยบายกับ สปสช.ส่วนกลาง 2. กำหนดเป้าหมายหลักเกณฑ์และกรอบแนวทางการบริหารจัดการกองทุนตามเกณฑ์ที่กำหนด 	-
2	การกำหนดมาตรฐานหน่วยบริการและประเมินหน่วยบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำเกณฑ์ขึ้นทะเบียน/ศักยภาพหน่วยบริการ และแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการร่วมกับราชวิทยาลัย/สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 2. แต่งตั้งคณะทำงานตรวจประเมิน/คณะทำงานพิจารณาผลการตรวจประเมิน ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ประสาน/สนับสนุนการตรวจประเมินและการพิจารณาอนุมัติ 4. สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการให้เป็นไปตามมาตรฐาน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. แต่งตั้งคณะทำงานตรวจประเมิน 2. ประเมินคุณสมบัติและศักยภาพของหน่วยบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. พิจารณาอนุมัติและส่งหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ 4. สนับสนุนให้มีการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการและระบบส่งต่อภายในเขตพื้นที่ <p>* กรณีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านผ่าตัดหัวใจ บทบาทในข้อ 1-3 จะดำเนินการโดยส่วนกลาง</p> <p>** กรณีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน PCI บทบาทในข้อ 1 และ 3 จะดำเนินการโดยส่วนกลาง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. แจ้งความจำนงเข้าร่วมให้บริการ 2. รับการตรวจประเมิน/ประเมินศักยภาพตามแนวทางที่กำหนด 3. พัฒนาหน่วยบริการและ เครือข่ายให้เป็นไปตามมาตรฐาน

ลำดับ	กรอบบทบาท	สปสช.ส่วนกลาง	สปสช.เขต	หน่วยบริการ
3	การบริหารจัดการกองทุน	<ol style="list-style-type: none"> จัดสรรเป้าหมายและงบประมาณให้กับ สปสช.เขต /หน่วยบริการ /องค์กรที่เกี่ยวข้อง บริหารจัดการงบประมาณตามกรอบหลักเกณฑ์และแนวทางที่กำหนด โดยมุ่งเน้นประสิทธิภาพประสิทธิผล 	<ol style="list-style-type: none"> จัดสรรเป้าหมายและพิจารณาแนวทางการบริหารจัดการ ร่วมกับคณะทำงาน/กลไกระดับเขตและเสนอต่ออนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต (อปสข) บริหารจัดการงบประมาณระดับเขต ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล และมุ่งให้เกิดการบูรณาการในระดับพื้นที่ร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ประสานและพิจารณาการขออนุมัติ (Pre-authorized) ตามกรณีที่กำหนด 	<ol style="list-style-type: none"> ให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐาน 45 และตามมาตรฐานและแนวทางที่กำหนด บันทึกข้อมูลในระบบ เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการสาธารณสุข ตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด
4	การชี้แจงทำความเข้าใจ การสื่อสาร	<ol style="list-style-type: none"> สื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนและผู้ให้บริการรับทราบสิทธิและหน้าที่ในระบบหลักประกันสุขภาพ ชี้แจงหลักเกณฑ์และแนวทางการดำเนินงาน สปสช.เขต และผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อให้สามารถดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ประสานงานและสนับสนุน สปสช.เขต และหน่วยบริการตามความเหมาะสม ให้คำปรึกษาและประสานงานแก้ไขปัญหาให้กับ สปสช.เขตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 	<ol style="list-style-type: none"> สื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนและผู้ให้บริการในพื้นที่ได้รับทราบสิทธิและหน้าที่ ในระบบหลักประกันสุขภาพ ประชาสัมพันธ์ให้หน่วยบริการเข้าร่วมให้บริการ ตามบริการและแนวทางที่กำหนด ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้กับจังหวัด และหน่วยบริการ เพื่อให้สามารถดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ให้คำปรึกษาและประสานงานแก้ไขปัญหาให้กับหน่วยบริการและภาคีในพื้นที่ 	<ol style="list-style-type: none"> สื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้ รับทราบสิทธิและหน้าที่ในระบบหลักประกันสุขภาพ ชี้แจงแนวทางดำเนินงานให้กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานและเครือข่ายในพื้นที่

บทที่ 8





ลำดับ	กรอบบทบาท	สปสช.ส่วนกลาง	สปสช.เขต	หน่วยบริการ
5	การสร้างกลไก/คณะทำงาน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม	<ol style="list-style-type: none"> จัดตั้งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน โดยมีองค์ประกอบจากผู้มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ประสานงานและสนับสนุนคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน ชุดต่างๆ ประสานความร่วมมือกับกลไกทุกภาคส่วนในระดับส่วนกลาง ในการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการ รวมถึงการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานภาพรวม 	<ol style="list-style-type: none"> จัดให้มีคณะทำงานหรือกลไกระดับเขต โดยมีองค์ประกอบจากผู้มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่ เช่น ผู้บริหาร สปสช.เขต ผู้บริหารจากกระทรวงสาธารณสุข/เขตบริการสุขภาพ ผู้แทนหน่วยบริการทุกสังกัด ภาคประชาชน ประสานความร่วมมือกับกลไกทุกภาคส่วนในระดับเขต ในการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการ รวมถึงการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานในเขตพื้นที่ 	<ol style="list-style-type: none"> สนับสนุนและประสานกับคณะทำงาน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคอื่นๆ เพื่อบริหารจัดการและเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน

ลำดับ	กรอบบทบาท	สปสช.ส่วนกลาง	สปสช.เขต	หน่วยบริการ
6	การติดตาม กำกับและ ประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาและบูรณาการระบบข้อมูลรายงาน ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนข้อมูลรายงานแก่ สปสช.เขต หน่วยบริการ เพื่อใช้ในการกำกับติดตาม ประเมินผล และพัฒนาปรับปรุง ติดตามกำกับ และตรวจสอบ ผลการให้บริการ/ การเบิกจ่ายงบประมาณ และรายงานคณะกรรมการ/คณะทำงาน/ ผู้เกี่ยวข้อง อย่างสม่ำเสมอ ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม ร่วมกับ คณะกรรมการ/ คณะอนุกรรมการ/ คณะทำงาน วิเคราะห์ และประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม และจัดทำข้อเสนอเพื่อการพัฒนา 	<ol style="list-style-type: none"> ติดตามกำกับ และตรวจสอบ ผลการให้บริการ/ การเบิกจ่ายงบประมาณ ของหน่วยบริการ นำเสนอข้อมูล/รายงานการติดตามกำกับผลการดำเนินงานต่อ อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต (อปสช.) และอนุกรรมการควบคุมคุณภาพ ระดับเขต (อคม.) หรือ คณะทำงาน อื่นๆ ในระดับเขต และ หน่วยบริการอย่างต่อเนื่อง ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมและติดตามการดำเนินงาน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด ระดับเขต รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ระดับเขตส่งส่วนกลาง เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานต่อไป ประเมินผลการดำเนินงาน และจัดทำข้อเสนอเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ 	<ol style="list-style-type: none"> รายงานข้อมูลผลการดำเนินงาน/การใช้ งบประมาณ รายงานต่อ ผู้บริหาร หน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค การดำเนินงาน เสนอผู้บริหาร หน่วยงาน จังหวัดและเขต เพื่อจัดทำ ข้อเสนอในการพัฒนาต่อไป

